

A collection of various medals and a balance scale are arranged on a wooden board. The medals include a red one with a circular emblem, a blue one with a star, and a white one with a star. The balance scale is made of metal and has two pans. The background is a light-colored, textured surface.

Schaken op meerdere borden tegelijk

Maatschappelijk ondernemen
in de chronische zorg

Johan van der Heijden
Peter Mulder

MBA-Health
April 2008

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	1
Voorwoord	3
1. Inleiding: maatschappelijk ondernemen	5
1.1. Inleiding	5
1.2. Aanleiding onderzoek	7
1.3. Maatschappelijk ondernemerschap in Nederland op macro niveau vanuit een historisch perspectief.	8
1.4. Nieuwsgierigheid	9
1.5. Samenvatting en conclusies	9
2. Probleemstelling en methode	11
2.1. Hoofdvraag en onderzoeksvragen	11
2.2. Onderzoeksmodel	11
Literatuurstudie	11
Voorbeelden best practice	12
Businesscase	12
Onderzoeksmethode	12
3. Resultaten literatuurstudie; van conceptuele modellen naar integraal toetsingskader	13
3.1. De nieuwe wet Maatschappelijk Ondernemen	13
3.2. Definitie maatschappelijk ondernemen	14
De nieuwe wet De Maatschappelijke Onderneming	14
Definitie NTMO	14
Definitie volgens K. Putters	15
Definitie volgens De Waal	15
3.3. Inkaderen theoretische modellen	16
3.4. Gehanteerde theorieën	16
3.5. Angelsaksische versus Rijnlands model	16
Tweesporenbeleid in Nederland	19
3.6. Marktgericht, maatschappelijk gericht en intern ondernemerschap	20
Marktgericht (commercieel) ondernemerschap	20
Maatschappelijk (gemeenschapsgericht) ondernemerschap	21
Intern ondernemerschap	21
3.7. Articulatie, anticipatie en absorptie	22
Articulatie fase	22
Anticipatie fase	22
Absorptie fase	23
3.8. Strategische keuzes	23
Kosten strategie	24
Differentiatie strategie	25
Focus strategie	25
3.9. Definitie best practice	28
3.10. Toetsingskader voorbeelden best practice en businesscase	28
Opbouw vragenlijst	31
Uitwerking interviews	31
4. Resultaten empirisch onderzoek	33

4.1. Resultaten interviews best practice	34
De Thomashuizen	34
Typering Thomashuizen	34
RcR Health Centre	36
Typering RcR Healthcare	37
Vitalis zorggroep	39
Typering Vitalis	40
Businesscase van de Reinier van Arkel groep	41
Typering businesscase van de Reinier van Arkel groep	43
5. Analyse, beschouwing en conclusies	46
5.1. Analyse, interpretatie en beoordeling gegevens	46
Totaaloverzicht	51
5.2. Beschouwing en conclusies	52
De Thomashuizen	53
RcR Healthcare	53
De Vitalis zorggroep	54
De businesscase van de Reinier van Arkel groep	54
De vier voorbeelden van best practice samengevat	54
Offensieve strategie	54
Opportunistische strategie	54
Paradigma shift naar strategisch ondernemerschap	55
Aanbevelingen	55
Ontwikkelingslijn	56
5.3. Stellingen	57
6. Epiloog	58
7. Literatuurlijst	59
8. Bijlagen	60
8.1. Bijlage 1	60
Vragenlijst	60
Geïnterviewde personen	63
8.2. Bijlage 2	64
Inhoudsopgave businessplan	64

Voorwoord

Het onderwerp maatschappelijk ondernemerschap was voor ons zo intrigerend dat we vrij snel samen tot de conclusie kwamen: dat moet ons onderwerp zijn voor onze Thesis. We durven hier te stellen dat het voor ons een spannende, leerzame, interessante, confronterende, prikkelende ontdekkingsreis is geweest om met dit thema op de door ons gekozen manier aan de slag te gaan.

De afgelopen twee jaar stond strategie centraal in onze MBA-H opleiding. Daarin is het vijfkrachten model van Porter uitvoerig aan de orde geweest. Concurrentie, strategie ontwikkeling, en maatschappelijk ondernemerschap in de praktijk van alledag in een zorginstelling is echter nog lang niet overal gemeengoed. Wij hebben mogen stoeien met de theoretische component, en hebben ons een aantal theorieën eigen kunnen maken. Het zeer actuele thema, de boeiende theorieën, de mogelijke nieuwe juridische rechtsvorm Maatschappelijk Ondernemerschap inspireerde, en maakte ons nieuwsgierig. Het veldonderzoek prikkelde, confronteerde en liet ons mooie initiatieven zien; 'zo zou het ook kunnen'!

Hans van Putten de initiatiefnemer van de Thomashuizen was misschien nog wel het meest confronterend met zijn uitspraak: "maatschappelijk ondernemerschap" *is geen ondernemerschap*, dat is mooi weer spelen met andermans geld. Zolang je binnen het bestel blijft en er sprake is van een gereguleerde markt loop je geen risico, en risico's nemen is iets dat ondernemers doen". Dat riep bij ons de vraag op wat is maatschappelijk ondernemerschap dan wel, en wat kun je er mee in een systeem van gereguleerde marktwerking? Het is uiteindelijk voor ons een mooie studiereis geworden, letterlijk en figuurlijk, door het landschap van Nederlands zorgondernemerschap.

Wij willen op de eerste plaats Jos Schols bedanken voor de begeleiding van deze scriptie, voor zijn kritische blik en zijn aanmoediging om door te gaan, en er vooral van te genieten. Verder gaat onze dank uit naar de zorgondernemers die tijd voor ons vrij maakten voor onze interviews: John Bergs, Hans van Putten, Redjinder Thakoersingh en Gerton Heyne. Inspirerende gesprekken en confronterende statements. Kim Putters heeft ons in het begin van onze zoektocht te woord gestaan en met zijn boek "geboeid ondernemen" een zet in de goede richting gegeven. Zijn adviezen zijn zeer waardevol gebleken voor de te bewandelen weg. Erg veel hebben we gehad aan de inhoud van de opleiding en boeiende discussies die daaruit volgden. Daarvoor veel dank aan Elly Breedveld, Aad de Roo, Jan Moen en de talrijke gastdocenten.

Wij willen onze werkgevers Stichting Zorgspectrum het Zand te Zwolle en de Reinier van Arkel groep te s 'Hertogenbosch bedanken voor de mogelijkheden die ze ons hebben geboden om deze studie te volgen. Met de vastgoed Business-case van de Reinier van Arkel groep, hebben we theorie en praktijk aan elkaar mogen koppelen.

Niet op de laatste plaats gaat onze dank uit naar onze gezinnen, en specifiek onze echtgenotes die ons met begrip en geduld hebben gesteund de afgelopen periode. Het was een hectische periode waarin we ook nog dierbaren hebben verloren, die trots zouden zijn geweest op wat hun zonen uiteindelijk hebben bereikt.

Johan v.d. Heijden
Peter Mulder

1. Inleiding: maatschappelijk ondernemen

1.1. Inleiding

Maatschappelijke ondernemingen zijn vanuit het verleden vaak voortgekomen uit particuliere initiatieven. Woningbouwverenigingen zijn hier een mooi voorbeeld van. Deze verenigingen zijn begin 1900 ontstaan om mensen met een krappe beurs toch fatsoenlijke huisvesting te kunnen bieden. Vaak waren het kerkelijke organisaties, vakbonden of de liefdadigheid hierbij betrokken. Na de Tweede Wereldoorlog toen de opbouw van de welvaartstaat een aanvang nam, veranderde dit.

Publieke taken werden, na de Tweede wereldoorlog, steeds meer overgenomen door de overheid met de inrichting van de verzorgingsstaat, zo ook publieke taken op het gebied van volkshuisvesting, onderwijs en gezondheidszorg. Dit overnemen ging gepaard met een toenemende regelgeving c.q. wetgeving.

Onder druk van toenemende kosten van de gezondheidszorg en toenemende bureaucratiesering komt in de jaren 80 het particuliere initiatief weer meer in het aandachtsveld terug als de overheid kiest voor marktwerking en deregulering. De overheid streeft naar een vorm van marktwerking waarin het ondernemerschap van zorgaanbieders wordt versterkt. Versterking van de positie van de cliënt is daarbij het uitgangspunt. In de zorgsector is er de wens naar andere financieringsvormen, en de wens om investeerders te belonen voor investeringen door het doen van winstuitkeringen. De overheid wil de publieke belangen borgen als het gaat over de toegankelijkheid, doelmatigheid en kwaliteit van de gezondheidszorg. Daarnaast wil zij het weglekken van winsten uit de zorg voorkomen. Ten slotte wil de overheid de administratieve last verminderen door het wegnemen van bureaucratie.

Deze deregulering vanuit de overheid ging en gaat nog steeds gepaard met angst van diezelfde overheid voor misbruik van publieke middelen voor private doelen, angst voor het ontstaan van tweedeling in de zorg en angst voor een oneerlijke concurrentie. Hierdoor neemt de druk op de verantwoording en controle nog meer toe. Door de genoemde tegengestelde belangen is de Nederlandse gezondheidszorg in een tweeslachtige situatie terecht gekomen van gereguleerde marktwerking waarin er nogal een discrepantie lijkt te zijn tussen de beoogde marktwerking en de werkelijkheid in de praktijk (Boekholt 2007).

De bestaande bestuurlijke verbindingen tussen overheid en de zorgsector, zoals we die kenden ten tijde van de verzuiling, zijn niet meer aanwezig en dienen door nieuwe lijnen vervangen te worden. Dit vraagt om nieuwe spelregels c.q. nieuwe bestuurlijke verhoudingen. Nieuwe spelregels die marktwerking, concurrentie en maatschappelijk ondernemerschap mogelijk maken, zodat zorgaanbieders kunnen anticiperen op de vraag van deze studie.

Hoe kan maatschappelijk ondernemen en het genereren van maatschappelijk dividend helpen om de concurrentie positie te verbeteren van een organisatie die werkzaam is in het publieke domein in de chronische zorg, in een veranderend systeem van prestatiegerichte bekostiging?

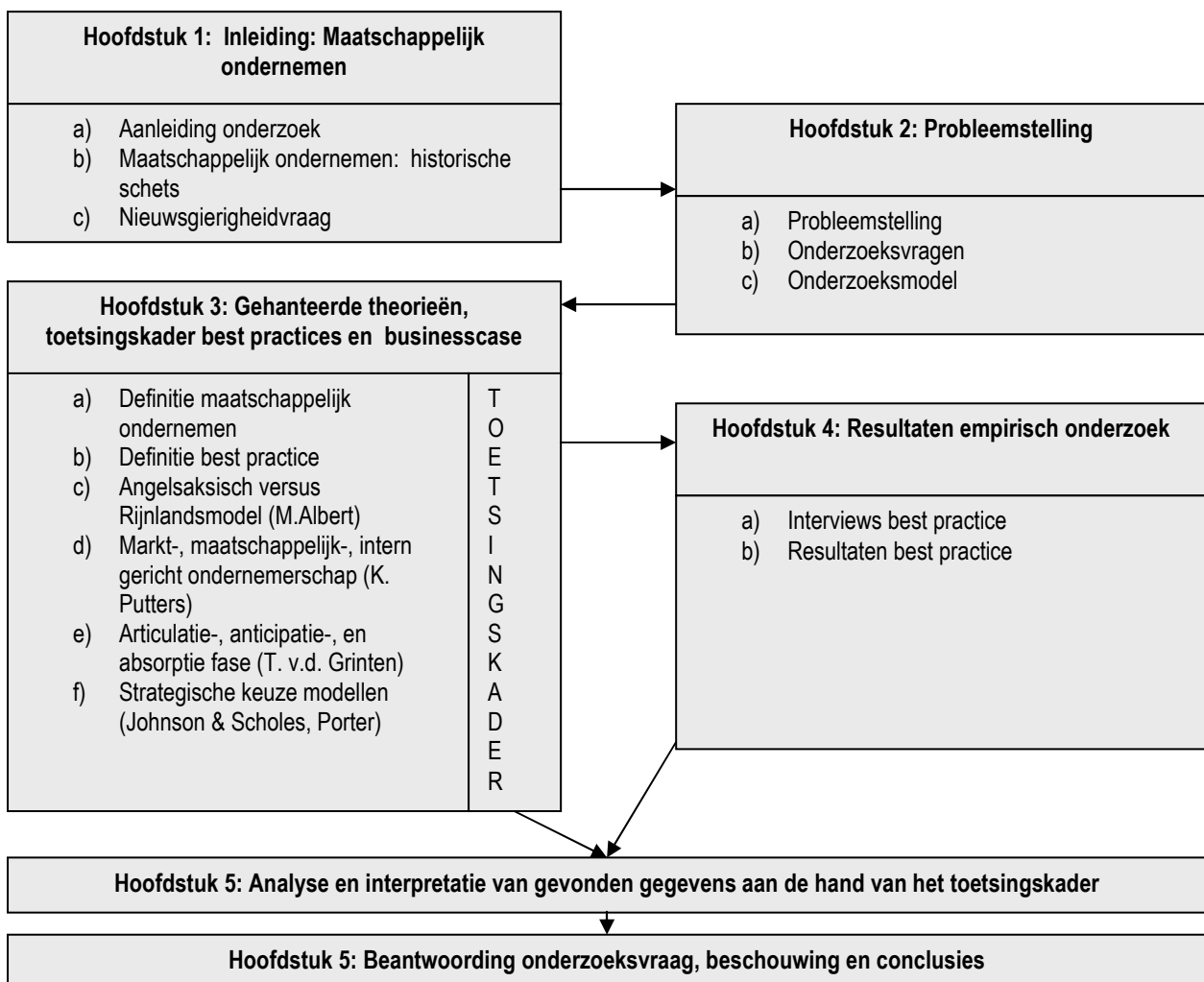
Maatschappelijk ondernemen zien we onder andere als een mogelijkheid om gelden te genereren uit het private domein en deze terug te laten vloeien in het publieke domein ten behoeve van positieverbetering (hogere kwaliteit, meer differentiatie, betere services). Maatschappelijk dividend is het verschil tussen het rendement dat men had kunnen halen in het private domein (winstmaximalisatie) en het werkelijke rendement dat men heeft behaald door investeringen in het publieke domein. Op het gebied van Sociale Volkshuisvesting kan bijvoorbeeld een corporatie er bewust voor kiezen om bij de primair maatschappelijke portefeuille de huren laag te houden en extra kosten te maken voor het beheer van de leefomgeving. Zij kiezen er dan voor, niet het maximale vastgoedrendement

te behalen dat ze gezien hun portefeuille zouden kunnen halen. Het percentage van het mogelijk te behalen rendement dat door deze keuze direct aan de samenleving ten goede komt, is het 'maatschappelijk dividend'. De maatschappelijke waarden die in de zorg zouden kunnen worden nagestreefd met maatschappelijk dividend zijn onder andere hogere kwaliteit (investeren in deskundigheidsbevordering, nieuwe technieken), meer of andere personele inzet, betere huisvesting en hogere service graad.

Bij het verbeteren van de concurrentiepositie gaat het om de concurrentiepositie ten opzichte van instellingen die in dezelfde sector (cure c.q. care) en, afhankelijk of men regionale dan wel landelijke speler is, in de zelfde omgeving opereren. Het verbeteren van de concurrentiepositie betekent dat ten opzichte van de andere aanbieders in dezelfde markt, de productmarkt combinatie aantrekkelijker wordt, door bijvoorbeeld lagere prijzen, hogere differentiatie of hogere kwaliteit bijvoorbeeld t.g.v. een doelmatige werkwijze. In hoofdstuk 3 komen wij daar bij het model van Porter nog op terug.

Vanuit een aantal theoretische modellen wordt maatschappelijk ondernemen nader beschouwd en wordt een link gelegd naar een viertal best practice cases. Wat zijn kritische succesfactoren en afbreukrisico's voor succesvol maatschappelijk ondernemen in de chronische zorg? Wat kunnen we daarvan leren? Gekeken is naar contextuele eigenschappen die van invloed kunnen zijn op succesvol maatschappelijk ondernemen. Uiteindelijk willen we meer te weten komen over toekomstige strategieën en antwoord geven op de onderzoeksvraag. In onderstaande leeswijzer (figuur 1) is de opbouw van de thesis, schematisch weergegeven.

figuur 1



1.2. Aanleiding onderzoek

Tijdens onze opleiding MBA-H werden we aan het einde van het eerste jaar geconfronteerd met een opdracht over financieel veldwerk. Samen met een aantal studiegenoten hebben wij ons verdiept in de invoering van de WTZi en de prestatiegerichte bekostiging op basis van zorgzwaarte pakketten de zogeheten ZZP 's binnen de AWBZ.

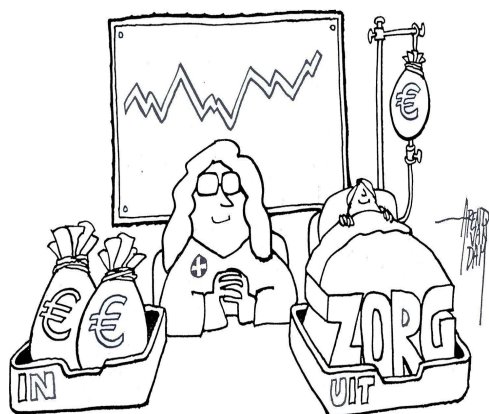
Met de invoering van de WTZi streeft de overheid deregulering van het bouwregime in de zorg na. Het doel is dat zorginstellingen zelf volledig risico dragen voor investeringen in de huisvesting en overige investeringen (kapitaalslasten). In de nieuwe regeling vindt de vergoeding van kapitaalslasten (bouw, afschrijving en rente) niet meer plaats middels een aparte vaste vergoeding op basis van nacalculatie. In de nieuwe situatie wordt de vergoeding verwerkt in de zorgtarieven.

In het nieuwe financieringssysteem op basis van zorgzwaarte pakketten krijgen instellingen in de chronische zorg geen geld meer op basis van beschikbare capaciteit, maar voor de geleverde prestatie per cliënt. Ook dat nieuwe systeem maakt dat zorginstellingen zelf meer risico gaan dragen.

De invoering van de WTZi en deze prestatiegerichte bekostiging en de veronderstelde daarmee gepaard gaande marktwerking binnen de AWBZ hebben ons nieuwsgierig gemaakt. Hoe denken zorginstellingen die werkzaam zijn in de chronische zorg en andere zorginstellingen te anticiperen op dit gebeuren. De invoering van de prestatiegerichte bekostiging en de WTZi hebben o.a. tot gevolg dat leegstand in onze instellingen zal leiden tot lagere opbrengsten van zorgproductie én kapitaalslasten. Deze bedrijfsrisico's kunnen worden opgevangen door bijvoorbeeld het leveren van meer productie, echter hier lopen we aan tegen de gemaakte productieafspraken met het Zorgkantoor (zorgplafond). Daarnaast is het mogelijk dat de productie verminderd wordt omdat de cliënt (met een persoonsvolgend budget) kiest voor een andere zorgaanbieder vanwege kwaliteit of service aspecten. Voor de zorgaanbieder nemen hierdoor de bedrijfsrisico's verder toe, en zal de zorgaanbieder zich meer moeten gaan gedragen als zorgondernemer om risico's te reduceren en om zich duurzaam te onderscheiden t.o.v. de concurrenten.

De zorgaanbieder heeft echter mogelijkheden om bedrijfsrisico's te beperken; ze zijn door de afschaffing van het bouwregime vrij om te kunnen kiezen tussen koop, huur, publiek-private samenwerking of lease, maar kunnen ook substitueren tussen verschillende categorieën investeringen zoals personeel, gebouw en apparatuur. (Bussemaker, Klink, juli 2007). Een voorbeeld hiervan is het realiseren van marge door middel van het vergroten van de economische waarde van het vastgoed. Een goed ontwikkeld strategisch vastgoedbeleid is nodig om inzicht te krijgen in de te benutten kansen en risico's. Daarnaast zien we dat zorgaanbieders in de chronische zorg in toenemende mate ook activiteiten ontwikkelen buiten het systeem van de Nederlandse gezondheidszorg. Bijvoorbeeld op het gebied van welzijn, maar ook op het gebied van gezondheidszorg. Men wil op deze wijze extra gelden genereren en doelmatiger gebruik maken van de voorzieningen. Leegstand is in de zorg een van de variabelen in de exploitatie, die kan leiden tot negatieve resultaten.

Van overheidswege blijven echter de beperkingen aanwezig in maatschappelijk ondernemen. Zo wil de overheid voorkomen dat winsten weglekken en ervoor zorgen dat winsten behouden blijven voor de zorg. In de tweede brief van de minister over de kapitaalslasten staat dat de Commissie Sanering in 2010 zal worden opgeheven. De aangekondigde beleidsregels bevatten een anti weglek beding, waarbij zorginstellingen een verbod krijgen op het laten weglekken van vermogen verkregen door verkoop van onroerend goed dat onder het bouwregime al bezit was van de instelling. Verkoop van onroerend goed blijft dan wel toegestaan, maar verkoop opbrengsten, ook in geval van bestemmingswijziging, moeten geherinvesteerd worden in de zorg. Instellingen moeten in hun jaardocument 'Maatschappelijke Verantwoording', verantwoording afleggen over de wijze waarop zij het vermogen behouden voor de zorg.



ONDERNEMERSCHAP

In het genoemde financiële veldwerk werden we voor het eerst concreet geconfronteerd met het fenomeen "ondernemerschap in de zorg", marktwerking, concurrentie, risico's nemen en daarvoor worden beloond.

Ondernemend betekent volgens de Dikke van Dale: "niet bevreesd om moeilijke of gevaarlijke zaken op zich te nemen, van aanpakkend wetend". Ondernemerschap zien we als een middel om de bedrijfsvoering en de benutting van publieke middelen te verbeteren.

We raakten steeds meer geïnteresseerd in dit onderwerp. We lazen dat de overheid al decennia bezig was (daarover in 1.2 meer) met het onderwerp ondernemerschap in de zorg. Zo ook de Sociaal Economische Raad (SER) die in februari 2005 met een advies kwam voor versterking van het ondernemerschap ten gunste van verbetering van dienstverlening, klantgerichtheid en doelmatigheid in de zorg. Momenteel is Maatschappelijk ondernemerschap en ook de rechtsvorm in voorbereiding. Maatschappelijk ondernemen in de zorg is zeer actueel. Genoeg reden voor ons om dit onderwerp op te pakken en ons hierin te gaan verdiepen.

Een van de eerste vragen die we onszelf stelden was natuurlijk: wat is de reden dat er zoveel belangstelling is voor het onderwerp Maatschappelijk ondernemerschap? In onze optiek heeft dit voornamelijk te maken de toenemende druk op de gezondheidszorg, de toenemende vraag naar zorg door o.a. vergrijzing versus de verantwoordelijkheid die de overheid heeft t.a.v. een doelmatige voor iedereen toegankelijke en kwalitatief goede gezondheidszorg. Ondernemerschap is volgens ons vereist als middel om de benutting van collectieve middelen en de bedrijfsvoering te verbeteren. Maatschappelijk ondernemerschap is ook het beste van marktwerking en het beste van overheidssturing met elkaar te verbinden.

1.3. Maatschappelijk ondernemerschap in Nederland op macro niveau vanuit een historisch perspectief.

Het bijzondere aan het Nederlandse systeem is dat we een gemengde publiek- privaatsysteem hebben waarbinnen zowel de overheid, de politiek, de zorgaanbieders, de zorgverzekeraars, professionals en zorgvragers een stem in het kapittel hebben. De overheid komt hier in beeld omdat in artikel 22 van de grondwet de volgende opdracht staat: "De overheid treft maatregelen ter bevordering van de Volksgezondheid". Er kan hier een onderscheid worden gemaakt tussen maatschappelijke en publieke belangen. Publieke belangen zijn belangen die zonder eindverantwoordelijkheid van de overheid niet goed tot hun recht komen. Specifiek gaat het hier om de kwaliteit, de toegankelijkheid en de doelmatigheid van de zorg. Zoals al eerder aangegeven kennen we in Nederland een gemengd systeem waarbij de zorg wordt uitgevoerd door particuliere instellingen, de financiering vindt plaats vanuit een specifiek voor gezondheidszorg opgezet verzekeringsstelsel dat beheerd wordt door sociale verzekeringskassen en de aanwending vindt plaats door particuliere ziektekostenverzekeraars.

De commissie Dekker 1987 heeft de eerste belangrijke aanzet gegeven tot de stelselherziening, een herziening die in grote lijnen staat voor competitie en ondernemerschap in de zorg. De commissie Dekker wilde dit bereiken door op een aantal terreinen maatregelen te nemen:

- Financiering: invoering nominale premies en eigen bijdragen ter ontlasting collectieve middelen.
- Verplichte collectieve verzekering: basispakket verzekering met mogelijkheden voor vrijwillig aanvullend pakket.
- Besturing: onderling concurrerende verzekeraars.
- Zorgaanbieders laten wedijveren voor een contract met de verzekeraar
- En een overheid die zich bezighoudt met faire marktcondities.

De afgelopen 20 jaar is door de volgende kabinetten hierop doorgelopen (WVG over naar gemeenten, Modernisering AWBZ, output financiering, openstelling toelatingen nieuwe zorgaanbieders, functionele indicatiestelling, WMO) uiteindelijk uitmondend in de nieuwe Zorgverzekeringswet (2005 Minister VWS). Met de invoering van de nieuwe zorgverzekeringswet als sluitstuk is het grootste gedeelte van het advies van de Commissie Dekker overgenomen.

De gezondheidszorg in Nederland heeft de druk om zich ondernemender te gaan gedragen (nog) niet direct vertaald door afstand te nemen van het Rijlands model en het Angelsaksische model volledig te omarmen (zie hoofdstuk 3). De gezondheidszorg zocht het de afgelopen decennia voornamelijk in een meer bedrijfsgerichte aanpak, zoals V.d. Grinten dat zeer treffend beschrijft in zijn afscheidsrede in 2006:

“Het zijn maatschappelijke ondernemingen in die zin dat ze als particuliere organisaties met de hen ter beschikking staande collectieve en private middelen maatschappelijke doelen proberen te realiseren, met behulp van principes uit het bedrijfsleven” (V.d. Grinten 2006). Het *ondernemende* hierin is het gebruik van een bedrijfsgerichte aanpak, in het bijzonder de gerichtheid op de gebruiker, de oriëntatie op innovatie en het dragen van individueel bedrijfsrisico. Het *maatschappelijke* van dit ondernemerschap zit hem in de typische context: het werken met collectieve middelen, naast de particuliere inkomsten, en de noodzaak om hierover rekening en verantwoording af te leggen aan een publieke autoriteit, en in de typische doelstellingen het leveren van een bijdrage aan de realisatie van de publieke waarden van algemene toegankelijkheid, doelmatigheid en kwaliteit van zorg (Putters 2001).

1.4. Nieuwsgierigheid

Wij geloven erin dat maatschappelijk ondernemen ons kan helpen in de chronische zorg om kwaliteit, doelmatigheid en klantgerichtheid te verbeteren zonder dat dit ten koste gaat van de toegankelijkheid. De cruciale vraag is, of dat het ook zo werkt? Wat zegt de theorie ons over succesvol maatschappelijk ondernemen, en wat komen wij tegen in de praktijk van de chronische zorg? Welke varianten van maatschappelijk ondernemen komen we daar tegen? Wij zijn nieuwsgierig naar het succes van praktijkvoorbeelden. Welke variabelen zijn oorzaak van succes en wat is de beïnvloedbaarheid van die variabelen? Een van de vragen is welke strategische keuzes hebben zorgondernemers gemaakt en in welke mate hebben deze het succes beïnvloed?

1.5. Samenvatting en conclusies

In onze inleiding zijn we begonnen met aan te geven dat Maatschappelijke ondernemingen vanuit het verleden (begin vorige eeuw) vaak voort zijn gekomen vanuit particuliere initiatieven, denk aan zorg, onderwijs en volkshuisvesting (de semi-publieke sectoren). Publieke taken werden pas na de Tweede wereldoorlog steeds meer overgenomen door de overheid. Toen in de jaren 80, toegankelijkheid doelmatigheid en kwaliteit onder druk kwamen te staan o.a. door schaalvergroting, financiële groei en er hogere eisen werden gesteld aan de kwaliteit van dienstverlening kwam er een kentering in het denken bij zowel overheid als veldpartijen. De overheid omarmde de beginselen van New Public management (Boekholt 2007). Managementtechnieken vanuit het bedrijfsleven werden overgenomen in de non-profit sector. Hierbij kan men denken aan:

- Dragen van individueel bedrijfsrisico
- Vergroten klantgerichtheid en vraagsturing

- Innovatie
- Implementeren van governance in het publieke domein, bijvoorbeeld door het opnieuw vormgeven van toezichtrelaties
- Sturen op prestaties en kritische succesfactoren
- Aandacht voor en de rapportage over de bedrijfsvoering
- Het ontwikkelen van prestatie-indicatoren en het gebruik maken van prestatie afspraken bij gesubsidieerde instellingen.

In 1987 noemde de commissie Dekker voor het eerst de woorden competitie en ondernemerschap in de zorg. In de afgelopen 20 jaar is maatschappelijk ondernemerschap in de non-profit sector steeds meer een bekend fenomeen geworden. In de Volkshuisvesting werd in 1996 met de bruteringsoperatie een forse stap voorwaarts gezet. Woningbouw verenigingen ontwikkelden zich in 10 jaar tot rijke zelfstandige corporaties (particuliere stichtingen) waar volgens de overheid en de publieke opinie het geld nu tegen de wand klotst en waar de overheid nauwelijks nog beïnvloedingsmogelijkheden heeft. De overheid heeft geleerd van de zaken die er spelen in de Volkshuisvesting, en de Gezondheidszorg en het Onderwijs mogen voorzichtig, gereguleerd de markt op.

Wij hebben in dit hoofdstuk aangegeven, dat de overheid bezig is met de voorbereiding van het wetsvoorstel "De Maatschappelijke Onderneming". De veldpartijen zelf verenigd in het NTMO, willen graag verder op het pad van het ondernemerschap. Daarnaast is er op governance gebied in de semi-publieke sector het nodige gebeurd. We kunnen constateren dat Maatschappelijk ondernemerschap vanuit de bedrijfseconomische optiek een goede ontwikkeling is die omarmd wordt door overheid en veldpartijen.

Angst is er ook, kijkend naar het buitenland, dichtbij en veraf. We kennen Amerika, waar het Angelsaksische systeem wordt omarmd, met zijn tweedeling in de zorg en miljoenen onverzekerden. Dichter bij huis onze naaste buur Duitsland, waar ongeveer 25% van de Cure in handen is van organisaties die winst uitkeren aan aandeelhouders. De overheid heeft angst voor het weglekken van gelden uit de zorg. Dit vraagt zoals v.d. Grinten zo treffend zegt, om nieuwe spelregels die te vertalen zijn in drie cruciale voorwaarden: de politiek moet zich houden aan de eigen punten van systeemverantwoordelijkheid, het toezicht moet proportioneel blijven en ondernemingen moeten zich daadwerkelijk inzetten voor een toegankelijke, kwalitatieve doelmatige gezondheidszorg.

2. Probleemstelling en methode

2.1. Hoofdvraag en onderzoeksvragen

Het object van onderzoek is maatschappelijk ondernemen en het genereren van maatschappelijk dividend in de chronische zorg, gezien in de context van een veranderend systeem van prestatiegerichte bekostiging in Nederland. Maatschappelijk ondernemen zien we als een mogelijkheid om gelden te genereren uit het private domein en deze terug te laten vloeien in het publieke domein ten behoeve van positieverbetering (hogere kwaliteit, meer differentiatie, betere services) t.o.v. concurrentie in het publieke domein. Dit leidt tot de volgende hoofdvraag:

Hoe kan maatschappelijk ondernemen en het genereren van maatschappelijk dividend helpen om de concurrentie positie te verbeteren van een organisatie die werkzaam is in het publieke domein in de chronische zorg, in een veranderend systeem van prestatiegerichte bekostiging?

Onderzoeksvragen bij de hoofdvraag zijn:

- a) Hoe wordt maatschappelijk ondernemen gedefinieerd?
- b) Wat zijn kritische succesfactoren en afbreukrisico's c.q. belemmeringen voor succesvol maatschappelijk ondernemen in de chronische zorg?
- c) Wat zijn voorbeelden van best practice van (succesvol) maatschappelijk ondernemen in de chronische zorg in Nederland en eventueel in de ons omringende landen, wat zijn in de voorbeelden kritische succesfactoren, en afbreukrisico's?
- d) Welke vergelijkbare (contextuele / strategische) eigenschappen zijn te onderkennen bij de genoemde voorbeelden van best practices die van invloed kunnen zijn op succesvol maatschappelijk ondernemen in de chronische zorg?

2.2. Onderzoeksmodel

Literatuurstudie

Er is literatuurstudie gedaan naar maatschappelijk ondernemen. De literatuurstudie is systematisch aangepakt aan de hand van de volgende vier punten:

- Doelgerichte beschrijving van het onderwerp en na gaan wat er gepubliceerd is over het onderwerp in de vakliteratuur.
- Nagaan welke bronnen we willen en kunnen gebruiken.
- Oordeelsvorming over kwaliteit van geselecteerde publicaties, ordening en selectie.
- Doornemen van gevonden literatuur, globaal lezen, lezen, bestuderen en samenvatten.

De bronnen die zijn geraadpleegd voor deze thesis zijn:

- Internet.
- VPN, de bibliotheek van de Erasmus universiteit.
- Boeken.
- Vaktijdschriften bedrijfskunde / management.
- Aangereikte readers studie en afstudeerscripties Tranzo en Erasmus universiteit.
- Aanwijzingen scriptiebegeleider dhr. J. Schols hoogleraar chronische zorg Universiteit van Tilburg en hoogleraar verpleeghuisgeneeskunde Universiteit Maastricht.
- Aanwijzingen dhr. K. Putters auteur boek "Geboeid ondernemen", (Putters 2001) universitair hoofd docent Erasmus universiteit Rotterdam en lid van de Eerste Kamer.

De geraadpleegde bronnen zijn vermeld in de literatuurbijlage.

Uit de verschillende theorieën is gekozen voor een viertal theoretische concepten, die ten grondslag liggen aan maatschappelijk ondernemen, en die ons kunnen helpen de voorbeelden van best practice te beschrijven, te analyseren en te beoordelen. De gebruikte vragenlijst is grotendeels gebaseerd op de resultaten van de literatuurstudie die in hoofdstuk 3 verder is uitgewerkt.

Voorbeelden best practice

We hebben enkele voorbeelden van best practices van (succesvol) maatschappelijk ondernemen in de chronische zorg binnen Nederland en in de ons omringende landen bezocht, waarbij succesfactoren en belemmeringen in beeld zijn gebracht.

Businesscase

In een businesscase (nieuwbouw zorgvoorziening) binnen de chronische GGz is een businessplan uitgewerkt. In de businesscase wordt duidelijk waar men 'aan de touwtjes kan trekken' om rendementen te realiseren om maatschappelijk dividend te creëren.

Onderzoeksmethode

In de volgende hoofdstukken zullen we de hoofdvraag van ons onderzoek beantwoorden door:

- Aan de hand van een opgestelde vragenlijst zijn door middel van semi-gestructureerde interviews, gegevens verzameld over de voorbeelden van best practice.
- Na bestudering van de theorieën is een viertal theoretische concepten gekozen als kader voor het opstellen van een vragenlijst. De gebruikte vragenlijst is grotendeels gebaseerd op de resultaten van de literatuurstudie, en dient als toetsingskader voor het beschrijven, analyseren en beoordelen van de voorbeelden van best practice.
- De voorbeelden van best practice zijn bezocht. De vragenlijst is afgenomen met behulp van semi-gestructureerde interviews.
- De bevindingen uit de interviews zijn gelegd naast de definitie en concepten van maatschappelijk ondernemen.
- Gegevens voortkomende uit het opgestelde businessplan van de businesscase (nieuwbouw zorgvoorziening) zijn geanalyseerd en beoordeeld.
- Vervolgens zijn alle verslagen geanalyseerd en beoordeeld en van conclusies voorzien.

Daarnaast is in deze thesis een literatuurlijst toegevoegd op alfabetische volgorde.

3. Resultaten literatuurstudie; van conceptuele modellen naar integraal toetsingskader

3.1. De nieuwe wet Maatschappelijk Ondernemen

Het kabinet streeft naar invoering van de nieuwe Wet Maatschappelijke Ondernemingen per 1 januari 2010. Met deze wet moet het onder andere voor zorginstellingen mogelijk worden nieuw kapitaal aan te trekken waardoor meer kansen ontstaan te ondernemen en te investeren in de (kwaliteit van) zorg. In de wet worden wel beperkingen gesteld aan de mate waarin de inbreng van privaat kapitaal mag worden beloond. Bij de maatschappelijke onderneming is niet het maken van winst leidend. De verbetering van de zorg staat centraal. Daarbij dient de continuïteit gegarandeerd te blijven, moet de kwaliteit van zorg en de voorzieningen goed zijn en moet het opgebouwde vermogen voor de zorg behouden blijven, aldus de toelichting door het ministerie van VWS. Voor zorgondernemers de uitdaging om met de extra mogelijkheden rendement (winst) te realiseren. Vervolgens is het de uitdaging het verworven rendement én te herinvesteren in de zorg om duurzaam onderscheidend vermogen te realiseren, én aandeelhouders dusdanig immaterieel te belonen dat zij gestimuleerd worden blijvend kapitaal te investeren in diezelfde zorgonderneming.

De minister van Justitie laat op 12 juli 2007 een brief uitgaan ter consultering betreffende de rechtsvorm maatschappelijk onderneming. De minister van justitie refereert in de brief aan de projectgroep Rechtsvorm maatschappelijke onderneming die, onder leiding van dr. H.H.F Wijffels, in september 2006 met zijn rapport een stevige aanzet heeft gegeven tot het komen van een juridische rechtsvorm Maatschappelijk ondernemen. Deze projectgroep was mede in het leven geroepen in het kader van het programma "Bruikbare rechtsorde" dat als doel had de oorzaken van regelgroei en de ongewenste effecten daarvan te verminderen. Het kabinet wil de verhouding tussen overheid en samenleving verbeteren door de regeldruk te beperken.

De brief en het rapport geven al een voorzichtige afbakening wat de overheid precies verstaat onder de rechtsvorm Maatschappelijk onderneming. In de brief staat bijvoorbeeld wat in elk geval niet gezien worden als onderdeel van de mogelijk nieuwe rechtsvorm. Sociale Vennootschappen, (ondernemingen met de structuur van een kapitaalvennootschap die worden gekenmerkt door aandeelhouders kapitaal), en activiteiten die bekend staan onder de term "maatschappelijk verantwoord ondernemen" maken geen deel uit van het nieuwe wetsvoorstel.

Het gaat om *instellingen in de semi-publieke sector*, die door gebruikmaking van de nieuwe rechtsvorm hun onderneming kunnen versterken en slagvaardiger kunnen optreden. Het gaat om (1) meer zelfstandigheid van de instellingen ten opzichte van de overheid, waardoor ruimte voor eigen verantwoordelijkheid van de instellingen ontstaat en de informatie verplichtingen tegenover de overheid kunnen worden beperkt, (2) creëren van ruimte voor professionals en ondernemerschap en (3) stevige maatschappelijke inbedding waardoor het afleggen van verantwoording aan belanghebbenden beter kan worden gediend.

De maatschappelijke onderneming zonder winstoogmerk heeft geen interne, op de belangen van de oprichters en bestuurders gerichte doelstelling, maar een externe, op de belangen van de afnemers gerichte doelstelling. Een eventueel rendement komt geheel ten goede aan het publieke doel dat door de desbetreffende instellingen wordt nagestreefd. Het vermogen van de onderneming wordt ingezet om de statutaire doelstelling te verwezenlijken.

Maatschappelijke ondernemingen uit de non profit sector hebben zich verenigd in het Netwerk Toekomst Maatschappelijke Onderneming (NTMO). Deze maatschappelijke ondernemingen zijn onder meer actief op de terreinen zorg, onderwijs en wonen. Het NTMO streeft naar een vernieuwing van de bestuurlijke verhoudingen tussen de maatschappelijke

ondernemingen en de overheid, zodanig dat meer financiële en beleidsmatige ruimte ontstaat voor maatschappelijk ondernemen. Richting overheid houdt het NTMO zich bezig met gezamenlijke belangenbehartiging. Voor de sectoren en de maatschappelijke ondernemingen ontwikkelt het NTMO activiteiten in de zin van uitwisseling, good practices en instrumentontwikkeling. Acht brancheorganisaties vormen samen het NTMO. Dit zijn: Aedes vereniging van woningcorporaties, ActiZ, MBO Raad, HBO-raad, NVZ vereniging van ziekenhuizen, VGN, MO-groep en GGZ Nederland.

3.2. Definitie maatschappelijk ondernemen

In de literatuur worden verschillende definities gegeven voor het begrip maatschappelijk ondernemen. We noemen hier de definities die ons opvielen. Vervolgens geven we onze voorkeur van definitie die naar onze mening het beste aansluit bij dit onderzoek naar maatschappelijk ondernemen in de chronische zorg.

De nieuwe wet De Maatschappelijke Onderneming

In de nieuwe wet wordt een maatschappelijke onderneming gedefinieerd als: *'Een privaatrechtelijke rechtspersoon die één of meer ondernemingen in stand houdt en die zich volgens de statuten specifiek en uitsluitend in dienst stelt van de betrokken maatschappelijke belangen. De maatschappelijke onderneming onderscheidt zich van de commerciële onderneming, doordat zij een externe, op de belangen van de afnemers van de aangeboden diensten gerichte doelstelling heeft. Eventueel rendement ('winst') wordt, naar de strekking van de nieuwe wet, niet aan de kapitaalverschaffers uitgekeerd, maar komt geheel en al ten goede aan het maatschappelijke belang dat volgens de statutaire doelstelling wordt gediend'*. (E. Hirsch Ballin 2007)

De nadruk in deze definitie ligt op het juridische inbedding van de onderneming in het staatsrechtelijk bestel, waarbij onderscheidt wordt gemaakt tussen de commerciële onderneming en de maatschappelijke onderneming. Beiden zijn in de nieuwe wet mogelijk onder één privaatrechtelijke rechtspersoon, dit biedt ruimte voor diverse hybride organisaties. De wet is bedoeld om weglekken van winsten te voorkomen, en gaat niet in op vragen zoals dilemma's die zich voordoen binnen deze gereguleerde marktwerking, en hoe investeerders (kapitaal verschaffers) blijvend geïnteresseerd kunnen worden wanneer deze geen rendementen kunnen halen uit hun investering.

Definitie NTMO

Het NTMO heeft de volgende omschrijving voor Maatschappelijk ondernemerschap: *"Maatschappelijke ondernemingen, veelal voortgekomen uit particulier initiatief, leveren producten op gebieden als onderwijs, zorg en huisvesting vanuit een maatschappelijke doelstelling. Het kapitaal, dat in hen geïncorporeerd zit, dient dan ook die maatschappelijke doelstelling. De maatschappelijke doelstelling neemt niet weg dat zij in een marktsituatie opereren en onderhevig zijn aan ontwikkelingen die zich op hun markten voordoen. De koers van de maatschappelijke onderneming wordt uitgestippeld in continue dialoog met maatschappelijke belanghouders, aan wie zij zich ook publiekelijk wil verantwoorden. Ingebed in de samenleving willen maatschappelijke ondernemingen zeker stellen dat zij voldoende kennis hebben over de vraag waar zij aan moeten voldoen en willen zij afgerekend worden op de resultaten die zij leveren. Zij stellen scherpe eisen aan de eigen bedrijfsvoering en aan de wijze van verantwoording. Van de overheid verwachten zij zodanige regelgeving dat meer ruimte ontstaat voor maatschappelijk ondernemen"*. (bron: www.ntmo.nl)

Het opvallende is de nadruk die hier wordt gelegd op de positionering van de onderneming t.o.v. stakeholders en overheid. In deze definitie komt vooral de intense wederzijdse afhankelijkheid van publieke en private doelen tot uiting. Niet wordt ingegaan op dilemma's die zich voordoen in gereguleerde marktwerking. De begrippen concurrentie en het genereren van winst voor aandeelhouders komen niet voor. In deze definitie wordt duidelijk dat het kapitaal enkel de maatschappelijke doelstelling mag dienen.

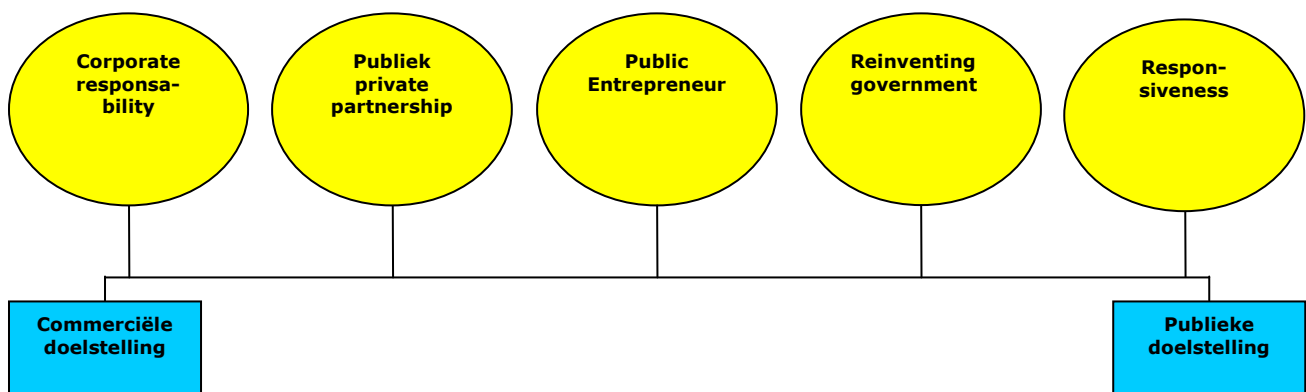
Definitie volgens K. Putters

Putters definieert maatschappelijk gericht ondernemen als: " *Het ontwikkelen van innovatieve activiteiten binnen de reguliere zorgsector, waarbij voornamelijk de bestaande partijen in de zorg proberen om meer klantgericht, transparant, vernieuwend en doelmatig te werken met de bestaande (en/of extra) middelen. Men gebruikt principes uit het bedrijfsleven zoals meer risico dragen, innoveren en bedrijfsmatig werken, om publieke doelen te realiseren. Het betreft veelal de hele zorgketen en alle organisatieniveau*" (Putters 2001). Het ondernemende karakter zit in deze variant in het toepassen van de bedrijfsgerichte aanpak uit het bedrijfsleven. Daarnaast geeft de definitie van Putters ook ruimte t.a.v. het werken met extra middelen (het genereren van extra kapitaal), om ondernemend bezig te kunnen zijn (investeren in vernieuwing en kwaliteit).

Definitie volgens De Waal

In 2000 beschrijft De Waal de maatschappelijke onderneming als: 'een publiek gerichte organisatie die effectiever en efficiënter wil omgaan met publieke middelen en doelen. Het vertrekpunt ligt bij de maatschappelijke doelstelling en gaat in de richting van het commerciële, vaak door ontplooiën van nevenactiviteiten op commerciële basis' (De Waal 2000). De Waal gaat er van uit dat vanuit één onderneming zowel publiek als commercieel gehandeld kan worden, afhankelijk van de gekozen product / markt combinatie. Hij plaatst de maatschappelijke onderneming op een continuüm die loopt van publieke doelstelling naar commerciële doelstelling waarbij de grenzen tussen de diverse organisatietypen geleidelijk verlopen. Dit is wat we in de Nederlandse gezondheids zorg in toenemende mate waarnemen. Er zijn allerlei hybride organisaties ontstaan die zowel publieke als private taken uitvoeren. De Waal heeft dit als volgt weergegeven (figuur 2):

figuur 2



(Bron: De Waal, 2000)

- Corporate responsibility: maatschappelijke betrokkenheid voor commerciële organisaties als onderdeel van de strategie.
- Public- private partnership: gezamenlijke projecten door private, non profit en publieke organisaties.
- Public entrepreneurship: een nieuwe werkwijze van staatsbedrijven bijvoorbeeld door privatisering.
- Reinventing government: invoering van marktmechanismen en resultaatgerichtheid bij de overheid als reactie op haar bureaucratische imago.
- Responsiveness: meer burgergerichtheid van de overheid.

De definitie van De Waal nemen wij in deze scriptie als uitgangspunt. Deze definitie combineert, en verbindt het uitvoeren van publieke taken met private taken. Volgens De Waal is het mogelijk dat vanuit één organisatie zorg geboden zowel publieke als commerciële doelstellingen kunnen worden nagestreefd. Met deze definitie kunnen we de

best practice voorbeelden beoordelen op: *hoe slagen zij erin te ondernemen om winst te genereren, én deze winst terug te laten vloeien t.b.v. maatschappelijke doelen.*

3.3. Inkaderen theoretische modellen

Met welke modellen kan maatschappelijk ondernemen worden beschouwd en geanalyseerd? Kernvraag is helder te krijgen welke bewuste strategieën ten grondslag liggen aan maatschappelijk ondernemen, waardoor vooraf gestelde doelen worden behaald. Theoretische modellen moeten ons helpen de gehanteerde strategieën, kansen en bedreigingen te kunnen beschrijven, analyseren en beoordelen.

3.4. Gehanteerde theorieën

Maatschappelijk ondernemen vindt plaats in een geheel van contextuele maatschappelijke eigenschappen die het (succesvol) maatschappelijk ondernemen beïnvloeden. De informatie om de contextuele eigenschappen te doorgronden hebben we o.a. gevonden in het Angelsaksische model versus het Rijnlands model (zie paragraaf 3.5).

Als we maatschappelijk ondernemen zoals zich dat ontwikkeld in de context kunnen begrijpen is vervolgens aan de orde hoe maatschappelijk ondernemerschap zich in Nederland toont en hoe dit beschouwd kan worden. K. Putters beschrijft in zijn boek 'Geboeid ondernemen' (Putters 2001) drie aspecten van waaruit maatschappelijk ondernemen beschouwd kan worden, marktgericht ondernemerschap, maatschappelijk gericht ondernemerschap en intern gericht ondernemerschap (zie paragraaf 3.6).

T. v.d. Grinten onderscheidt in zijn theorie (T. v.d. Grinten e.a. 2004) op macro niveau, drie fases waarop de ontwikkelingen in de tijd plaatsvinden, de articulatie fase, de anticipatie fase en de absorptie fase. Met het model van v.d. Grinten kunnen ontwikkelingen als proces worden begrepen en kan mogelijk iets gezegd worden over de toekomst. Waar in het proces van ontwikkeling zitten de verschillende voorbeelden van maatschappelijk ondernemen en wat zegt dat over hun nabije toekomst? (zie paragraaf 3.7).

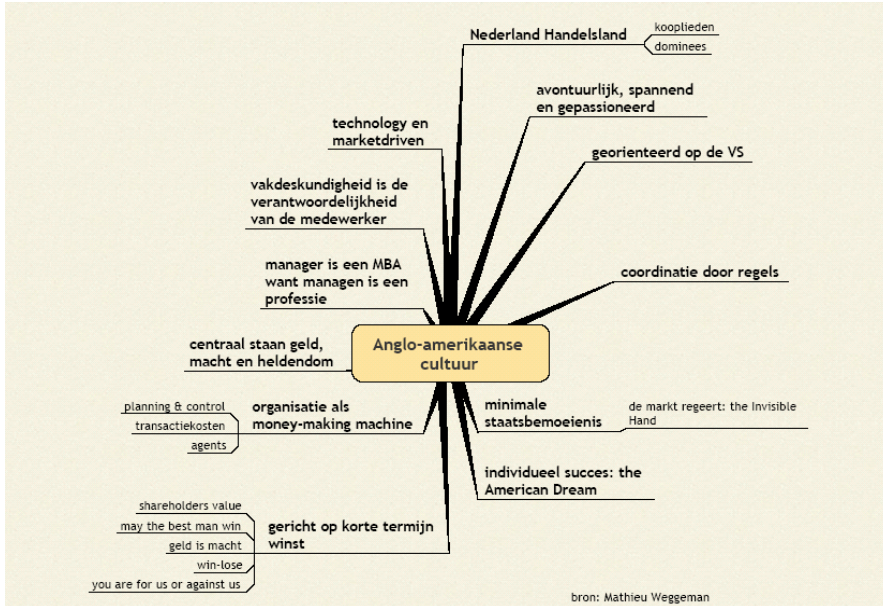
Centrale vraag blijft echter welke bewuste strategieën ten grondslag liggen aan (succesvol) maatschappelijk ondernemen in de chronische zorg. Welke strategische keuzes hebben zorgondernemers in de gegeven voorbeelden gemaakt en waarom? Welke keuzes waren succesvol en welke niet? In de analyses is gebruik gemaakt van de theorie van Porter, waarin het vergroten van de waarden voor de klant, het leveren van kwaliteit centraal staan in het behalen van een onderscheidend vermogen voor duurzaam concurrentie voordeel t.o.v. de concurrenten (zie paragraaf 3.8).

3.5. Angelsaksische versus Rijnlands model

De veronderstelling is dat ondernemerschap maar moeilijk van de grond komt wanneer het politieke systeem (centrale regulering) te dominant aanwezig is ten gevolge van de drang naar beheersing en het borgen van publieke belangen zoals zich dat manifesteert in de meest pure vorm van het Rijnlands model. In het Angelsaksische model is meer ruimte voor ondernemerschap en marktwerking. De kritiek op dat laatst genoemde systeem in zijn uiterste vorm is het gevaar voor tweedeling in de zorg van arm en rijk waarin solidariteit en toegankelijk van zorg in het gedrang komt, en het gevaar voor het weglekken van winsten waarin het verdienen van geld boven de zorgdoelen komt te staan. Het Nederlandse systeem van de gezondheidszorg is uniek te noemen, die in zijn wordingsgeschiedenis gekenmerkt wordt door zorgvuldigheid en degelijkheid, en afkomstig is vanuit een context van het Rijnlands model (de verzorgingsstaat). We zien dat in Nederland het denken vanuit het Angelsaksische model de laatste decennia dominant is geworden, mede ingegeven door het neoliberalisme, echter de gezondheidszorg in Nederland heeft de druk om zich ondernemender te gaan gedragen (nog) niet direct vertaald door afstand te nemen van het Rijnlands model en het Angelsaksische model volledig te omarmen. Het Angelsaksische model is direct verbonden met het kapitalisme waarin individualisering en commerciële

belangen voorop staan. Centraal staan de eigendomsrechten en burgerrechten (de individuele droom). Dit staat tegenover de cultuur van solidariteit en wederzijdse zorg zoals dat wordt herkend in het Rijnlands model. Hierin staan sociale rechten en mensenrechten centraal (de collectieve droom).

figuur 3 Angelsaksisch model



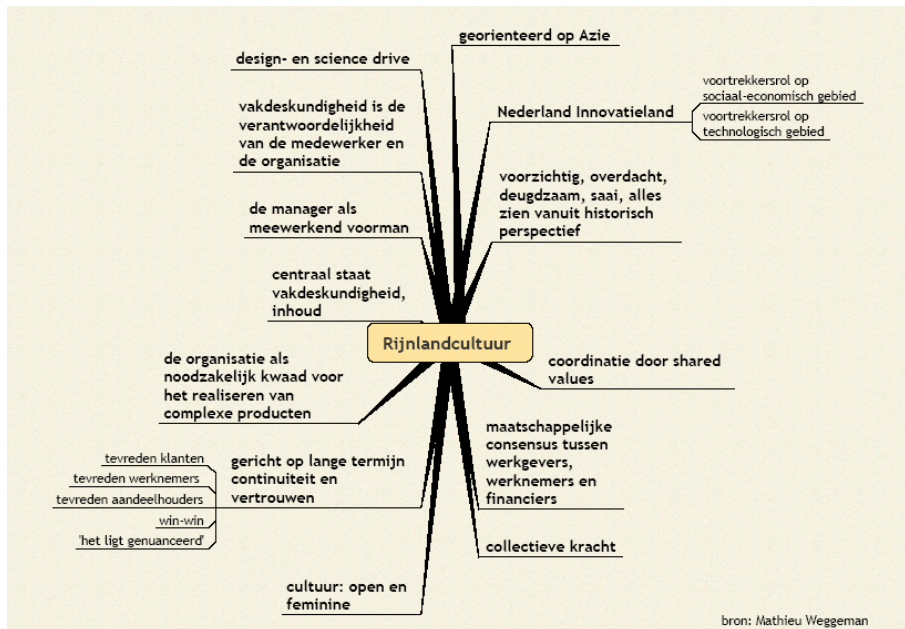
Het Angelsaksische model, of het Anglo-Amerikaanse model (figuur 3) komt voort uit het Britse en vooral het Noord-Amerikaanse denken. Het model is gebaseerd op individueel succes, een minimum aan bemoeienis van de overheid en winst op korte termijn. In het Angelsaksische model krijgt ondernemerschap ruim baan, en wordt maximaal gestuurd op aandeelhouderswaarde (winst). (Bron: Bakker e.a., 2005)

Kenmerken van het Angelsaksische model zijn: dominantie van het bedrijfsleven, marktdenken, shareholders value als belangrijkste criterium. Hierbij ligt de focus sterk op de vraag / aanbod relatie tussen klant en leverancier en gaat het primair om het vervullen van klantbehoeften. In het Angelsaksische model wordt een direct onderscheid gemaakt tussen klant en organisatie, er is afstand tussen klant en organisatie. De focus is marktgericht: je levert de dienst en daarna houdt de klantrelatie op. De manier van zaken doen is zakelijk en is gericht op concurrentie en het recht van de sterkste. Er wordt gewerkt met prestatiecontracten, prestatie metingen en accreditatie. Doelen zijn gericht op korte termijn winst, shareholders value, en win-lose verhouding: moge de beste winnen, geld is macht. De kritiek op het Angelsaksische model in zijn uiterste vorm is het gevaar voor tweedeling in de zorg (arm en rijk), en het gevaar voor het weglekken van winsten.

De vraag is wat het Angelsaksische model kan bijdragen aan het bevorderen van het maatschappelijk ondernemen? Het Angelsaksische model kan bijdragen in het centraler stellen van klant en klantwaarden in de gezondheidszorg en de versteviging van de positie van de klant. Deze positieverbetering (klant mag kiezen) is echter gebaseerd op korte termijn relaties. De Angelsaksische denkwijze is outputgericht en werkt prestatie bevorderend. Een ander voordeel van het Angelsaksische model is de bedrijfsmatige aanpak met als voordeel kostenbeheersing en de focus die ligt op verbetering van het rendement (rendement denken). Het grote voordeel van het Angelsaksische model is dat zij scherp is in het tijdig herkennen van risico's en niet levensvatbaarheid van (onderdelen van) organisaties, en daar op tijd op weet te anticiperen. Er is niets rampzaliger dan een slechtlopend of niet levensvatbare organisatie. De risico's van het Angelsaksische model zitten in de focus op de financiële targets (het weglekken van behaalde rendementen (winsten), en de focus op resultaten op de korte termijn. Daarnaast is de kritiek op het Angelsaksische model dat niet alle prestaties in de gezondheidszorg kunnen worden gevangen in indicatoren en kengetallen. Deze kritiek stelt dat kwaliteit van zorg, de relatie zorgvrager / zorgaanbieder, liefde en schoonheid in goede zorg niet te meten zijn. De indicatoren hebben strategisch uitvretergedrag tot gevolg: men doet dingen die bij de waardering meetellen en laat andere zaken liggen (zie het rapport van de WRR:

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, "Bewijzen van goede dienstverlening" (2004). Voor accreditatie, prestatie metingen is de kritiek dat zij leiden tot een circus van handboeken, kwaliteitssystemen, stafpersoneel, die handen vol geld kosten, terwijl de vraag is of die systemen wel werkelijk kwaliteitsverhogend werken (Bakker e.a. 2005).

figuur 4 Rijnlands model



Het Rijnlands model (figuur 4) vindt zijn oorsprong in Noord-West Europa, Scandinavië, Duitsland, Oostenrijk, Zwitserland en de Benelux landen. In de lange traditie van West Europa van ondernemerschap staat overleg over de belangen van alle stakeholders centraal, volgens Albert ook wel genoemd het denken in termen van 'Gemeenschap' (M. Albert 1991). (Bron: Bakker e.a., 2005)

Het Rijnlands model streeft een economie na waarin economisch succes bijdraagt aan sociale rechtvaardigheid. Er wordt actief gezocht naar een balans tussen sociale en economische belangen. Voorstanders van het Rijnlands model beweren dat dit model het beste van twee werelden verenigt: sterk sociaal streven met economische doelen.

Kenmerken van het Rijnlands model: inhoudelijke doelen staan voorop, is corporatie gericht, de klant wordt gedefinieerd in termen van een netwerkrelatie. De klant is sociaal onderdeel van de organisatie en wordt in het netwerk van de organisatie getrokken waardoor een werkrelatie van wederzijdse afhankelijkheid ontstaat. De essentie van de focusstrategie van Porter en Customer Intimicy van Tracy en Wiersma (Johnson & Scholes 2005) wordt hierin herkend. In deze strategie staat de klant centraal, en wordt de klant onderdeel van het sociale netwerk van de organisatie. De organisatie is daarbij steeds opnieuw op zoek naar (andere) behoeften van de klant, en hoe die behoeften vervuld kunnen worden. In het Rijnlands denken gaat het de onderneming primair om een goed product of dienst te leveren dat voldoet aan de wensen van klanten. Medewerkers worden in dergelijke ondernemingen gezien als vakmensen die kwaliteit leveren waarin inhoud en vakmanschap centraal staan. Maximaal inspelen op wensen van klanten moet ervoor zorgen dat klanten trouw blijven waardoor productiviteit en rendement stijgen. Het leveren van een bijdrage aan maatschappelijke belangen is van groot belang (Bakker e.a. 2005). De manier van zaken doen is gericht op continuïteit, vertrouwen en win-win (shared values): tevreden klanten, tevreden medewerkers en tevreden aandeelhouders. Centraal staat: samenwerking, compromis, solidariteit, innovatie, zingeving bieden, betrokkenheid en kleinschaligheid. In het proces van ontwikkeling wordt gestreefd naar evenwichtige verdeling en matige groei. Het ontwikkelingsproces is vaak incrementeel.

De vraag is wat het Rijnlands model kan bijdragen aan het bevorderen van het maatschappelijk ondernemen? De bijdrage van het Rijnlands model zit vooral op het maatschappelijke deel, het investeren in sociale innovatie en het veiligstellen van de publieke belangen zoals het borgen van de toegankelijkheid en solidariteit in de gezondheidszorg. Daarnaast ligt strategisch de focus op kwalitatieve ontwikkeling en op het

geven van ruimte voor innovatie i.p.v. kwantitatieve groei. Een tweede voordeel van het Rijnlands model is dat de klant en diens behoeften centraal staan, de leverancier staat dicht bij de klant. Sterke punten zijn netwerkrelatie met de klant, kleinschalig werken en het leveren van maatwerk. Een derde voordeel is dat in het denken van het Rijnlands model ondernemerschap lager in de organisatie wordt gelegd. Een belangrijk cultuuraspect in het Rijnlands denken is het geven van vertrouwen en het bieden van ruimte voor initiatieven zo laag mogelijk in de organisatie.

Het belangrijkste kritiekpunt op het Rijnlands model is dat ondernemerschap maar moeilijk van de grond komt wanneer het politieke systeem (centrale regulering) te dominant aanwezig is ten gevolge van de drang naar beheersing en het borgen van publieke belangen. Als tweede kritiekpunt wordt genoemd het teveel aan overleg, de traagheid, geslotenheid en de bevoogding. Dit gaat ten koste van ondernemerschap. Daarnaast gaat men in het Rijnlands model uit van het dienen van de belangen van álle stakeholders. Dit kan ten koste gaan van de klantgerichtheid omdat de klant als eindgebruiker één van de stakeholders is. Tevens ontstaat hierdoor een zekere middelmatigheid (niet boven het maaiveld uitsteken).

Tweesporenbeleid in Nederland

Wanneer we de twee modellen naast elkaar zetten zien we dat de maatschappelijke onderneming klem lijkt te komen zitten tussen consensus en concurrentie. Bij consensus gaat het over marktverdeling, afdekken van risico's door het maken van (centrale) afspraken en convenanten. De focus ligt op het dienen van de belangen en rekening houden met álle stakeholders en aandeelhouders (maatschappij). Bij concurrentie gaat het primair over het aangaan van risico's om gewin te behalen. Het gaat allereerst om winst maken t.b.v. de aandeelhouders, en concurrentievoordeel behalen en klanten te binden.

Het beleid van de Nederlandse overheid, dat gericht is op meer ondernemerschap in de zorg, is gebaseerd op twee sporen die tegenstrijdig zijn ten op zichte van elkaar. Ten eerste is het beleid gericht op het realiseren van een continuüm van zorg voor de klant via afstemming en samenwerking op de zorgmarkt. Bijvoorbeeld door het realiseren van ketenzorg. Deze afstemming vraagt op een aantal niveaus afspraken en centrale regie. Ten tweede is het beleid gericht op het bevorderen van concurrentie en marktwerking waardoor doelmatigheid, vraaggerichtheid en keuzevrijheid wordt bevorderd. Hierbij hoort deregulering en decentralisatie waarbij meer verantwoordelijkheid in het veld wordt gelegd zodat er geconcurrereerd wordt op kwaliteit en prijs. Deze verschillende uitgangspunten van beleid leidt tot spanningen en tegenstrijdigheden, omdat zorgaanbieders én moeten samenwerken én moeten concurreren (Putters 2005).

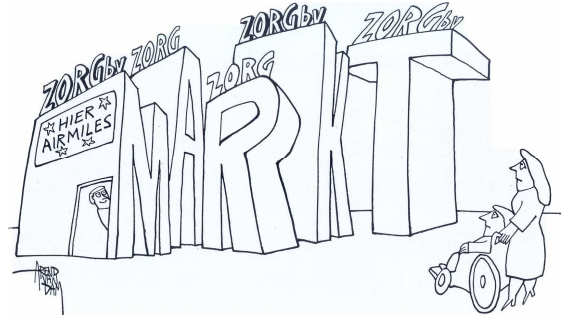
3.6. Marktgericht, maatschappelijk gericht en intern ondernemerschap

Putters maakt in zijn boek "Geboeid Ondernemen" (Putters 2001) een onderscheid in (1) marktgericht ondernemerschap, (2) maatschappelijk gericht ondernemerschap en (3) intern ondernemerschap. Dit onderscheid maakt hij om helder te krijgen: waarom werkt iets?

Marktgericht (commercieel) ondernemerschap

Bij marktgericht ondernemerschap gedraagt de zorgondernemer zich naar buiten toe,

richting de markt, de commercie. Privatisering van zorg is hier een voorbeeld van. Daarmee treedt de zorgaanbieder buiten de reguliere grenzen van het bestel, buiten het publieke domein, en betreedt hij het private domein met als doel: *meer te doen met extra middelen* (Putters 2001).



Putters definieert marktgericht ondernemerschap als: " Het ontwikkelen van innovatieve activiteiten met ondernemingsrisico richting de markt / het private domein, waarbij de grenzen worden opengeboken en andere, veelal commercieel gerichte, actoren de zorgsector betreden. Het betreft vaak de meer specialistische zorgproducten of aanpalende diensten en services die door decentrale eenheden of organisaties op de markt gebracht worden en waarop men zich profileert " (Putters 2001). Voorbeelden zijn:

- Privatisering van zorg en diensten zoals bedrijvenpoli's, private klinieken.
- Specialisatie, centers of excellence met extra services en diensten.

Ook P. Ansems heeft tijdens de MBA colleges zijn visie gegeven op marktgericht ondernemerschap. Een marktgerichte zorgonderneming (Ansems 2007):

- Kent de markt door onderzoek te doen naar behoeftes, en de vraag te bepalen van haar potentiële klanten.
- Stelt ondernemingsplannen op en maakt businesscases.
- Benoemt de gewenste productmarkt combinaties.
- En maakt keuzes op grond van strategische overwegingen

In de situatie waar de zorgondernemer commerciële activiteiten onderneemt en het verworven rendement (winst) aanwendt voor de eigen publieke taken in het kader van haar statutaire doelstellingen spreekt Putters van "*De Robin Hood variant*". Geld verdienen in het private deel en doorgeven naar het publieke deel, een publiek-private constructie bijvoorbeeld door kruissubsidiëring. Het risico dat de overheid hier signaleert is de mogelijkheid van tweedeling. Een voorbeeld van zo'n publiekprivaat arrangement is RcR Health centre, een zorgaanbieder die AWBZ zorg aanbiedt in het buitenland (Spanje, Suriname), waarbij bijvoorbeeld de partner van de geïndiceerde cliënt gebruik kan maken van hotelfaciliteiten van RcR in het buitenland. Het gaat hier dus specifiek om het aanbieden van ruimere keuzemogelijkheden (extra services tegen betaling) aan de klant, buiten de bestaande regelingen om, met als motief het maken van winst.

Deze commerciële variant kan ook inhouden een samenwerking met een commerciële partij zoals een vastgoed ontwikkelaar met als doel een hoger rendement uit het vastgoed te halen. Op deze wijze kan kapitaal uit het private domein worden onttrokken en toegevoegd worden aan het publieke domein voor het vervullen van publieke taken. De privatisering kan zowel privatisering van zorg in houden (bijvoorbeeld de bedrijven poli's) als het privatiseren van dienstverlening (bijvoorbeeld facilitaire zaken, vastgoed). Een andere manier voor het verwerven van extra middelen is het doen van projecten voor zorgvernieuwing en het verwerven van extra geld van de overheid voor deze projecten.

Maatschappelijk (gemeenschapsgericht) ondernemerschap

In deze variant kiest de zorgaanbieder ervoor binnen het bestel te blijven van het publieke domein en onderscheidend vermogen te creëren door: *meer te willen doen met hetzelfde*. Putters definieert maatschappelijk gericht ondernemen als: " Het ontwikkelen van innovatieve activiteiten binnen de reguliere zorgsector, waarbij voornamelijk de bestaande partijen in de zorg proberen om meer klantgericht, transparant, vernieuwend en doelmatig te werken met de bestaande (en/of extra) middelen. Men gebruikt principes uit het bedrijfsleven zoals meer risico dragen, innoveren en bedrijfsmatig werken, om publieke doelen te realiseren. Het betreft veelal de hele zorgketen en alle organisatieniveaus " (Putters 2001).

Het ondernemende karakter zit in deze variant in het toepassen van de bedrijfsgerichte aanpak uit het bedrijfsleven. Het maatschappelijke zit in de typische context waarin dit ondernemen plaatsvindt; er wordt gewerkt met collectieve middelen (aangevuld met particuliere inkomsten), waarbij maatschappelijke doelen worden nagestreefd, en waarover publiekelijk verantwoording wordt afgelegd. De nadruk ligt op het vergroten van de doelmatigheid en klantgerichtheid door principes uit het bedrijfsleven toe te passen. Een voorbeeld is transmuralisering van de zorg waarbij vooral gekeken wordt naar klantgerichtheid en zorg op maat in de regio. Het ontwikkelen van een regionaal zorgprogramma voor mensen met dementie is hiervan een voorbeeld. In deze variant worden de grenzen binnen de reguliere zorg omver geworpen. Hierin is duidelijk een variant van gereguleerde marktwerking te herkennen omdat bij transmuralisering rekening gehouden moet worden met regionale kenmerken en behoeften die geïnventariseerd moeten worden en sturend zijn in het inrichten van de processen. In ketenzorg is vaak sprake van regionale samenwerking op basis van consensus, waarin niet altijd zaken juridisch worden vastgelegd. Indien een organisatie zou kiezen voor verticale integratie in de zorgketen door zelf nieuwe transmurale activiteiten aan haar portfolio toe te voegen (gerelateerde diversificatie verticaal, voorwaarts of achterwaarts in de zorgketen), of door met een andere aanbieder een strategische alliantie aan te gaan of te fuseren, kan wel concurrentie gaan ontstaan met andere zorgaanbieders.

In een van de colleges tijdens de MBA opleiding gaf P. Ansems zijn visie op de maatschappelijke onderneming. Een maatschappelijk gerichte onderneming (Ansems 2007):

- Heeft een beschikbaarheids en nabijheids eis wat onvermijdelijk leidt tot ondoelmatigheid (beschikbaarheid op onrendabele momenten) omdat er beschikbaarheidskosten worden gemaakt zonder dat daar dekkende opbrengsten tegenover staan.
- Draagt zorg voor politiek gevoelige zaken zoals spoedeisende hulp en trauma opvang.

Intern ondernemerschap

De derde vorm van ondernemerschap richt zich vooral op de interne organisatie. In deze vorm is het doel het moderniseren en ontwikkelen van de eigen organisatie en die ondernemender te maken om klantgerichter en doelmatiger te werken. Het dominante managementperspectief noemt Putters hier: *de eigen zaakjes op orde hebben*. Dit op orde hebben is nodig om de externe aansluiting te kunnen realiseren. " De interne bedrijfsvoering wordt in deze variant meer ondernemend gemaakt, zodat ze aansluit bij extern management" (Putters 2001).

- ICT, modernisering van bedrijfsprocessen.
- Het betrekken van zorgvragers bij proces van in- en output, metingen. klanttevredenheid.
- Ontwikkelen van ondernemend leiderschap binnen de organisatie.
- Pilots in verzelfstandiging van strategische businessunits (SBU) binnen de organisatie met als doel deze SBU's meer resultaatverantwoordelijk en ondernemend te maken.

3.7. Articulatie, anticipatie en absorptie

De vraag is hoe ontwikkelingen in maatschappelijk ondernemen zich voltrekken en wat dat betekent voor de effecten van de verandering? Wat kunnen we verwachten? Ontwikkelingen in marktwerking in de gezondheidszorg van Nederland verlopen procesmatig en incrementeel als gevolg van zich op elkaar aansluitende ontwikkelingen. Sinds 1987, sinds de commissie Dekker, staat marktwerking al hoog op de agenda in de Nederlandse gezondheidszorg en de Nederlandse politiek. Na de periode van de commissie Dekker heeft het ongeveer 10 jaar geduurd voordat een volgende fase aanbrak die van de plannen van Simons. Vervolgens heeft het weer ongeveer 10 jaar geduurd voordat de er echt een slag werd gemaakt door het invoeren van de nieuwe zorgverzekeringswet. Met deze laatste stap werd een groot deel van de plannen van de commissie Dekker werkelijkheid.

Volgens Van der Grinten is het van belang inzicht te hebben in het ontwikkelingsproces van maatschappelijke ondernemingen. Omdat we in Nederland in het veld van maatschappelijk ondernemen te maken hebben met tegengestelde belangen (publieke doelstellingen versus private doelstellingen) is het noodzakelijk inzicht te hebben in het kader van maatschappelijk ondernemen. Wat is het speelveld? Het doel daarbij is om ongewenste ontwikkelingen (tweedeling, ongelijke toegang) onder de vlag van maatschappelijk ondernemerschap te voorkomen (Putters 1998). Om inzicht te krijgen in het kader van maatschappelijk ondernemen maakt V.d. Grinten onderscheidt in drie fases: de articulatie fase, de accommodatie of anticipatie fase en de absorptie fase (V.d. Grinten e.a. 2004).

Articulatie fase

Letterlijk betekent articuleren volgens van Dale: spraakklanken vormen, het op elkaar aansluiten van tanden en kiezen. De betekenis die wij er aan geven is: *op een zelfde lijn komen, creëren van draagvlak*. Het creëren van draagvlak, zeker als het gaat over politiek gevoelige onderwerpen vraagt tijd en overleg. Ontwikkelingen in de Nederlandse gezondheidszorg zijn incrementeel te noemen. De veranderingen in de Nederlandse gezondheidszorg, zijn het gezamenlijke effect van de articulatie van nieuwe ideeën zoals marktwerking, ondernemerschap, vraagsturing, enzovoorts, waarop geanticipeerd wordt door partijen in het veld (V.d. Grinten e.a. 2004). Een van de bepalende factoren voor het slagen en de snelheid van een ontwikkeling is het draagvlak en de maatschappelijke aanvaardbaarheid van die ontwikkeling. Putters maakt onderscheidt in: (Putters 1998)

- *De maatschappelijke legitimiteit*: solidariteit, gelijkheid, rechtvaardigheid, toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit.
- *De professionele legitimiteit*: deskundigheid, effectiviteit van handelen verantwoord handelen, kwalitatieve goede zorg, en de vertrouwensrelatie.
- *De organisatorische legitimiteit*: zijn de gegroeide of nieuw ontwikkelde organisatorische verbanden legitiem als het gaat over overlegstructuren (prijsafspraken), wet- en regelgeving op het gebied van bouw, kwaliteit, bescherming persoonsgegevens.

Anticipatie fase

Letterlijk volgens van Dale: *aanpassen, het zich aanpassen aan de omstandigheden*.

Kernvraag is hier hoe reageren zorgondernemers op de ontwikkeling van marktwerking en toenemende concurrentie? Wat zijn de strategische keuzes die zij maken en wat leveren die op? Wat is de dominante strategie? En wat betekent de gekozen strategie voor de verschillende stakeholders in termen van het dienen van publieke, private of professionele belangen? Putters en V.d. Grinten maken een onderscheid in (V.d. Grinten, Putters 2006):

- *Offensieve strategieën*: bijvoorbeeld een duidelijke profilering op specialistische deelgebieden in centers of excellence, oprichting private initiatieven, zelfstandige behandelcentra's, verdieping in onderzoek en opleiding. Welke doelen worden nagestreefd en wat zijn de effecten?
- *Defensieve strategieën*: bijvoorbeeld het vormen kartels en monopolies via allianties, en grote zorgconcerns. Welke doelen worden nagestreefd, wat zijn de effecten?

Absorptie fase

Letterlijk volgens van Dale: *in zich opnemen, geheel in beslag nemen*. Wat is de mate van beklijving, hoe duurzaam is de verandering en hoe duurzaam zijn de bereikte resultaten?

Bij het beoordelen van de duurzaamheid kan gekeken worden naar:

- Wat zijn de geboekte resultaten?
- Welke meerwaarden zijn gerealiseerd en voor wie? (effectiviteit, klantgerichtheid)
- Hoe duurzaam zijn deze resultaten, als het gaat over reproduceerbaarheid?
- Wat is de constantheid / continuïteit van kwaliteit en services?
- Hoe betrouwbaar / solide is de organisatie?

3.8. Strategische keuzes

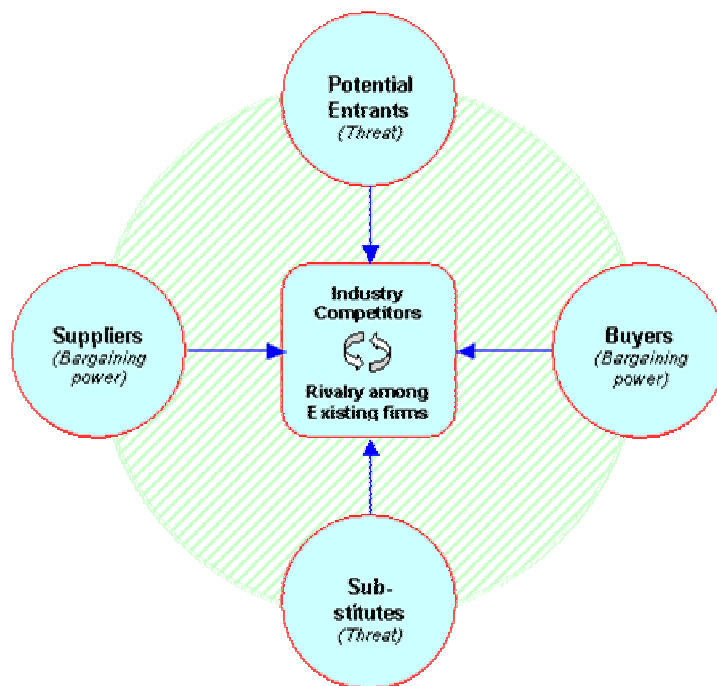
Voordat een zorgondernemer gaat ondernemen zal hij/zij strategische keuzes moeten maken. Strategische keuzes zijn het geheel aan keuzes dat een organisatie maakt om zich in de markt duurzaam te onderscheiden (concurrentie voordeel behalen) met als achterliggend doel een verdedigbare positie te behouden in de markt. In wezen zijn strategische keuzes gericht op de continuïteit en toekomst van de organisatie. Met andere woorden: Waar gaan we voor? Wat is de fundamentele keuze van de organisatie en waarom is deze keuze zinvol in het licht van de strategische positie van de organisatie? En wat betekent de gemaakte strategische keuze voor de positionering van de onderneming in de markt?

Het model van Five Forces van Porter (figuur 5) is een hulpmiddel dat wordt gebruikt om een outside-in analyse van de aantrekkelijkheid van een sector te maken (Johnson & Scholes, 2005). Concurrenieren wordt door Porter gezien als drive om waardevermeerdering voor klanten na te streven, en om voortbestaan dan wel groei (winst) van de onderneming te realiseren. De analyse van Competitive Forces wordt gemaakt door identificatie van 5 (6) fundamentele concurrerende krachten waar de ondernemer rekening mee moet houden:

1. Toetreding van nieuwe concurrenten op de markt. Welke barrières bestaan er en hoe gemakkelijk is het voor nieuwkomers om te starten met concurreren. In de vrije markt zoals in het Angelsaksische model zijn barrières laag, en is sprake van minimale overheidbemoediging. De markt wordt overgelaten aan de marktpartijen zelf. In het Rijnlands model daarentegen is (voor een deel) sprake van centrale aansturing en marktregulering door de overheid. Om toegankelijkheid en kwaliteit in de Nederlandse gezondheidszorg te borgen stelt de overheid forse toegangseisen (vergunningen, erkenningen, kwaliteitsnormen) op om de zorgmarkt te mogen betreden. Het is niet gemakkelijk om als zorgondernemer te starten binnen het systeem van de gezondheidszorg.
2. Bedreiging van substituten die het eigen product kunnen vervangen, hoe snel, gemakkelijk kan een alternatief product of dienst goedkoper op de markt worden gebracht. Een zorgondernemer moet rekening houden met wat de concurrenten doen. Het gaat hier over onder andere de (on)mogelijkheid van het kunnen kopiëren van producten / diensten (hulpbronnen, competenties). Een zorgondernemer heeft de mogelijkheid hierin strategische keuzes te maken bijvoorbeeld door het ontwikkelen van unieke competenties die moeilijk te kopiëren zijn of door het beschermen van toegankelijkheid van hulpbronnen. Hiermee kan een organisatie duurzaam concurrentie voordeel behalen.
3. Onderhandelingspositie van afnemers, waar een zorgondernemer mee te maken heeft. Het zorgkantoor (de zorgverzekeraar) heeft als inkoper namens de primaire klant (eindgebruiker) vanwege de grote collectiviteit grote inkoopmacht. De zorgkantoren worden gefinancierd via de overheid, d.m.v. premies die door burgers worden betaald. Door deze Rijnlands constructie is er voor de primaire klant als eindgebruiker geen directe relatie meer tussen betalen en genieten en vervalt voor de klant de prikkel van marktwerking. Het zorgkantoor kan gezien haar machtige positie kiezen uit een of meerdere zorgaanbieders met wie zij contracten afsluit, en kiezen uit bijvoorbeeld de goedkoopste of de beste. Een zorgondernemer zal moeten weten welke meerwaarde de zorgverzekeraar nastreeft, en de zorgaanbieder kan daarop dan mogelijk inspelen.

4. Onderhandelingspositie van leveranciers, zijn er veel of weinig leveranciers of is er mogelijk sprake van een monopoly positie? Afhankelijkheid van een leverancier kan bijvoorbeeld ontstaan wanneer alleen de leverancier beschikt over hulpbronnen die de zorgaanbieder niet kan ontberen. In de zorg is de zorgverzekeraar niet alleen de afnemer maar ook de leverancier van klanten waarvan de zorgaanbieder (voor een deel) van afhankelijk kan zijn. Een opdracht voor de zorgondernemer is hoe dit risico te reduceren? Dat zou kunnen door andere klantgroepen aan te boren en/of nieuwe producten in de zorgketen, dan wel daarbuiten te gaan aanbieden.
5. Rivaliteit onder de bestaande spelers en samenstelling van de markt is er een sterke onderlinge concurrentie. Bij het maken van een strategische keuze is het van groot belang als zorgondernemer mee te wegen wat andere concurrenten doen. Bijvoorbeeld ten aanzien van de dienst / doelgroep combinatie, of ten aanzien van de prijs.
6. Soms wordt een zesde concurrerende kracht toegevoegd: de Overheid. Bijvoorbeeld als de overheid ervoor kiest bepaalde producten uit het systeem te halen, denk aan de huishoudelijke zorg in het kader van de Wet Maatschappelijk Ondersteuning dat via Europese aanbesteding op de markt is gebracht. Nieuwe toetreders (denk aan schoonmaakbedrijven) gaan buiten het zorgkantoor om direct in onderhandeling met de gemeente. Substitutie mogelijkheden vanuit schoonmaak bedrijven of Alpha hulpen, en een nieuw ordening t.a.v. inkopers, consortiums die gezamenlijk aanbesteden.

figuur 5 het vijf-krachten-model van M. Porter



(Bron: Johnson & Scholes 2005)

Porter beschrijft verder de verschillende strategieën die een organisatie kan hanteren om zich te onderscheiden van zijn concurrenten en beter te gaan presteren. De drie fundamentele strategische keuzes die een organisatie kan maken zijn:

- Kosten strategie: lage kosten strategie en efficiëntie (vechtmarkt).
- Differentiatie strategie: het beste product zijn in zijn soort zijn.
- Focus strategie: maatwerk leveren per klant.

Kosten strategie

Bij een strategie van kostenbeheersing is het mogelijk een concurrentie voordeel te bewerkstelligen door producten tegen een lagere prijs aan te bieden dan de concurrenten. Hoe lager de prijs in de keten, hoe lager de prijs kan zijn die doorberekend kan worden aan

de klant maar desondanks toch nog voldoende rendement kan opleveren. Dit kan worden gerealiseerd door een hogere graad van standaardisatie van het productie proces.

Een aantal aspecten, welke van invloed zijn op een kostenbeheersingstrategie zijn:

- Economische voordelen van schaalgrootte, hoe hoger de productie, hoe lager in verhouding de overhead c.q. productie kosten zijn.
- Voorsprong leercurve in doelmatigheid, de organisatie leert op welke wijze maximaal efficiënt geproduceerd kan worden.
- Capaciteitsbenutting moet maximaal zijn; kostenbeheersing is gericht op voorkomen van overcapaciteit.
- Aansluiting van activiteiten op elkaar is gericht op het bereiken van een hoge doelmatigheid. Dit kan onder ander worden bereikt door standaardisering van opeen volgende activiteiten met een hoger mate van voorspelbaarheid. In de zorg bijvoorbeeld door zorgprogrammering.
- De relatie tussen business units is gericht op het behalen van kostenvoordeel, bijvoorbeeld door het efficiënt gebruik van hulpbronnen.
- Timing / toetredingsmoment: het instapmoment wordt sterk bepaald op het snel kunnen anticiperen op goedkoper hetzelfde product kunnen produceren en aanbieden op de markt.
- Beleid ligt maximaal op kostenbeheersing en goedkoper produceren, onder andere door standaardisering, om zodoende winst te maken voor aandeelhouders, en om te herinvesteren in vergroting van de doelmatigheid.

Differentiatie strategie

Bij een differentiatiestrategie (of het beste product leveren in zijn soort) is er sprake van rendementsvergroting door het toevoegen van een extra waarde aan het product zoals o.a. betere kwaliteit of betere service. Dit geeft ten opzichte van de concurrentie een hoger onderscheidend vermogen. Op basis van dit onderscheidende vermogen kan een hogere prijs worden gevraagd voor de te leveren dienst of product.

Een aantal aspecten dat van invloed is op een differentiatiestrategie is onder andere:

- Beleid en beslissingen zijn gericht op kwaliteitsverbetering en verhoging van differentiatie graad.
- Voorsprong leercurve ten opzichte van concurrenten bestaat uit een hogere kennis en ervaring ten aanzien van de inhoud/kwaliteit van het product.
- Schaalgrootte: wat is het omslag punt in kritisch volume om bij een hogere differentiatiegraad, kostendekkend te kunnen werken, dan wel met winst te kunnen produceren.
- De aansluiting van activiteiten op elkaar is gericht op synergie van activiteiten op elkaar, en daardoor leveren van betere kwaliteit of hogere service.
- Relatie tussen business units is gericht op samenwerking met als doel verhoging van kwaliteit en verbetering van de service. (bijvoorbeeld ketenzorg waarin de klant de geleverde zorg als één geheel ervaart en niet als afzonderlijk losse onderdelen)
- Verticale integratie kan worden ingezet als strategie om bijvoorbeeld ketenzorg te realiseren.
- Beleid is gericht op verhoging van de differentiatie en kwaliteit in de product- en dienstverlening, met gelijktijdig het realiseren van winst om te kunnen herinvesteren in verbetering van kwaliteit en services.
- Geografische ligging kan belangrijk zijn in services zoals bereikbaarheid, toegankelijkheid en aantrekkelijkheid.

Focus strategie

Focus strategie ook wel genoemd de klant focus strategie, of cliënt intimacy. In deze strategie ligt de focus op: één klant één antwoord, en op excellente dienstverlening. Aan deze keuze ligt de veronderstelling ten grondslag dat de klant bereid is meer te betalen voor het maatwerk, de hogere kwaliteit en service. Een zorgondernemer zal rekening moeten

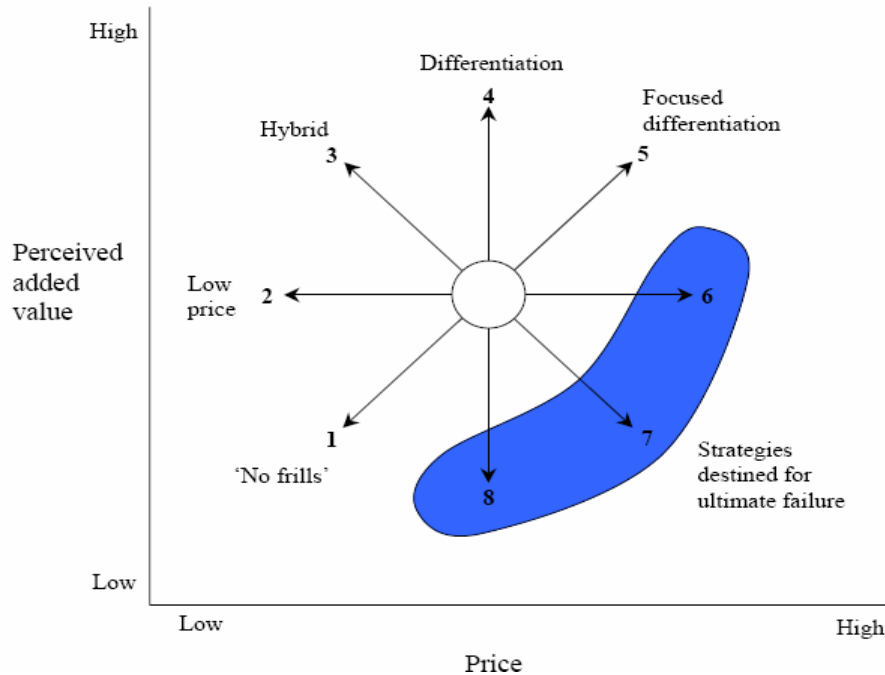
houden met de koopkracht van de klantgroep waar hij voor kiest. Klantentrouw is in deze strategie van levensbelang. De klantenpartner richt zich op het deskundige advies dat specifieke klanten willen. Belangrijk uitgangspunt in deze strategie is klantgerichtheid en de aandacht voor de ervaren kwaliteit door de klant. Het gaat niet om eenmalige transacties maar om het ontwikkelen van een goede klantenrelatie. Medewerkers zijn ervaren, inventief, onorthodox, flexibel en op meerdere plekken inzetbaar. De bedrijfscultuur is ingesteld op het specifieke, niet op standaardisering.

Een aantal aspecten dat van invloed is op een focus strategie zijn onder andere:

- Beleid en beslissingen zijn gericht op het leveren superieure kwaliteit en hoogstaand maatwerk per klant.
- Voorsprong leercurve is gericht op het kunnen leveren van specifiek maatwerk, en het steeds op telkens weer, op elke nieuwe klantvraag een antwoord te kunnen geven.
- Schaalgrootte is vaak klein. De strategie is gericht op het aantrekken van een specifieke klantenkring, het vasthouden van klanten door het optimaal vervullen van individuele wensen, waarvoor de klant graag meer voor wil betalen.
- De aansluiting van activiteiten op elkaar ontstaat doordat steeds wordt gezocht naar nieuwe behoeften van klanten uit de klanten kring, waardoor de portfolio van activiteiten groter wordt en steeds weer varieert.
- Relatie tussen business units is gericht op samenwerking met als doel verhoging van kwaliteit en verbetering van de services.
- Verticale integratie wordt ingezet als strategie als vergroting van de portfolio van product en diensten aanbod als antwoord op nieuwe behoeften van klanten.
- Beleid is gericht op behoud en verbetering van de klantrelatie en het leveren van excellente dienstverlening.
- Geografische ligging is belangrijk om hoge services zoals bereikbaarheid, toegankelijkheid en aantrekkelijkheid te bereiken.

Opvallend is dat voor meerdere strategieën dezelfde factoren relevant kunnen zijn, maar een andere invulling krijgen vanuit de gekozen strategie. Allereerst kiest de zorgondernemer voor de dominante strategie als hoofdrichting. Daarbinnen is het is mogelijk om een smalle en brede focus toe te passen op zowel de strategie van kostenbeheersing, differentiatie en klantfocus. In de strategische klok van Cliff Bowman (figuur 6) zijn deze strategieën nog verder verfijnd en in een model gezet met de kostprijs.

figuur 6 De strategische klok van C. Bowman



(Bron: Johnson & Scholes 2005)

Optie 1: "no frills":

Combinatie van lage prijs, lage verkregen toegevoegde waarde en focus op prijsgevoelig marktsegment.

Optie 2: "low price":

Combinatie van lagere prijs terwijl toegevoegde waarde product of service op niveau concurrentie blijft.

Optie 3: "Hybrid strategy":

Combinatie van 2 en 4, aan de ene kant differentiatie aan de andere kant lage prijs.

Optie 4: "differentiation":

Combinatie van uniek, duur product met meerwaarde voor de klant of verschillend van concurrentie. (toegevoegde waarde strategie)

Optie 5: "Focused differentiation"

Combinatie hoge waarde rechtvaardiging, stevige prijs vaak in een specifiek marktsegment

Opties 6,7,8: Failure strategieën

Vaak verlies van marktwaarde, vaak tot mislukking gedoemde strategieën. Te hoge prijs, alleen succesvol in een monopoly positie.

Zoals Porter zo treffend aangeeft, streven maatschappelijke ondernemingen waarde vermeerdering na, om hun voortbestaan te kunnen garanderen en om groei en ontwikkeling te kunnen realiseren. Volgens Porter dient marktwerking in de gezondheidszorg eruit te bestaan, dat de focus vooral komt te liggen op het creëren van toegevoegde waarden voor de klant, en op het concurreren op kwaliteit. Voorop hoort te staan het centraal stellen van klantgerichtheid en het leveren van kwaliteit. Waardetoevoeging voor de klant als eindgebruiker en onbelemmerde competitie op resultaten leidt volgens Porter tot excellente zorg. Waardecreatie omschrijft Porter als het gezondheidsresultaat. Daarbinnen gaat hij uit van samenwerken gericht op resultaat. Een vorm van keten gerichte zorg met daarbinnen kleine zorgleveranciers die streven naar bovengemiddeld presteren om klanten voor zicht te winnen.

Het creëren van toegevoegde waarden voor de klant is nodig om onderscheidend vermogen te realiseren met als doel duurzaam concurrentievoordeel te behalen. Het Nederlandse

gezondheidszorg systeem is de laatste decennia echter hoofdzakelijk gericht op het beheersen van kosten. Willen wij de focus leggen op klantgerichtheid en uitgaan van klanten als kritische consumenten dan dient de focus gelegd te worden op het leveren van waarde, met een hoge kwaliteit op resultaten.

Zoals we in de theorie van het Rijnlands en Angelsaksische model hebben gezien kunnen verschillende waarden worden nagestreefd door een organisatie. De centrale vraag is welke specifieke toegevoegde waarden streven maatschappelijke ondernemingen na? Wat zeggen de voorbeelden van best practice en de businesscase hierover?

Putters spreekt over managed competition: in deze theorie wordt uitgegaan van de stelling dat zorgvragers kostenbewuste consumenten zijn die op zoek gaan naar de beste kwaliteit voor de laagste prijs. Voorwaarde is wel dat consumenten inzicht krijgen en hebben in de technische kwaliteit, de prijs, de services en de verhouding daartussen (Putters 1998). Het creëren van een directere relatie tussen genieten en betalen voor de klant als eindgebruiker kan marktwerking bevorderen (Boekholt 2007).

De vragen die wij ons ten aanzien van de voorbeelden van best practice stellen, gaan uit naar de mate van klantgerichtheid, de kwaliteit en de kosten van producten. Deze zouden terug te vinden moeten zijn in de gemaakte strategische keuze ten aanzien van differentiatie, (technische) kwaliteit van de zorgproducten, positie van de klant, klantgerichtheid en de prijs van het aanbod.

3.9. Definitie best practice

Met 'Best Practice' wordt bedoeld: ' De adaptatie en ontwikkeling van ideeën, strategieën en methoden op een wijze die de aangeboden zorg-, hulp- of dienstverlening meetbaar verbetert en die continu voor het beschikbare geld de beste zorg-, hulp- of dienstverlening waarborgt en garandeert' (Holsbrink-Engels, 2004).

Dit betekent dat de voorbeelden van best practice beschouwd zullen worden op:

- Staat de zorgondernemingen open voor de dialoog met de omgeving, en hebben zij strategieën ontwikkeld voor het monitoren van ontwikkelingen in de omgeving, en het verbeteren van kwaliteit van zorg- en dienstverlening?
- Worden resultaten en verbetering meetbaar gerealiseerd en geëvalueerd?
- Zijn de bereikte resultaten duurzaam en zijn deze reproduceerbaar en continu?
- Is gelijke toegankelijkheid, kwaliteit en doelmatigheid gewaarborgd?
- Wordt gerealiseerd dividend structureel geherinvesteerd in de verbetering van zorg- en dienstverlening?

Een goed voorbeeld van best practice in deze studie, laat zien welke succesvolle strategieën leiden tot goede resultaten in maatschappelijk ondernemen. Daarnaast is voor ons, in het kader van deze studie, een 'best practice' een goed voorbeeld, indien daadwerkelijk aanwijsbare resultaten worden geboekt t.a.v het genereren van maatschappelijk dividend , het verbeteren van de concurrentie positie en het verbeteren van doelmatigheid.

3.10. Toetsingskader voorbeelden best practice en businesscase

Het model van K. Putters helpt ons de soorten van maatschappelijk ondernemerschap te onderkennen. Voor welk ondernemerschap is gekozen en waarom werkt het? Hiermee kunnen de verschillende vormen van maatschappelijk ondernemen onderscheiden worden van elkaar en waar mogelijk worden vergeleken. Het model van T. v.d. Grinten helpt ons te begrijpen waar een voorbeeld van best practice zit in haar ontwikkelingsproces. In de vier best practice voorbeelden hebben we gezocht welke toegevoegde waarde in het maatschappelijk ondernemen worden nagestreefd? In onze ogen ontstaat maximale waarde creatie in maatschappelijk ondernemen wanneer een zorgondernemer erin slaagt de voordelen van het Rijnlands model weet te combineren met de voordelen van het

Angelsaksische model: *het genereren van financieel winst wat omgezet kan worden in maatschappelijk dividend, het verbeteren van de concurrentiepositie en het verbeteren van de doelmatigheid*. Deze vier doelen vormen het toetsingskader voor beoordeling van de vier voorbeelden van best practice. Daarbij hebben we ook de vraag proberen te beantwoorden: welke (concurrentie) strategieën tot het beste resultaat leiden?

Wat zijn de te beoordelen aspecten van het beste van het Rijnlands model:

Maatschappelijk dividend:

- *Maatschappelijke doelen* en sociale rechtvaardigheid centraal
- *Kwaliteit en vakmanschap*, oftewel inhoudelijke doelen staan centraal.
- *Toegankelijkheid*: veilig stellen van publieke belangen, kwaliteit en betaalbaarheid.

Doelmatig werken vanuit een bedrijfseconomisch principe:

- *Duurzaamheid*: behalen van maatschappelijk rendement op langere termijn.
- *Netwerk en sociale relaties*: het belang van alle stakeholders staat centraal.
- *Betrokkenheid*: zaken doen is gericht op continuïteit, vertrouwen en win-win voor klanten, stakeholders en medewerkers.

Wat zijn de te beoordelen aspecten van het beste van het Angelsaksische model:

Concurrentiepositie verbeteren:

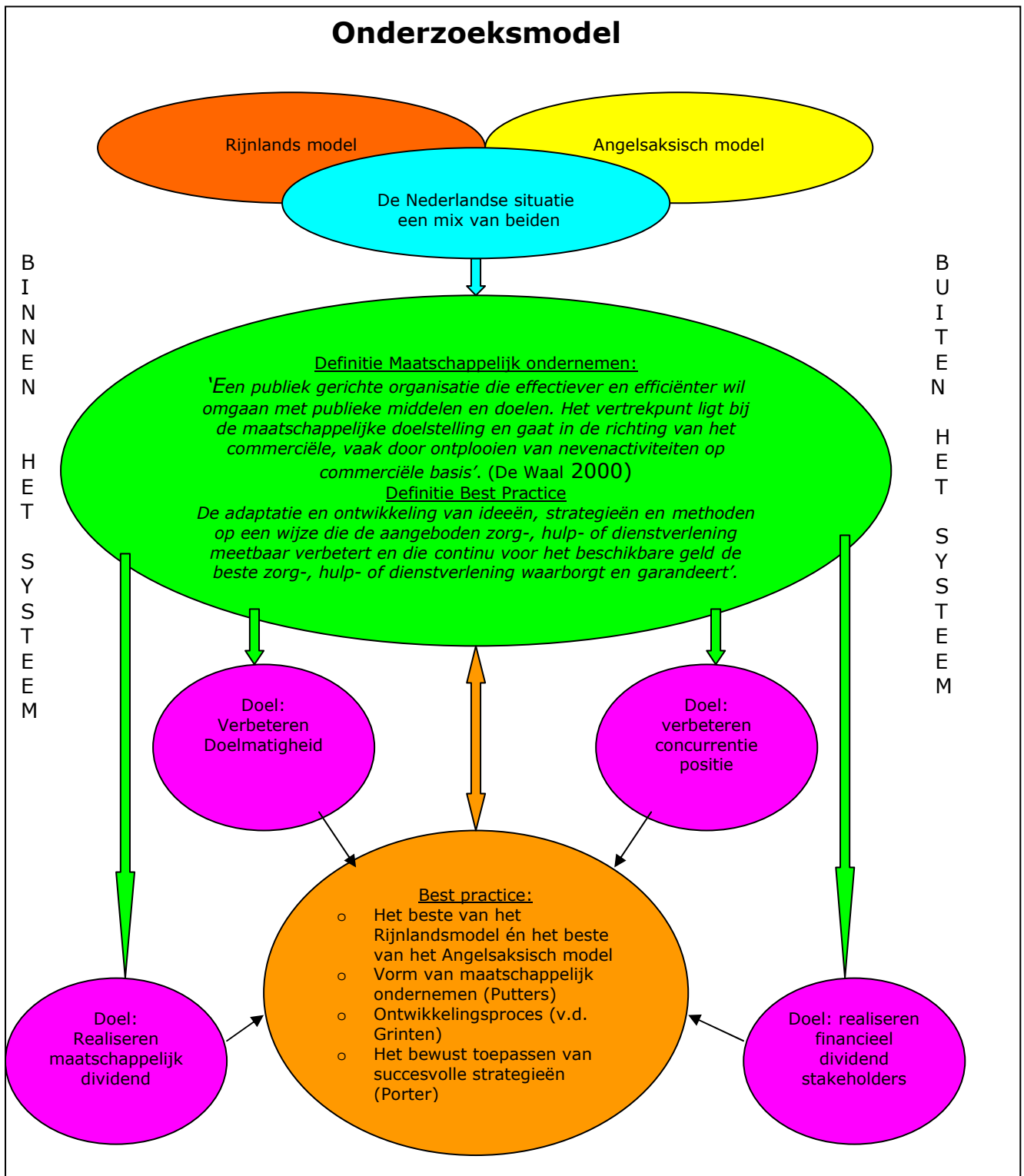
- *Output centraal in de klantgerichtheid*, werkt prestatiebevorderend.
- *Ondernemend*, risico durven nemen.
- *Risico management*: denken in termen van rendement, risico's worden tijdig herkent, snel anticiperen.

Financiële winst:

- *Winst maken en uitkeren* aan stakeholders om hun (blijvend) te binden.
- *Investeren* om rendement te creëren en concurrentievoordeel te behalen.
- *Kostenbeheersing*, lage bureaucratie, hoge doelmatigheid

We hebben het theoretisch model vertaald in een onderzoeksmodel als toetsingskader voor de bezochte voorbeelden van best practice (figuur 7).

figuur 7



In dit model zijn de doelen van Rijnlandsmodel (realiseren maatschappelijk dividend, verhogen doelmatigheid) samen gebracht met de doelen van het Anglesaksisch model (realiseren financieel dividend stakeholders, verbeteren concurrentiepositie).

Het onderzoeksmodel is het kader voor analyse en beoordeling van de vier best practices.

Om dit zichtbaar te maken hebben we “het beste van het Rijnlands model en het beste van het Angelsaksische model”, de doelen en daarin te onderkennen aspecten (figuur 8), in een waarderingsschema geplaatst. De te beoordelen aspecten van het beste van het Rijnlandsmodel en het beste van het Angelsaksische model hebben we vervolgens gescoord in de voorbeelden van best practice:

figuur 8

Het beste van het Rijnlands model	Het beste van het Angelsaksische model
<u>Maatschappelijk dividend:</u> A Sociaal maatschappelijke doelen B Kwaliteit en vakmanschap C Toegankelijkheid	<u>Verbeteren concurrentie positie</u> G Output-, klantgericht H Ondernemende organisatie I Risico management
<u>Verbeteren doelmatigheid:</u> D Duurzaamheid E Netwerk / keten F Betrokkenheid	<u>Financieel dividend stakeholders</u> J Investeren K Winst maken L Kostenbeheersing

Opbouw vragenlijst

De vragenlijst (bijlage 1) voor de interviews, is opgebouwd aan de hand van de uitgewerkte theorieën. De vragen hebben we gebruikt als hulpmiddel in de gesprekken.

Het onderzoeksmodel is het toetsingskader voor het analyseren en beoordelen van de geboekte resultaten. De analyse en conclusies moeten een antwoord geven op de vraag hoe maatschappelijk ondernemen ons kan helpen in de chronische zorg, de concurrentie positie te verbeteren (hogere kwaliteit, meer differentiatie, betere services).

Uitwerking interviews

Alle interviews zijn vervolgens uitgewerkt, waarbij de volgende onderdelen zijn beschreven in paragraaf 4.1:

- Wat is de corebusiness van de best practice?
- Wat is de typering van het ondernemerschap?
 - Marktgericht ondernemerschap.
 - Maatschappelijk gericht ondernemerschap.
 - Intern ondernemerschap.
- Welke Angelsaksische kenmerken zijn te onderkennen?
- Welke Rijnlands kenmerken zijn te onderkennen?
- Wat kan gezegd worden over de legitimiteit van het ondernemerschap?
 - Maatschappelijke legitimiteit.
 - Professionele legitimiteit.
 - Organisatorische legitimiteit.
- Is er sprake van een offensieve of defensieve strategie?
- Hoe worden de resultaten gedefinieerd?
 - T.a.v. de duurzaamheid.
 - T.a.v. de reproduceerbaarheid.
 - T.a.v. de betrouwbaarheid.

- Wat is de dominante strategie?
 - Kostenleiderschap.
 - Differentiatie strategie.
 - Focus strategie.
 - Concurrentie strategische aspecten volgens model Five Forces van Porter
- Welke effecten zijn behaald in maatschappelijk ondernemen?
- Welke kritische succesfactoren zijn te onderkennen?
- Welke afbreukrisico's zijn te onderkennen?

4. Resultaten empirisch onderzoek

Zoals beschreven in hoofdstuk 2 en 3, zijn na bestudering van de theorieën een viertal theoretische concepten gekozen als kader voor het opstellen van een vragenlijst. De gebruikte vragenlijst is grotendeels gebaseerd op de resultaten van de literatuurstudie, en dient als toetsingskader voor het beschrijven, analyseren en beoordelen van de voorbeelden van best practice.

We hebben vier voorbeelden van best practices van Nederlandse maatschappelijke ondernemingen in de chronische zorg uitgezocht, die in Nederland en/of in het buitenland actief zijn. We hebben gezocht naar voorbeelden van marktgericht, maatschappelijk gericht en intern gericht ondernemerschap. Ten slotte hebben we naar voorbeelden gezocht van zorgondernemingen die binnen het systeem van de Nederlandse gezondheidszorg opereren, en naar voorbeelden van ondernemingen die zich buiten het systeem begeven, of combinaties van beiden (figuur 9).

Uiteindelijk hebben we gekozen voor onderstaande vier best practices omdat deze bijvoorbeeld aan de orde zijn geweest tijdens de MBA studie, of omdat ze uit het literatuuronderzoek naar voren kwamen. Daarnaast zijn we erop gewezen door onder andere Kim Putters, onze studiebegeleider Aad de Roo, de scriptie begeleider Jos Schols, of zijn we ermee geconfronteerd in een eerdere studieopdracht. Ook de actualiteit van artikelen in bepaalde vaktijdschriften waar naar deze instellingen werd verwezen als best practice heeft zeker een rol gespeeld in onze uiteindelijke keuze.

figuur 9

Voorbeeld best practice	Binnen het systeem	Buiten het systeem	Marktgericht	Maatschappelijk gericht	Intern gericht	Gevestigde instelling	In Nederland	Buitenland
De Thomashuizen		X	X			X	X	X
RcR Healthcare	X	X	X	X		X	X	X
Vitalis zorggroep	X			X		X	X	
Businesscase van de Reinier van Arkel groep	X				X	X	X	

Verderop in dit hoofdstuk worden de voorbeelden van best practice als zorgonderneming nader toegelicht.

Aan de hand van het toetsingskader zijn bestuurders/directies, met behulp van de methode van semi gestructureerde interviews, bevraagd en is maatschappelijk ondernemerschap in kaart gebracht. In de interviews is gevraagd naar de strategische keuzes en doelen die de zorgondernemers hebben gemaakt. Daarnaast is gevraagd naar de behaalde resultaten, de

kritische succesfactoren en afbreukrisico's. De bevindingen uit de interviews zijn met behulp van het onderzoeksmodel gelegd naast de theoretische concepten van maatschappelijk ondernemen.

4.1. Resultaten interviews best practice

De Thomashuizen

In 2001 nam Hans van Putten het initiatief de zorg voor zijn zoon anders aan te pakken door een Thomashuis te realiseren, waar mensen zoals zijn zoon Thomas, in een beschermde omgeving konden leven. De Stichting Thomashuizen is een franchise formule van ondernemerschap in kleinschalige woonvoorzieningen voor (zes à acht) mensen met een verstandelijke beperking. Het doel is klanten meer keuzevrijheid te geven, ondernemerschap bij medewerkers te bevorderen, doelmatiger werken en bureaucratie te vermijden. Elk huis wordt geleid door twee zorgondernemers die eindverantwoordelijk zijn voor de zorg en ondersteuning. Zij voeren een eigen bedrijf, geven zelf invulling aan de zorg, en wonen naast het pand. Elke zorgondernemer werkt volgens de richtlijnen en kwaliteitseisen van de Stichting Thomashuizen Nederland. De kwaliteit wordt jaarlijks door een onafhankelijke organisatie getoetst. De zorgondernemers worden fiscaal, juridisch en praktisch ondersteund bij hun bedrijfsvoering door Thomashuizen Nederland. Klanten hebben een indicatie voor een Persoonsgebonden Budget (PGB), t.b.v. financiering van de zorg en de ondersteuning. De kosten voor het wonen worden betaald uit eigen middelen van de klant bijvoorbeeld d.m.v. een uitkering (Wajong of WAO). Thomashuizen Nederland werkt nauw samen met verschillende partners. De samenwerking is gericht op vergroting van de doelmatigheid en het afdekken van risico's (bijvoorbeeld in vastgoed, investeringen en arbeidsmarkt).

De formule is verder uitgebreid met woonvoorzieningen voor dementerende ouderen te weten, "De Herbergier", een bureau voor het organiseren van dagbesteding voor mensen met een verstandelijke beperking te weten: "Tante Floor" (bron: www.thomashuizen.nl). In 2005 is de Stichting Thomashuizen omgezet naar een vennootschap: De Drie Notenboomen B.V., de Thomashuizen is nu een formule binnen de nieuwe vennootschap. Dit blijkt een goede manier om nieuwe investeerders en samenwerkingspartners te interesseren voor de Thomashuizen. De Drie Notenbomen telt nu bijna 37 huizen en wil komen tot een landelijke dekking van 100 huizen. Momenteel wordt de formule verder uitgerold in België en Duitsland. Wij hebben Hans van Putten (de initiatiefnemer) geïnterviewd.

Typering Thomashuizen

<p><u>Corebusiness</u></p> <p>Een private onderneming met winstoogmerk. Streeft naar het vergroten van de bedrijfswaarde: aandeelhouderswaarde (winst) en in de tweede plaats verhoging klantwaarden (meer zelf kunnen kiezen voor een lagere prijs). Franchise formule in kleinschalige woonvoorzieningen. De 'Aldi' op de zorgmarkt.</p>
<p><u>Typering ondernemerschap</u></p> <p>Typering: marktgericht ondernemen met winstoogmerk. Maatschappelijk ondernemen, volgens H. v. Putten, is niet echt ondernemen, het is met andermans geld mooie sier maken. Echt ondernemen is met privaat geld risico's nemen. Hij ziet de klant als een zelfbewuste kritische consument die zeer goed in staat is eigen keuzes te maken in wat hij/zij wil aan zorg: kwantiteit of kwaliteit of lage prijs. (Wil ik naar de Aldi of naar Albert Heijn).</p>
<p><u>Angelsaksische kenmerken</u></p> <ul style="list-style-type: none">- De belangrijkste stakeholders zijn de investeerders, zij willen winstuitkering uit hun investering (bank, adviseurs, ondersteunende organisaties).- Primaire doel is het verhogen van aandeelhouderswaarden (winstdoelstelling; 10 – 15% marge op vastgoed, en 6% marge op zorg). De verhoogde aandeelhouderswaarde moet weer moet leiden tot verder uitrollen van de formule: schaalvergroting. Er wordt hard gewerkt aan het uitzetten van de formule in België en Duitsland.

- Ondernemen buiten het systeem, d.m.v. PGB gelden en uitkeringen (bijvoorbeeld Wajong) van klanten.
- Rendement denken: investeren in een huis, na 3 jaar in de zwarte cijfers en winst maken. D.m.v. franchise formule lage overhead kosten.
- De klant kan zelf keuzes maken, de klant betaalt en bepaalt (welk huis, inrichting eigen woonruimte, dagritme, invulling dag).
- Zorg wordt gezien als een vorm van zakelijke dienstverlening.
- Er wordt stevig geconcurrereerd met gevestigde instellingen met lagere prijzen, ten gevolge van de lage overheadkosten. De hoge doelmatigheid wordt bereikt door een zekere standaardisering van de formule. Overtollige bureaucratie is weggenomen. De output is eenduidige (vaste formule), met een lage differentiatiegraad.
- Toegankelijk geregeld via PGB en aanvullende uitkering zoals Wajong. Door de lage prijs voor velen toegankelijk.
- Omzet is belangrijk, één klant van een huis vertegenwoordigt 12½ % van de omzet. Hiermee komt de klant in een belangrijke onderhandelingspositie.
- Leegstand is een belangrijk bedrijfsrisico.

Rijnlandse kenmerken

- De directeur zegt te ondernemen volgens het Rijnlands model.
- Is van mening dat de gevestigde instellingen misbruik maken van publiek geld door dit te investeren in eigen vastgoed en dit kapitaal vast te houden (te onttrekken aan) de maatschappij.
- De Thomashuizen werken met een enkele zorgaanbieder samen in de keten.
- M.b.t. de toegankelijkheid en solidariteit is er een probleem. Er loopt een juridische procedure, m.b.t. de toegankelijkheid voor mensen met zware individuele zorg of behandeling.
- Gevestigde zorginstellingen zijn van mening dat de Thomashuizen zich beperkt tot cliënten met een lichtere zorgzwaarte en daardoor ten aanzien van de toegankelijkheid niet gelijkwaardig is aan hen.

Maatschappelijk, professioneel en organisatorische legitimiteit

- Is maatschappelijk legitiem, voor iedereen toegankelijk, laag in de prijs waardoor de drempel laag blijft. Een hoge individuele zorgzwaarte kan problematisch zijn (Er loopt nu een proces).
- Borging kwaliteit door 4 maal per jaar kwaliteitstoetsing door een onafhankelijk instituut.
- Professioneel verantwoord door minimum eisen personeel, 1½ jaar opleidingseis voor startende zorgondernemers inclusief stage in een Thomashuis.
- In scholing en opleiding wordt niet verder geïnvesteerd.
- Voldoet alleen aan de minimale wettelijke eisen t.a.v. veiligheid e.d. woonvoorzieningen als zorgondernemer buiten het systeem, deze eisen zijn beduidend lager als die voor reguliere zorginstellingen (bv. 24 uur verantwoorde zorg, niveau zorgverleners, beschikbaarheid behandelaars, legionella, brandveiligheid zoals het moeten hebben van een BHV). H. v. Putten is van mening dat de overheadkosten in een reguliere instelling te hoog zijn door het streven van de overheid naar dubbele veiligheid (ambtelijk denken), i.p.v. risico's nemen.

Offensieve of defensieve strategie

- Offensieve strategie door actief te ondernemen en de formule breed uit te rollen in Nederland en daarbuiten.
- Profileert zich als een prijsvechter in een segment van de markt door verhoging van de productie binnen dezelfde formule.
- Baanbrekend op het gebied van doelmatigheid en ondernemingslust.

Resultaten: duurzaamheid, reproduceerbaarheid en betrouwbaarheid

- Financieel resultaat: in 3 jaar uit de rode cijfers, maar volgens Hans van Putten is het geen handel, en moet je blijven investeren in je eigen bedrijf.
- Hoge mate van reproduceerbaarheid door de eenduidige formule.
- Door de eenduidige formule is er een constante kwaliteit.
- Meerwaarde klant: meer keuze mogelijkheid.
- Duurzaamheid is afhankelijk van het macrobudget PGB.

Dominante strategie

- Dominante strategie: kostenleiderschap.
- Toetredingsbarrière: in Nederland hoog, in vergelijking met het buitenland.
- Dreiging van substituten is laag door de eenvoud van de formule, starten met deze formule in Nederland is lastig i.v.m. het moeten voldoen aan talrijke wettelijke eisen.
- Portfolio in productdifferentiatie is laag, verbreding door horizontale diversificatie (andere doelgroepen, hetzelfde aanbod).
- Positie van de klant: klant betaalt, de klant bepaalt. Elke klant vertegenwoordigt 12½ % van de omzet en is daarmee een belangrijke stakeholder.
- Hulpbronnen en competenties: huizen, outsources huisvesting, ondersteuning administratie, enz. geen unieke competenties vereist, nieuwe franchisers krijgen een cursus gericht op het goed omgaan met de franchise module. Door gerichte werving en selectie en voorgenoemde training wordt de cultuur van de organisatie

neergezet.

- Prijs / kwaliteitverhouding: eenduidig aanbod in een zelfde formule, gemakkelijk te kopiëren, lage prijs door hoge doelmatigheid (lage overheadkosten).
- Financieel: wil geen risico lopen op vastgoed, heeft dit uitbesteed aan een vastgoed ontwikkelaar, franchisenemers huren het pand van de vastgoedontwikkelaar.
- Samenwerking met:
 - o Sensire/Thuiszorg Groningen (zorginhoudelijke en personele samenwerking).
 - o Vastgoed ontwikkelaar Vestia (verwerving van panden en verhuur panden).
 - o Een accountancy en belastingadvies bureau (financiële en fiscale advisering).
 - o Een bank (financiële arrangementen, verzekeringen).
 - o Per Saldo (de grootste belangenvereniging voor mensen met een PGB).
 - o Stichting Arduin (zorginhoudelijke en personele samenwerking), m.b.t. garantie t.a.v. personele inzet.
 - o Stichting Perspectief (instituut voor kwaliteit).
 - o Bureau voor inkoop en styling.
- Financieel risico: PGB plafond.

Behaalde effecten in maatschappelijk ondernemen

- Noemt zichzelf geen maatschappelijk ondernemer maar een echte ondernemer die risico's durft te nemen.
- Geeft zorgconsumenten PGB, of vouchers waarmee ze zelf de zorg naar keuze kunnen verzilveren, en zelf kunnen kiezen voor kwaliteit, kwantiteit en daaraan gerelateerde prijs van zorg. De klant betaalt en bepaalt.
- Kiest voor een specifiek deel in de markt, en is daarin 25% goedkoper dan de regulier zorgaanbieders, krijgt wel het verwijt 'de krenten uit de pap' te vissen door de minder complexe zorg te pakken.
- Heeft een eenduidig concept neergezet dat door een franchise nemer snel kan worden opgepakt.

Kritische succesfactor

- Op het juiste moment ergens induiken en keuzes maken, durven te ondernemen. Op het moment dat er wachtlijsten waren en PGB werd geïntroduceerd is Dhr. v. Putten er ingedoken.
- Snelle besluitvorming, weinig bureaucratie, hoge mate van standaardisatie en korte lijnen om overheadkosten laag te houden.
- Kostenbeheersing, hoge mate van efficiency om voorgenoemde redenen.
- Directe relatie tussen genieten en betalen, de klant krijgt zelf de rekening en kan bepalen wat hij/zij wil inkopen voor het beschikbare bedrag.
- Sterke positie van de klant, omdat elke klant in een Thomashuis 12 ½% van de omzet vertegenwoordigt. Leegstand betekent meteen fors minder inkomsten.

Afbreukrisico's

- Leegstand: elke klant vertegenwoordigt in een Thomashuis 12½% van de productie van dat huis. Leegstand ten gevolge van onvoldoende instroom is een hoog afbreukrisico, mede doordat de Thomashuizen als prijsvechter scherp aan de prijs werkt (25% goedkoper als een reguliere zorgaanbieder)
- De focus op één financieringsstructuur (PGB) maakt de Thomashuizen erg kwetsbaar. In het geval dat macrobudget PGB strakker wordt gelimiteerd (plafond), komt het voortbestaan ineens erg onder druk te staan.
- Indien de Thomashuizen wordt gedwongen in het kader van toegankelijkheid ook klanten met zwaardere zorg toe te laten komt zijn prijs onder druk te staan. De zorg wordt duurder en men zal moeten investeren in noodzakelijke scholing en voorzieningen. Het PGB budget is gelimiteerd, de marges zijn klein, en dus gaat het dan ten koste van de winst, en daar zullen aandeelhouders niet tevreden mee zijn.

RcR Health Centre

Zonneburg is een particulier zorgcentrum voor ouderen dat in 1994 is opgericht door Dhr. Redjinder Thakoersingh. Zonneburg is vanuit Zeist al snel gegroeid naar 4 locaties en kon mede door de enorme druk op de wachtlijsten medio jaren 90 van de vorige eeuw (na een proefproces) een AWBZ erkenning verwerven. De kosten voor huisvesting, maaltijden en service worden direct bij de bewoner in kaart gebracht. De bewoner heeft de mogelijkheid extra services of voorzieningen in te kopen. Speerpunten in zorgbeleid zijn: privacy, hoge hotelmatige service en goede bejegening (liefdevolle en warme zorg).

Volgens dhr. Thakoersingh wordt goede zorg altijd betaald. Daar zit volgens hem het gat in het huidige systeem. Kijkende naar de koopkracht van klanten van het particulier zorgcentrum, dan hebben we het over anderhalf keer modaal. Het particulier centrum voor ouderen biedt verzorgingshuiszorg, verpleeghuiszorg, revalidatie en terminale zorg. Ook heeft de organisatie de mogelijkheid onder ander dagverzorging en thuiszorg te bieden. RcR

Health centre is onderdeel van het Zonnehuis. Onder de naam RcR Health centre werd vanaf 1997 voor cliënten de mogelijkheid geboden in Spanje, AWBZ geïndiceerde zorg te ontvangen. Daarnaast is het voor partners c.q. familieleden van de geïndiceerde cliënt mogelijk om tegen een gereduceerde prijs te verblijven op het appartement van de geïndiceerde cliënt, of tegen commerciële prijzen te verblijven in een naastgelegen hotel. In Spanje wordt voordeel gehaald met lagere loonkosten. In ruil daarvoor vindt kennisoverdracht naar Spanje plaats. In het kader van de OVDB (Overkoepelende Opleiding voor Dienstverlenende Beroepen) is het mogelijk scholing en uitrui via Spanje te laten plaatsvinden. Voor jonge studenten uit Nederland en Spanje een uitgelezen kans in het buitenland stage- en werkervaring op te doen. De uitwisseling biedt nieuwe kansen in werkgelegenheid, zeker met de opkomende arbeidsmarkt problematiek in de zorg. RcR is de enige AWBZ erkende Nederlandse zorgaanbieder die geïndiceerde zorg mag verlenen in het buitenland (verdragslanden). RcR heeft op dat punt een monopoly positie. De Productieafspraken verlopen via het Zorgkantoor van AGIS. RcR is momenteel druk doende om in Suriname een gelijksoortig model te introduceren. Ook daar probeert men dezelfde meerwaarden te creëren voor zowel klanten als voor personeel. Indien alles conform planning verloopt, kan de nieuwbouw locatie eind 2009 in Paramaribo in gebruik worden genomen. Dhr. Thakoershingh verwerft onder andere kapitaal door onroerend goed aan te trekken. Er wordt gewerkt met markt analyses, bedrijfsplannen. Exploitaties moeten in drie á vier jaar in de zwarte cijfers zitten en rendement opleveren.

Typering RcR Healthcare

<p><u>Corebusiness</u></p> <p>Een Publiek –Private onderneming. Aan de ene kant een AWBZ toegelaten instelling die moet voldoen aan alle regelgeving, aan de andere kant een commerciële instelling die streeft naar het vergroten van de bedrijfswaarde: aandeelhouderswaarde (winst) en in de tweede plaats verhoging klantwaarden, door het aanbieden van geïndiceerde AWBZ zorg in het buitenland.</p>
<p><u>Typering ondernemerschap</u></p> <p>Typering: een combinatie van Marktgericht en Maatschappelijk gericht ondernemerschap. T.a.v. het maatschappelijke ondernemerschap kan gezegd worden dat het zeker een innovatief product is en dat er de nodige ondernemersrisico's aan kleven, denk aan andere cultuur, werknemers uit het buitenland, veranderende regelgeving vanuit Nederland, vastgoed risico. Het maatschappelijk dividend zit hem in kennisoverdracht, uitwisselingsmogelijkheden personeel met het buitenland en verhoging employability.</p>
<p><u>Angelsaksische kenmerken</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Angelsaksische kenmerken zijn zeker aanwezig in het commerciële gedeelte van RcR. Stakeholders zijn de investeerders, willen winstuitkering uit hun investering (bank, adviseurs, ondersteunende organisaties). - De klant c.q. familie, partner betaalt voor extra dagactiviteiten, hotelfaciliteiten, retourvlucht. - In het publieke gedeelte zijn de andere non profit zorgaanbieders die een overeenkomst hebben om productie te verleggen naar Spanje stakeholders.
<p><u>Rijnlandse kenmerken</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Zoals hierboven al aangegeven RcR ziet zichzelf als Maatschappelijk ondernemer die samen met collega non profit aanbieders een PMC aanbiedt in Spanje. - Toegankelijk voor iedereen met een AWBZ zorgindicatie . - Samenwerking en kennisoverdracht met Nederlands, Spaanse zorgaanbieders en werkgevers. - Uitwisseling scholing Nederland Spanje en t.z.t. Suriname (meerwaarde Nederland met krappe arbeidsmarkt). - RcR heeft geen Nederlandse concurrentie op de buitenlandse markt. - Zeker de plannen in Suriname zijn gericht op het behalen van rendement op de langere termijn.
<p><u>Maatschappelijk, professioneel en organisatorische legitimiteit</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Maatschappelijk legitiem, toegankelijk voor AWBZ geïndiceerde cliënten. - Kwaliteit conform alle Nederlandse zorginstellingen . IGZ. AO/IC procedure - Draagvlak bij OVDB toelating voor Spanje t.a.v. leerlingen. - Juridisch tweedeling Toegelaten AWBZ instelling met daarbij behorende regelgeving en B.V. scheiding tussen zorgbedrijf en Hotelbedrijf.

Offensieve of defensieve strategie

- Er is sprake van offensieve strategie door formule nu ook in Suriname te willen uitrollen.
- RcR profileert zich als maatschappelijk ondernemer die naast goede zorg en goede service meerwaarde wil genereren in het buitenland, kennisuitwisseling c.q. investeren in scholing, personeelsuitwisseling.
- Het feit dat RcR een monopoly positie heeft kan als defensief worden gezien.

Resultaten: duurzaamheid, reproduceerbaarheid en betrouwbaarheid

- RcR is vanaf 2003 werkzaam in Spanje en daar nog in de pioniersfase, t.a.v. Suriname is er in onze optiek sprake van een stuk idealisme en kan er daadwerkelijk sprake zijn van wederkerigheid in meerwaarde .
- Het product is zeker reproduceerbaar in andere landen denk aan Marokko en Turkije en gezien de populatie Surinamers in de Randstad, kan het een forse meerwaarde hebben voor de cliënt, maar ook voor o.a. werkgelegenheid in Nederland en voor kennisoverdracht naar het Buitenland.
- De verkregen AWBZ erkenning, staat garant voor duurzaamheid en betrouwbaarheid.

Dominante strategie

- De dominante strategie zouden wij als Focus strategie willen omschrijven.
- Excellente dienstverlening waarvoor de klant (gedeeltelijk het stuk buiten de AWBZ) wil betalen (retourvlucht, dagactiviteiten, de meerwaarde om met partner van zon, zee en vakantie te genieten en toch verantwoorde zorg te ontvangen in het buitenland).
- RcR heeft een flinke voorsprong t.a.v. de leercurve.
- Dreiging van substituten (AWBZ zorg) niet aanwezig, gezien monopoly positie buitenland.
- Hulpbronnen zijn o.a. Subsidie overheid, R.O.C. Arnhem, Agis zorgverzekeraar.
- De breedte van de portfolio neemt toe, naast zorg AWBZ, ook particuliere cliënten in Spanje en Suriname, hotel faciliteiten, werkgelegenheid en uitwisseling en scholing.
- Samenwerkingscontracten met negen zorgaanbieders in Nederland om zich te verzekeren van voldoende instroom van cliënten en zich te verzekeren van gegarandeerde productie.
- Samenwerking in het buitenland met lokale partijen.

Behaalde effecten in maatschappelijk ondernemen

- RcR heeft gebruik gemaakt van twee unieke kansen, ten eerste om als particuliere aanbieder middels een proefproces een AWBZ erkenning te krijgen en ten tweede door zich daarna op de buitenlandse markt te begeven (Spaanse overwinteraars die AWBZ zorg willen ontvangen) RcR heeft nu een monopolypositie t.a.v. geïndiceerde AWBZ zorg in het Buitenland.
- De AWBZ buitenland regelgeving is de laatste jaren al een aantal keren aangepast en staat onder druk.
- Productdifferentiatie in AWBZ zorg, hotelmatige zorg en Scholing werknemers en uitwisseling.
- RcR pretendeert het maatschappelijk dividend uit te keren en te herinvesteren in scholing, uitwisseling personeel. Het inhuren van buitenlandse werknemers is ook beduidend goedkoper. (Spanje 65 % van de Nederlandse prijs, Suriname 35 %).
- De klanttevredenheid is groot, vakantiegevoel met bijbetaling op Zorgindicatie.
- Vernieuwend innovatief product, goede PR voor deelnemende Nederlandse Zorgaanbieders, het Surinaamse product kan flinke meerwaarde opleveren.

Kritische succesfactoren

- Dhr. Thakoersing heeft visie (op zorg, ondernemen en netwerk) en heeft lef gehad op het juiste moment te kiezen voor commerciële zorg.
- Een belangrijke kritische succesfactor is horizontale diversificatie: RcR onderneemt in meerdere bedrijfstakken (zorg, hotel wezen, toerisme), waardoor niet alleen een brede portfolio in aanbod ontstaat (zorg onder de zon met familie op bezoek en op vakantie) en financiële risico's (inkomsten) worden gespreid. Slim!
- Bij elkaar passende activiteiten worden logisch samen gebracht en aan elkaar verbonden (zorg, zon, vakantie).
- RcR heeft met maar liefst negen reguliere zorgaanbieders contracten afgesloten m.b.t. het leveren van AWBZ productie, die altijd betaald wordt, zelfs als de klant van die betreffende zorgaanbieder niet komt. Hiermee worden financiële risico's stevig afgedekt.
- Aandacht voor marketing is hoog. Er zijn omgevingsanalyses gemaakt waarop bedrijfsplannen zijn gebaseerd.
- Er is sprake van hoge klantgerichtheid en klantvriendelijkheid t.a.v. services en gastvrijheid.
- Er is sprake van een directe relatie tussen genieten en betalen, waardoor de klant een stevige positie heeft.
- Ondernemend vermogen is hoog, er wordt flink geïnvesteerd in voorzieningen, vastgoed en pr.
- RcR bouwt een leerervaringscurve op met zorg bieden aan mensen uit een andere cultuur. Dit biedt hem de mogelijkheden ook in Nederland dit aanbod op de markt te zetten en daar marktleider in te worden.

Afbreukrisico's

- RcR heeft als enige zorgaanbieder een erkenning voor het leveren van AWBZ zorg in het buitenland. Mocht deze erkenning door verandering in wetgeving wegvallen, dan wordt het voortbestaan in het buitenland

- bedreigd. Enerzijds heeft RcR een monopoly positie, anderzijds is hij als enige daardoor ook erg kwetsbaar.
- Een andere bedreiging is de centralisatie reflex (v.d. Grinten 2007). Hiermee wordt bedoeld de neiging van de overheid in te grijpen en zaken centraal te regelen (in te snoeren) met wetgeving en regelingen, bijvoorbeeld ten gevolge van zich voordoende calamiteiten. Bijvoorbeeld: mocht zich in het buitenland een incident voordoen met een klant met verstreckende gevolgen (bijvoorbeeld overlijden), waarbij de oorzaak mogelijk te wijten zou zijn aan onvoldoende veiligheid of kwaliteit van zorg, dan staat RcR fors in de schijnwerpers en is hij als pionier erg kwetsbaar (denk aan publieke opinie).

Vitalis zorggroep

De Vitalis zorggroep is een Best Practice voorbeeld van een organisatie waar het maatschappelijk ondernemerschap in alle lagen van de organisatie is ingebed. De Vitalis zorggroep bestaat uit drie zelfstandige entiteiten, met toevallig dezelfde Raad van Commissarissen en dezelfde Raad van Bestuur. Vitalis is een AWBZ erkende aanbieder van Verzorgingshuis en verpleeghuiszorg, een toegelaten instelling in het kader van de Volkshuisvesting en een entiteit die zich met Welzijndiensten bezig houdt.

Een visionaire voorganger van de huidige bestuurder dhr. John Bergs had al in de jaren 70 stappen ondernomen om een experimentele status t.a.v. het vastgoed gebeuren aan te vragen en deze experimentele status is medio jaren 80 omgezet in erkenning als toegelaten instelling in het kader van Volkshuisvesting. De toenmalige bestuurder voelde al aankomen dat een nieuwe generatie ouderen er aan zat te komen, en dat bijvoorbeeld scheiden van wonen en zorg belangrijk zou gaan worden. Kennis en competenties hebben van beide bedrijfstakken is dan een belangrijk concurrentievoordeel.

In de optiek van dhr. John Bergs die wij in het kader van ons onderzoek hebben gesproken is het belangrijk om de focus niet op de overheid te richten maar zich te richten op de markt en de grenzen op te zoeken. Het gaat volgens hem om op het juiste moment de goede beslissing te nemen ergens in te duiken. Ondernemen is grenzen opzoeken, lef hebben en vooral doen. John Bergs betoogt dat je als erkende instelling binnen het systeem kunt kiezen voor de strategie van anticiperen. Als je daar voor kiest volg je ontwikkelingen. In die situatie anticipeert de organisatie op ontwikkelingen van de overheid, en / of op datgene wat anderen doen. In zijn ogen is dat niet ondernemen. Een (maatschappelijk) ondernemer heeft de drive zijn toekomst waar mogelijk zelf te bepalen. Daarvoor is het nodig grenzen op te zoeken, en daar overheen te gaan om grenzen te verleggen. John Bergs is van mening dat we het Nederlandse gezondheidszorg systeem te ver zijn doorgeschooten in het willen regelen van zaken. De enorme bureaucratie zorgt ervoor dat zorginstellingen verworden tot bureaucratische uitvoeringsorganisaties waarin de klant soms erg ver uit beeld is. Hij is niet bang voor tweedeling in de zorg. Waarom mogen klanten niet meer zorg inkopen als zij dat willen? Zolang een goede indicering en goede basiszorg maar geborgd is voor iedereen!

Vitalis wil als maatschappelijk ondernemer in het bestel actief blijven en wil met behulp van een gericht klantonderzoek actief na blijven denken over de toekomst: wat zal de klant in 2030 willen? Als ondernemer nadenken over wat een potentiële klant in de toekomst wil is meer dan nu bij de huidige klant navragen of deze tevreden is met het huidige aanbod. In de vastgoedmarkt, heeft Vitalis leren denken in termen van risicomanagement. Men weet welke bedrijfsrisico's men wel of niet wil nemen in de private markt. Werknemers stimuleert men door o.a. opleiding, ondernemerschap op te pakken. Een tweede instrument is actieve selectie bij de poort op dit gegeven bij vacaturestellingen. Vitalis heeft in zijn zorgcomplexen mogelijkheden gecreëerd voor cliënten om tegen meerprijs welzijnsdiensten af te nemen, variërend van georganiseerde vakanties tot het extra inhuren van verpleeghuisartsen, fysiotherapie of activiteitenbegeleiding boven op het basispakket AWBZ. Dhr. Bergs geeft ook aan dat medewerkers voordeel moeten ervaren in het werken in een ondernemende organisatie. Ze merken dit o.a. in de complexen waar gewerkt wordt met een PGB, medewerkers zijn actief op zoek naar nieuwe PGB klanten, deze genereren namelijk onder andere continuïteit c.q. uitbreiding in het dienstverband met Vitalis. Het vraagt van medewerkers andere competenties om te werken in een ondernemende organisatie. Medewerkers zijn niet alleen leveranciers van zorg en dienstverlening, maar zijn

in de ogen van John Bergs ook verkopers van al datgene wat nog meer gewenst wordt (bron: www.vitaliszorggroep.nl).

Typering Vitalis

<p><u>Corebusiness</u></p> <p>Corebusiness, AWBZ zorg, Volkshuisvesting binnen het bestel en welzijnsactiviteiten binnen het raamwerk van de toekomstige wet Maatschappelijk ondernemerschap. De gegenereerde gelden vloeien terug naar het bedrijf.</p>
<p><u>Typering ondernemerschap</u></p> <p>Een instelling die zich in het verleden veel heeft bezig gehouden met intern ondernemerschap en nu een meer maatschappelijk gerichte koers aan het varen is. Zoals Putters al aangeeft: <i>meer te willen doen met hetzelfde</i>. Het ontwikkelen van innovatieve activiteiten binnen de reguliere zorgsector, waarbij voornamelijk de bestaande partijen in de zorg proberen om meer klantgericht, transparant, vernieuwend en doelmatig te werken met de bestaande (en/of extra) middelen.</p>
<p><u>Angelsaksische kenmerken</u></p> <p>Winstuitkering is niet aan de orde.</p> <p>T.a.v. het tegen meerprijs bieden van extra zorgdiensten in o.a. het verpleeghuis heeft wel ethische vragen opgeleverd bij de Vitalis zorggroep over een tweedeling in de zorg. In onze reguliere maatschappij is er echter ook sprake een grote diversiteit in inkomen en het uitgave patroon. Belangrijk uitgangspunt hierbij is een duidelijke omschrijving van de gegarandeerde basiszorg.</p> <p>De Vitalis zorggroep onderneemt in alle segmenten</p>
<p><u>Rijnlandse kenmerken</u></p> <p>Vitalis heeft zeker kenmerken van het Rijnlandsmodel, is toegankelijk voor iedereen met een AWBZ indicatie of als huurder in de sociale volkshuisvesting.</p> <p>De extra gegenereerde gelden vloeien terug naar het bedrijf en worden gedeeltelijk gebruikt voor innovatie van nieuwe producten en gedeeltelijk voor een toename van de RAK reserve (aanvaardbare kosten) en komen ten goede aan de Solvabiliteit van de organisatie.</p> <p>Ook bij dubieuze huurders (bv. ten gevolge van huurachterstand) zal men niet snel uit gedwongen uitplaatsing overgaan, dit past namelijk niet in het concept van maatschappelijk ondernemerschap en gaat ten koste van een goede PR van de Vitalis zorggroep.</p>
<p><u>Maatschappelijk, professioneel en organisatorische legitimiteit</u></p> <p>Maatschappelijk legitiem, toegankelijk voor AWBZ geïndiceerde cliënten, en BBSH (Besluit Beheer Sociale Huisvesting). Kwaliteit conform alle Nederlandse zorginstellingen en BBSH.</p> <p>De grenzen die de organisatie opzoekt en de stappen die over die grenzen gezet worden vallen binnen de wettelijke en professionele wet en regelgeving van de gezondheidszorg en goed bestuur.</p>
<p><u>Offensieve of defensieve strategie</u></p> <p>Op de omstandigheden wordt ondernemend gereageerd, dit is langzamerhand in de genen van de organisatie geslopen en in alle lagen van de organisatie aanwezig. Dit heeft veel trainingen, scholing en materiele investeringen gekost. Daarnaast zoekt de organisatie doelbewust de grenzen van het mogelijke op en werkt daarin grensverleggend.</p> <p>Er is sprake van een offensieve strategie.</p>
<p><u>Resultaten: duurzaamheid, reproduceerbaarheid en betrouwbaarheid</u></p> <p>De resultaten zijn duurzaam, momenteel is het voor andere zorginstellingen niet meer mogelijk het vastgoed onder te brengen in een erkende toegelaten instelling in het kader van de BBSH. Dat deel is dus niet reproduceerbaar voor andere zorginstellingen. De geboekte resultaten maken dat Vitalis een zeer vitale organisatie is die een goede Solvabiliteit heeft en is aangesloten bij het waarborgfonds Zorg en Volkshuisvesting.</p>

<p><u>Dominante strategie</u></p> <p>In termen van Porter zouden wij de strategie van Vitalis willen definiëren als: Stuck-in-the- Middle strategy. Vitalis biedt zelf de hele keten van huisvesting, zorg en welzijn. Gericht klantonderzoek is structureel het uitgangspunt van de huidige PMC's, en de toekomstige PMC's Zoals in de algemene omschrijving al aangegeven heeft Vitalis vanuit de vastgoedmarkt geleerd te werken met risicomangement en hanteert het dit instrument ook in de andere bedrijfsonderdelen.</p>
<p><u>Behaalde effecten in maatschappelijk ondernemen</u></p> <p>Vitalis heeft een visionaire bestuurder gehad eind jaren 70 die het lef heeft gehad het vastgoed onder te brengen in een aparte entiteit. Vanuit deze entiteit heeft Vitalis veel geleerd over ondernemerschap, risicomangement, potentiële klantbehoeften. De bestuurders in de volgende decennia hebben deze kennis gebruikt in de andere entiteiten en onderdeel laten worden van alle lagen van Vitalis. Ondernemerschap is naast bedrijfsmatig werken, de grenzen opzoeken lef hebben en risico's durven lopen.</p>
<p><u>Kritische succesfactoren</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - De voorganger van de huidige Raad van Bestuur had al vroeg een sterke visie op de toekomst en het lef de grenzen op te zoeken. - In de Vitalis zorggroep is veel kennis van de markt, (een goede neus hebben), voortdurend is men bezig met op zoek zijn naar nieuwe klantgroepen, men kijkt zelfs al vooruit naar 2030. - Het ondernemend vermogen is breed gedragen in de cultuur, van top tot teen in de organisatie. Hierdoor is een ervaringsleercurve opgebouwd in ondernemen die niet makkelijk is te kopiëren. - hoge klantgerichtheid, klantvriendelijkheid - De Vitalis zorggroep is een grote organisatie en levert alles op het gebied van ouderenzorg en (volks)huisvesting. De schaalgrootte geeft een brede beschikking op vele hulpbronnen, en kerncompetenties. - Het vastgoed is ondergebracht in een aparte entiteit, daardoor worden financiële risico's gespreid. - In de organisatie worden diverse activiteiten met elkaar verbonden (zorg, huisvesting, services). Een mooi voorbeeld is recent opgestarte reisbureau voor vakanties voor senioren. - Op de activiteiten waar maatschappelijk of commercieel wordt ondernomen is sprake van de klant betaalt en dus bepaalt. - Vitalis zorggroep investeert veel in voorzieningen, deskundigheidsbevordering (zorg, ondernemerschap), vastgoed en ICT.
<p><u>Afbreukrisico's</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Met het opzoeken van de grenzen van mogelijkheden binnen het bestel van de gezondheidszorg worden risico's gelopen dat op enig moment genomen initiatieven niet worden betaald of kunnen mislukken. (de cowboy kan worden gepakt) Niet alleen het financieel risico, maar ook het imago is een afbreukrisico. - Doordat wordt ondernomen in verschillende bedrijfstakken (AWBZ zorg, particuliere zorg, volkshuisvesting, particuliere huisvesting) ontstaat een complexe boekhouding waardoor overheadkosten stijgen en doelmatigheid onder druk komt te staan. Er moet voldaan worden aan een breed pakket van wettelijke eisen.

Businesscase van de Reinier van Arkel groep

De Reinier van Arkel groep is de oudste GGz instelling in Nederland die dateert uit het jaar 1442. Het psychiatrische ziekenhuis Reinier van Arkel, is in 1998 gefuseerd met de RIBW en RIAGG regio s' Hertogenbosch. De Reinier van Arkel groep kent de volgende divisiestructuur: Kortdurende Behandeling, Intensieve Behandeling, Kind & Jeugd psychiatrie, en Zorg & Resocialisatie. De divisies zijn opgedeeld in zorgeenheden. De zorgeenheid Ouderen is onderdeel van de laatst genoemde divisie, en omvat alle langdurige psychiatrische zorg aan ouderen: klinisch, beschermd wonen en ambulante. Voor de klinische complexe zorg chronische Ouderenpsychiatrie wil de Reinier van Arkel groep vervangende nieuwbouw plegen (85 plaatsen). De businesscase gaat over dit op te richten expertise centrum.

De aanleiding voor het opstellen van een businessplan nieuwbouw 85 plaatsen is meervoudig. Allereerst de toenemende marktwerking en concurrentie. Beide aspecten vragen van de organisatie meer dynamiek en flexibiliteit. Het huidige budgetair denken moet ruimte maken voor denken in termen van exploitatie en realiseren van rendement. De tweede aanleiding is dat we in de ouderenzorg te maken hebben met een groeiende markt. Dit betekent dat organisaties (en dus ook de Reinier van Arkel groep) zich moeten afvragen op

welk deel van de markt voor ouderenzorg men zich wil richten. De Reinier van Arkel groep (met een grote klinische capaciteit chronische ouderenspsychiatrie) heeft de keuze gemaakt voor een niche in de markt: de complexe chronische ouderenspsychiatrie. Deze strategische keuze is gebaseerd op de verwachte toename aan complexe problematiek enerzijds en de beperkte aanwezige klinische capaciteit binnen andere instellingen voor deze specifieke doelgroep anderzijds. Ten derde hebben we te maken met veranderende wensen en verwachtingen van ouderen. De "generatie op komst" heeft een langere levensverwachting, is koopkrachtiger, en gedraagt zich in toenemende mate als een kritische consument (Boekholt 2007). Deze generatie zal meer zorg op maat, betere kwaliteit en hogere service gaan vragen. Om daar antwoord op te kunnen geven zal financiële ruimte moeten worden gecreëerd, om hierin te kunnen investeren, met als achterliggend doel het verhogen van toegevoegde waarde en het bewerkstelligen van onderscheidend vermogen ten op zichte van concurrenten.

De businesscase is voor de Reinier van Arkel groep een voorbeeld-, en leerproject in de ontwikkeling naar meer ondernemerschap binnen de organisatie, en naar buiten toe. Intern is het doel op een andere manier integraal kijken naar, en planmatig werken aan het realiseren van rendementen uit investeringen. Extern is het doel met externe partijen op een andere wijze met financiering, investeringen en exploitatie om gaan, in reactie op veranderende omstandigheden in de financieringsstructuur. Ook de Reinier van Arkel groep wordt gedwongen zich ondernemender te gaan opstellen ten gevolge van de toenemende marktwerking.

In de businesscase is een businessplan uitgewerkt voor de vervangende nieuwbouw zorgvoorziening 85 plaatsen. Het integrale businessplan bestaat uit een ondernemingsplan zorg, waarin is opgenomen: een omgevingsanalyse (nationaal, regionaal, doelgroep analyse, SWOT analyse), de gewenste positionering (missie, doelstellingen, strategie, dienstdoelgroep combinatie), de gewenste inrichting expertise centrum, en een financieel exploitatie plan (ongunstig, neutraal, gunstig scenario). Het tweede deel van het plan bevat de benodigde investeringen nieuwbouw om het businessplan te realiseren. Het derde deel is het ondernemingsplan exploitatie vastgoed (nieuwbouw), inclusief invoering van de normatieve huisvestingscomponent waardoor instellingen t.a.v. kapitaalslasten risicodragend worden.

De omvang van investering nieuwbouw dient gebaseerd te zijn op de doelen die de Reinier van Arkel groep wenst te bereiken met de doelgroep. Daarbij moet de haalbaarheid van doelen worden geschat, en worden vertaald in exploitatie. In de businesscase is onderzocht 'aan welke knoppen men kan draaien' om rendementen te realiseren. Concreet is onderzoek gedaan naar de variabelen die een rol spelen in de exploitatie en de (onderlinge) beïnvloeding van die variabelen. Centrale vragen hierin zijn:

- Voor welke onderdelen van de exploitatie (zorg, ondersteunende processen, instandhouding vastgoed) is monitoren en sturing nodig, met als doel een positieve exploitatie van de nieuwbouw te realiseren?
- Welk aandeel heeft elk variabele op de totale exploitatie?
- In welke mate zijn de verschillende variabelen in de exploitatie te beïnvloeden?
- Wat is de mate van impact van elk exploitatie onderdeel op een ander onderdeel?

In het businessplan zijn verschillende scenario's uitgewerkt. Scenario's zijn indringende, zeer waarschijnlijke inschattingen van de toekomst, maar zijn géén voorspellingen. Zij vormen de achtergrond voor belangrijke strategische beslissingen die als een soort van testtunnels te gebruiken zijn om bestaande of nieuwe strategieën systematisch te toetsen. Met dit businessplan wil de Reinier van Arkel groep systematisch kansen benutten, risico's reduceren, mogelijkheden creëren, en waar nodig aanpassingen aanbrengen in beleid. In het kader van deze thesis hebben wij gesproken met een lid van de Raad van Bestuur van de Reinier van Arkel groep, dhr. Gerton Heyne.

Typering businesscase van de Reinier van Arkel groep

Corebusiness

De corebusiness van de Reinier van Arkel groep is psychiatrie, en daaraan gerelateerde problematiek. In het businessplan is de corebusiness gedefinieerd als chronische ouderenpsychiatrie.

Typering ondernemerschap

Dit businessplan is te typeren als intern ondernemerschap binnen de Reinier van Arkel groep. Deze businesscase dient voor de Reinier van Arkel groep als voorbeeld-, en leerproject. Intern om gebruikmakend van principes uit het bedrijfsleven, op een ondernemende manier, integraal leren het rendement te verbeteren. Extern om met externe partners te zoeken naar mogelijkheden voor optimalisering van het financiële beleid, met het oog op toekomstige ontwikkelingen, zoals omgaan met verhoogd bedrijfsrisico als het gaat over de kapitaalslasten.

Angelsaksische kenmerken

Van winstuitkering is binnen de reguliere taken van de organisatie van de Reinier van Arkel groep, en binnen deze businesscase geen sprake.

De Reinier van Arkel groep heeft een houdstermaatschappij opgericht, Dymphna BV, waar zij 100% aandeelhouder van is. Dymphna BV is vervolgens aandeelhouder van twee BV's: Bounce (een commercieel bedrijf dat zich heeft gespecialiseerd in re-integratie), en Roder Sana (een kliniek voor mensen met verslavingsproblematiek waar men boven op de AWBZ zorg extra zorg en services kan kopen). In deze BV's is winstuitkering aan de orde.

M.b.t. het streven naar hoger doelmatigheid, en om te anticiperen op veranderingen in de financiering van kapitaalslasten, is de Reinier van Arkel groep haar vastgoedbeleid aan het herdefiniëren. De eerste stap daarin is het in kaart brengen wat de organisatie heeft en wat ze zou willen hebben aan vastgoed. Het laatste is onder andere afhankelijk van de soort productie en de risico's die daaraan kleven. In het vastgoedbeleid is leegstand in toenemende mate een hoger bedrijfsrisico. De Reinier van Arkel groep is bezig met een onderzoek naar bezettingsgraad en omzet waarde van haar vastgoed. Het grondbezit vertegenwoordigt een grote waarde. Het bezitten van oude dure historische panden brengt hoge huisvestingskosten met zich mee.

Rijnlandse kenmerken

Het Rijnlands model wordt herkend in de businesscase. Het belang van alle stakeholders, inhoudelijke doelen, verhogen van de doelmatigheid en realiseren van maatschappelijk dividend op lange termijn staan centraal.

De stakeholders zijn breed, primaire klanten, zorgkantoor als financierder, samenwerkende instellingen in de V&V, maar ook leveranciers zoals bouw bureaus. Belangrijke stakeholder is het zorgkantoor, zij kijkt met veel belangstelling naar deze businesscase, en hoe de Reinier van Arkel groep zich voorbereidt op risico dragen, en het verhogen van de doelmatigheid.

De focus ligt op intern ondernemerschap: bedrijfsmatiger denken en werken, gebruik makend van principes van het bedrijfsleven. Het achterliggende doel is het vergroten van de waarde voor de klant. Gerealiseerd dividend komt ten goede aan het zeker stellen, c.q. verbeteren van het weerstandsvermogen, en anderzijds op het verhogen van investeren in verbetering van de kwaliteit. Maatschappelijk ondernemen wordt binnen de Reinier van Arkel groep gezien als middel om deze doelen te bereiken.

Het project is output gericht (op welke wijze is rendement te behalen in de onderhavige case) en procesgericht (op welke wijze kan dat worden bereikt). De businesscase is een proeftuin project.

Ontwikkelingen verlopen incrementeel als het gaat over maatschappelijk ondernemen. De grote organisatie werkt belemmerend in de snelheid van besluitvorming en de realisering van doelstellingen. Speerpunt in de businesscase is het zichtbaar en tastbaar maken van geleverde inspanningen door medewerkers en gerealiseerd rendement, deze prikkels zijn nodig voor het stimuleren van ondernemend gedrag, verhoging productiviteit en kwaliteit.

Maatschappelijk, professioneel en organisatorische legitimiteit

Het project van de businesscase is maatschappelijk legitiem. Met behoud van de toegankelijkheid en betaalbaarheid streeft men naar verhoging van rendement, winsten moeten terugvloeien in investeringen gericht op verhoging van de kwaliteit.

De professionele legitimiteit is gewaarborgd. In het project is sprake van nauwe betrokkenheid van professionals, er is externe deskundigheid ingehuurd voor de opbouw van expertise m.b.t. het ontwikkelen van bedrijfsplannen.

<p>De realisering van de voorziening is legitiem, passende binnen de wettelijke kaders van bouwbesluiten en toelatingseisen, en anticipeert op veranderende wetgeving t.a.v. vergoeding kapitaalslasten.</p>
<p><u>Offensieve of defensieve strategie</u></p> <p>Het project is niet offensief te noemen. Er wordt reactief gereageerd op landelijke overheidsmaatregelen.</p> <p>Het project is niet defensief te noemen omdat het (intern) baanbrekend is, en als best practice gezien kan worden om ontwikkeling en vernieuwing in ondernemerschap te bevorderen.</p>
<p><u>Resultaten: duurzaamheid, reproduceerbaarheid en betrouwbaarheid</u></p> <p>De resultaten kunnen duurzaam worden genoemd omdat:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Het businessplan is reproduceerbaar bij de realisering van andere voorzieningen (voorbeeld project). - Het sjabloon businessplan moet garant staan voor constantheid en kwaliteit. - De omgevingsanalyse, gekozen strategie en de cijfermatige onderbouwing in het businessplan geven een betrouwbaar beeld van de werkelijkheid en inschattingen van de toekomst. Het businessplan is opgesteld in samenwerking met onafhankelijke externe deskundigen.
<p><u>Dominante strategie</u></p> <p>De dominante strategie in deze businesscase is productdifferentiatie.</p> <ul style="list-style-type: none"> - In het businessplan is de gewenste marktpositie en strategische keuze (productdifferentiatie) onderbouwd met analyse van de omgeving (nationaal, regionaal, demografie, doelgroepanalyse, SWOT analyse), positionering (missie, doelstellingen, strategie, dienstdoelgroep combinatie), en de gewenste inrichting expertise centrum. Het geheel is vertaald in een financieel exploitatieplan (ongunstig, neutraal, gunstig scenario). - Er is gekozen voor een smalle portfolio en specialisatie in doelgroep (chronische ouderenpsychiatrie), en voor differentiatie in het aanbod van dienstverlening. - Het businessplan wordt ingezet om ontwikkelingen systematisch te monitoren; hoe verhouden de geformuleerde verwachtingen en doelstellingen zich tot de ontwikkeling van de werkelijkheid (extern en intern)? Wat is het effect (in de exploitatie) van beïnvloeding van de verschillende variabelen in de exploitatie? - Door de verkregen erkenning voor de specifieke productie capaciteit is de toetredingsdrempel voor nieuwe toetreders hoog, en het gevaar voor substituten laag. De dreiging van substituten wordt verminderd door de opgebouwde unieke competenties (het zien van veel complexe casuïstiek) die moeilijk te kopiëren zijn. - De integrale uitwerking (relatie tussen strategische keuze, benodigde investeringen, zorg exploitatie en exploitatie vastgoed), en transparantie over beïnvloeding van variabelen moet inzicht geven in de verhouding prijs / kwaliteit, en te maken strategische keuzes daarin. - In de nieuwbouwplannen wordt rekening gehouden met omzetbaarheid van de nieuwbouw voor mogelijke andere toekomstige klantgroepen. Het businessplan en de nieuwbouw zijn toekomstgericht en houden rekening met flexibel inspelen op een veranderende omgeving. - In het businessplan zijn zaken zoals hulpbronnen, vereiste competenties, cultuur, aansturingfilosofie, risico analyse, belemmeringen en succesfactoren opgenomen.
<p><u>Behaalde effecten in maatschappelijk ondernemen</u></p> <p>Er komt m.b.v. het businessplan en het monitoren van exploitatie en variabelen in de exploitatie, inzicht in de kritische succesfactoren voor het behalen van rendement. Variabelen die in de businesscase zijn onderscheiden omdat zij een behoorlijke impact hebben, beïnvloedbaar zijn, en dus waarop gestuurd moet worden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Leegstand (meer dan 100% productie wordt een vereiste) - Productie waarde (hoogte van Zorg Zwaarte pakket, tarief) - Doelmatige inzet van personeel, slimme opzet van het gebouw waarmee doelmatigheid wordt bevorderd - Realiseren van een flexibele inzet van personeel - Rente / discontopercentage - Onderhoud en energie <p>Het maatschappelijke effect is enerzijds vernieuwend in intern ondernemerschap. Anderzijds anticiperend op de komende ontwikkelingen met de veranderingen t.b.v. van wijzigingen in de WTZi. (hoe beter om te gaan met vastgoedbeheer en financiële risico's t.g.v. marktwerking en concurrentie).</p>
<p><u>Kritische succesfactoren</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - De Reinier van Arkel groep beschikt over een sterke financiële basis, en een goede solvabiliteit. Hiermee worden financiële risico's gereduceerd wat weer een sterke basis is voor dit proefproject. - Er wordt geanticipeerd op veranderende wetgeving (wijziging vergoeding kapitaalslasten), reactief, en onder tijdsdruk (invoering wijziging per 1 januari 2009). - In de businesscase worden de activiteiten realisering nieuwbouw, exploitatie zorg, en exploitatie vastgoed, logisch met elkaar in verbinding gebracht. - Door deze logische samenhang ontstaat inzicht in de integrale kostprijs van een dienstdoelgroep combinatie,

én aan welke knoppen men kan draaien om positief exploitatieresultaat te boeken.

- Door de uitgevoerde omgevingsanalyse is meer kennis ontstaan over ontwikkelingen in de bedrijfstak.

Afbreukrisico's

- Het bezit van oude historische panden brengt hoge huisvestingskosten met zich mee.
- De Reinier van Arkel groep is een grote organisatie, er is op onderdelen sprake van logheid en trage besluitvorming, wat inefficiency en ondoelmatigheid tot gevolg heeft.

5. Analyse, beschouwing en conclusies

5.1. Analyse, interpretatie en beoordeling gegevens

Het geformuleerde toetsingskader en het onderzoeksmodel (paragraaf 3.10) vormen het kader voor analyse en beoordeling van de vier best practices. Om dit zichtbaar te maken hebben we de aspecten van "het beste van het Rijnlands model en het beste van het Angelsaksische model" in een waarderingsschema geplaatst (figuur 10). In dit model zijn de doelen uit het onderzoeksmodel van Rijnlands model (realiseren maatschappelijk dividend, verhogen doelmatigheid) samen gebracht met de doelen van het Angelsaksisch model (realiseren financieel dividend stakeholders, verbeteren concurrentiepositie).

Wij realiseren ons terdege dat bij het scoren in het waarderingsschema onze subjectieve kleuring een rol heeft gespeeld. Het onderzoeksmodel dat we hebben ontwikkeld is kwalitatief van aard en leent zich (nog) voor subjectieve invulling. Het sterke van het onderzoeksmodel is dat het als toetsingskader ons een beter beeld geeft hoe de best practices scoren in maatschappelijk ondernemen ten opzichte van elkaar. Het zwakke van het onderzoeksmodel is dat het subjectief gekleurd en onvoldoende gekwantificeerd is. De beperking van deze thesis, de tijdsspanne en het beperkte aantal best practices maken dat wij de aanbeveling doen voor een breder opgezet vervolgonderzoek.

figuur 10

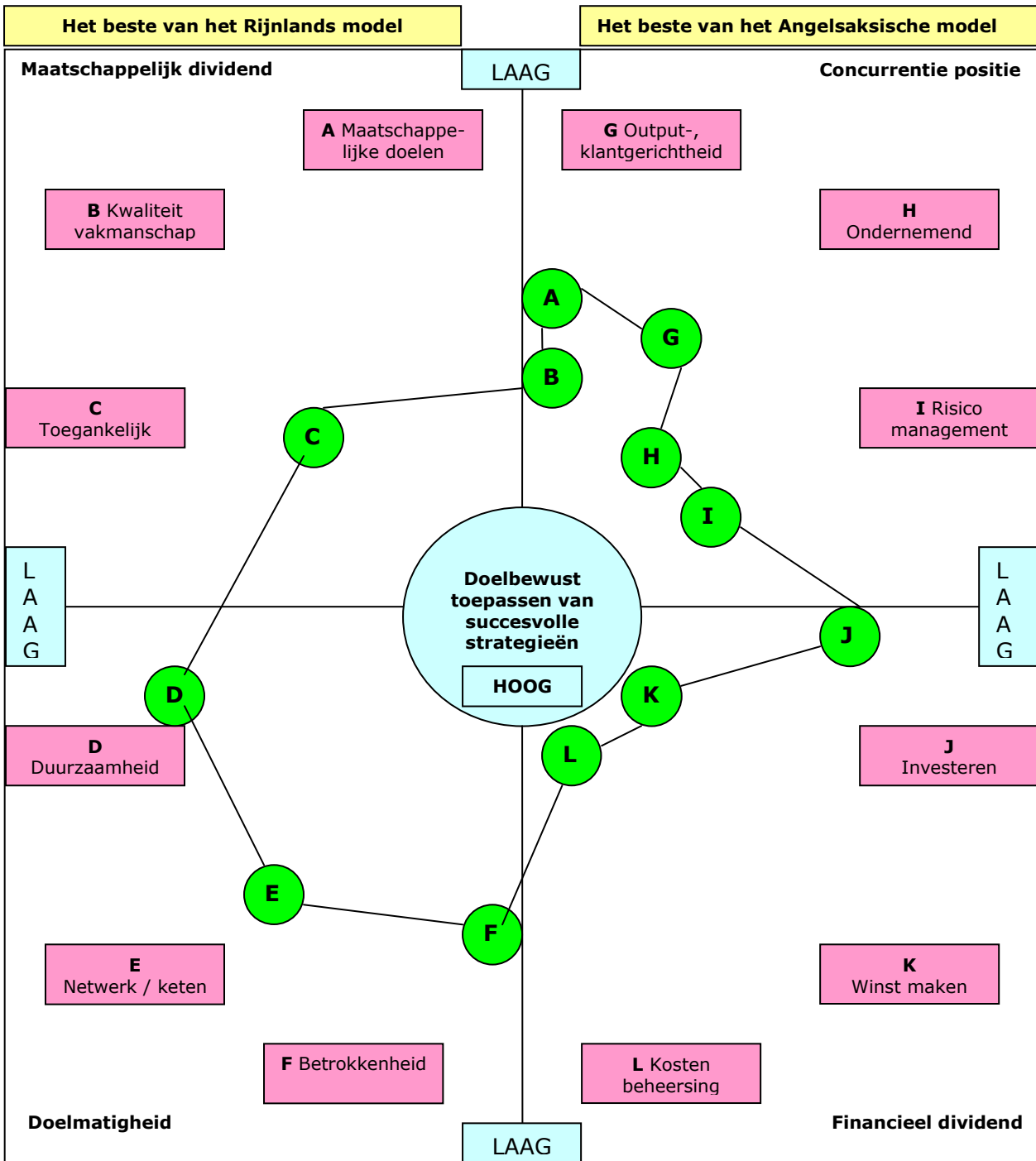
Het beste van het Rijnlands model	Het beste van het Angelsaksische model
<u>Maatschappelijk dividend:</u> A Sociaal maatschappelijke doelen B Kwaliteit en vakmanschap C Toegankelijkheid	<u>Verbeteren concurrentie positie</u> G Output-, klantgericht H Ondernemende organisatie I Risico management
<u>Verbeteren doelmatigheid:</u> D Duurzaamheid E Netwerk / keten F Betrokkenheid	<u>Financieel dividend stakeholders</u> J Investeren K Winst maken L Kostenbeheersing

Het waarderingsschema is verdeeld in de vier bovengenoemde blokken (maatschappelijk dividend, verbeteren doelmatigheid, verbeteren concurrentie positie, financieel dividend stakeholders). In de vier blokken zijn de te scoren aspecten geplaatst. In het schema is een score aan de buitenrand laag, en een score in het centrum is hoog. Hoe meer in het midden gescoord wordt (hoe kleiner de ring), des te beter de best practice wordt beoordeeld. Aspecten kunnen zowel links (Rijnlands) als rechts (Angelsaksisch) gescoord worden. Door op deze wijze te scoren hebben we een soort foto gecreëerd van alle vier de best practices. Deze beelden kunnen we vergelijken en kunnen ons laten zien wat de belangrijkste kritische succesfactoren in een best practice zijn. Onder elk schema is een toelichting toegevoegd.

Het waarderingsschema is een door ons beoordeelde dimensie score. We pretenderen niet hierin exact of altijd objectief te zijn. Het geeft onze indruk weer en een beeld van de best practice gekoppeld aan het onderzoeksmodel.

T.a.v. de businesscase van de Reinier van Arkel groep moet worden opgemerkt dat hier enkel de businesscase is beschreven en geanalyseerd en niet de organisatie van de Reinier van Arkel groep.

 = Thomashuizen

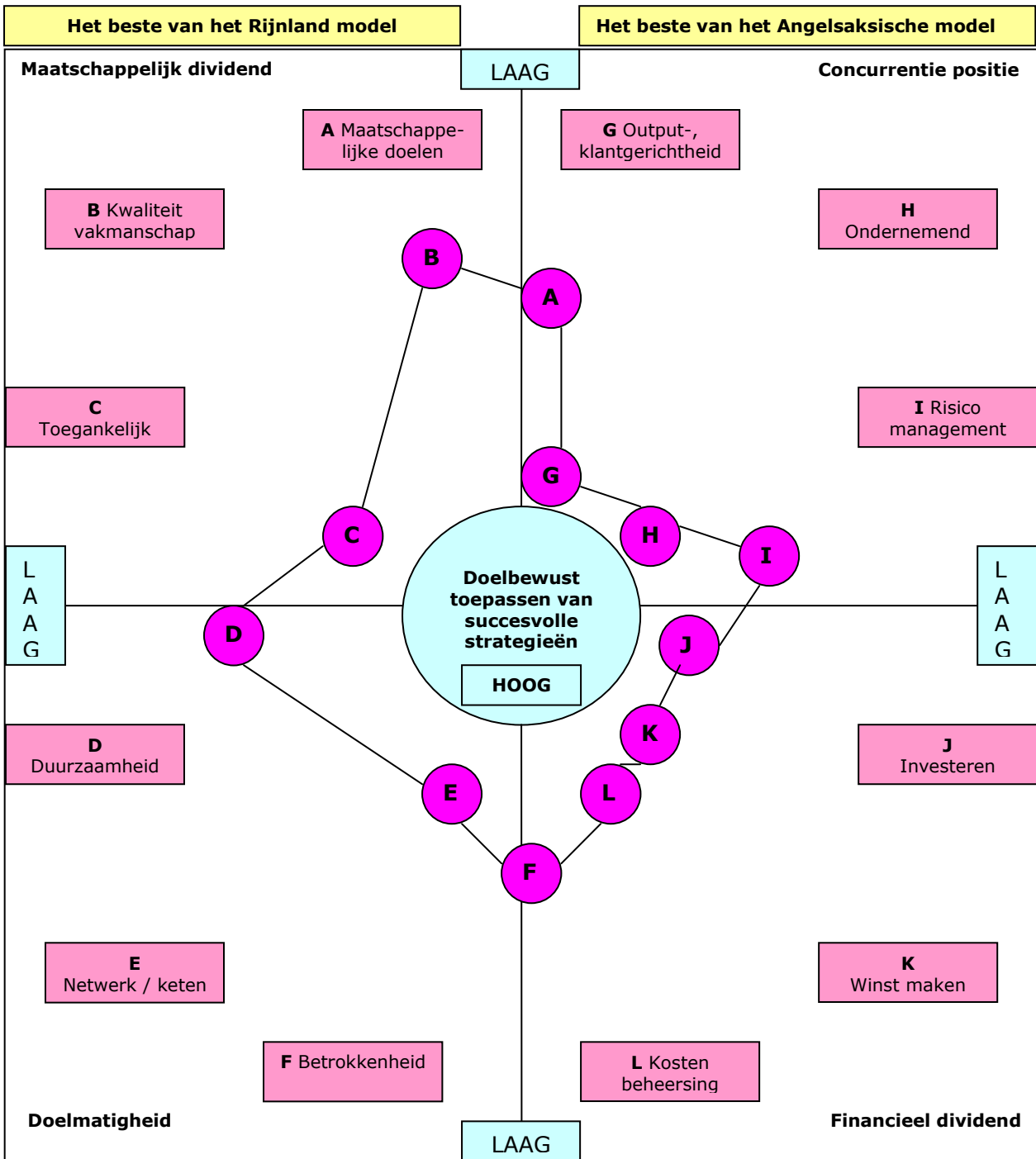


Toelichting:

- A. Maatschappelijke doelen:
- B. Kwaliteit en vakmanschap:
- C. Toegankelijkheid:
- D. Duurzaamheid:
- E. Netwerk / keten:
- F. Betrokkenheid:
- G. Outputgerichtheid, klantgerichtheid:
- H. Ondernemend:
- I. Risico management:
- J. Investeren:
- K. Winst maken:
- L. Kosten beheersing:

Is niet het primaire doel.
 Behalve startcursus geen scholingsbudget (aanwezigheids criterium).
 Pakt de lichtere zorg, er loopt een juridische procedure.
 Indien een plafond op PGB komt, komt financiering ernstig onder druk.
 Beperkt t.a.v. dienst / doelgroep, stevig m.b.t. vastgoed.
 Lager door productstandaardisatie, en winstgerichtheid.
 Sterk gericht op output, klant is een belangrijke stakeholder.
 Heeft de durf buiten het systeem te ondernemen en risico te nemen.
 Minder complex door de eenduidigheid van product en standaardisatie.
 Winstmaximalisatie, schaalvergroting, minder kwaliteitsinvestering.
 Centrale doel, inclusief uitkeren aan stakeholders.
 Hoog, geen bureaucratie, hoge efficiency door standaardisatie.

 = Rcr Healthcare

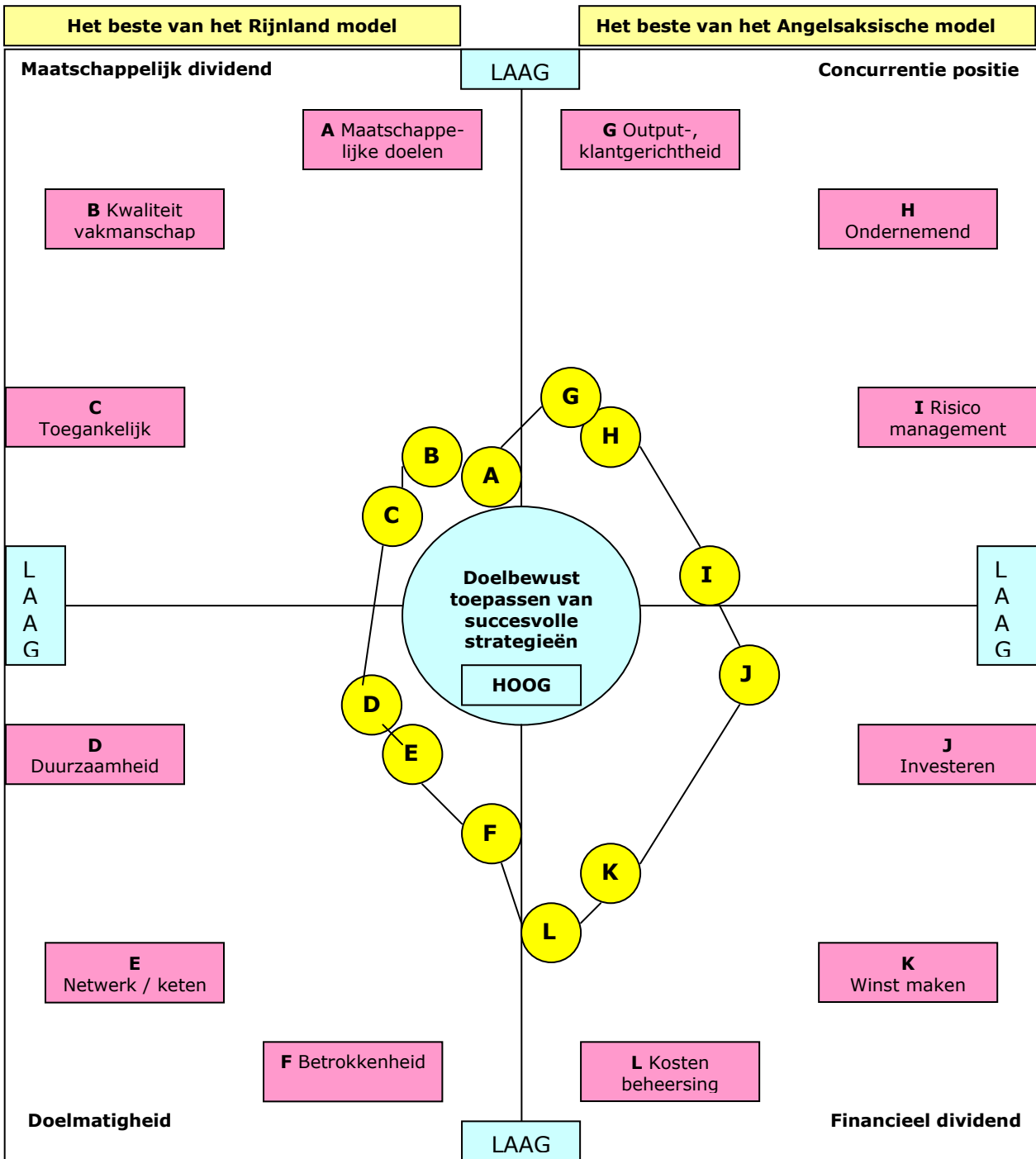


Toelichting:

- A. Maatschappelijke doelen:
- B. Kwaliteit en vakmanschap:
- C. Toegankelijkheid:
- D. Duurzaamheid:
- E. Netwerk / keten:
- F. Betrokkenheid:
- G. Outputgerichtheid, klantgerichtheid:
- H. Ondernemend:
- I. Risico management:
- J. Investeren:
- K. Winst maken: stakeholders.
- L. Kosten beheersing:

Is commercieel, levert AWBZ, en is idealistisch t.a.v. ander cultuur. Lager, werkt met lager opgeleid personeel, beperkt scholingsbudget. Ja, is AWBZ erkent, levert ook complexe zorg. Risico is mogelijk vervallen van AWBZ erkenning. Heeft contracten met negen zorgaanbieders! Meerdere partners. Deels commercieel, daarnaast betrokken t.a.v. cultuur (Suriname). "Zorg, zon, vakantie", (horizontale diversificatie), zeer complementair. Zeer, hybride organisatie (publiek, privaat, meerdere bedrijfstakken. Brede portfolio van financieringen, bredere risicospreiding. Investeert in service, productdifferentiatie, niet in zorgkwaliteit. In de private poot het centrale doel, inclusief uitkeren aan Risicospreiding, lagere loonkosten en lager overheadkosten.

 = Vitalis zorggroep



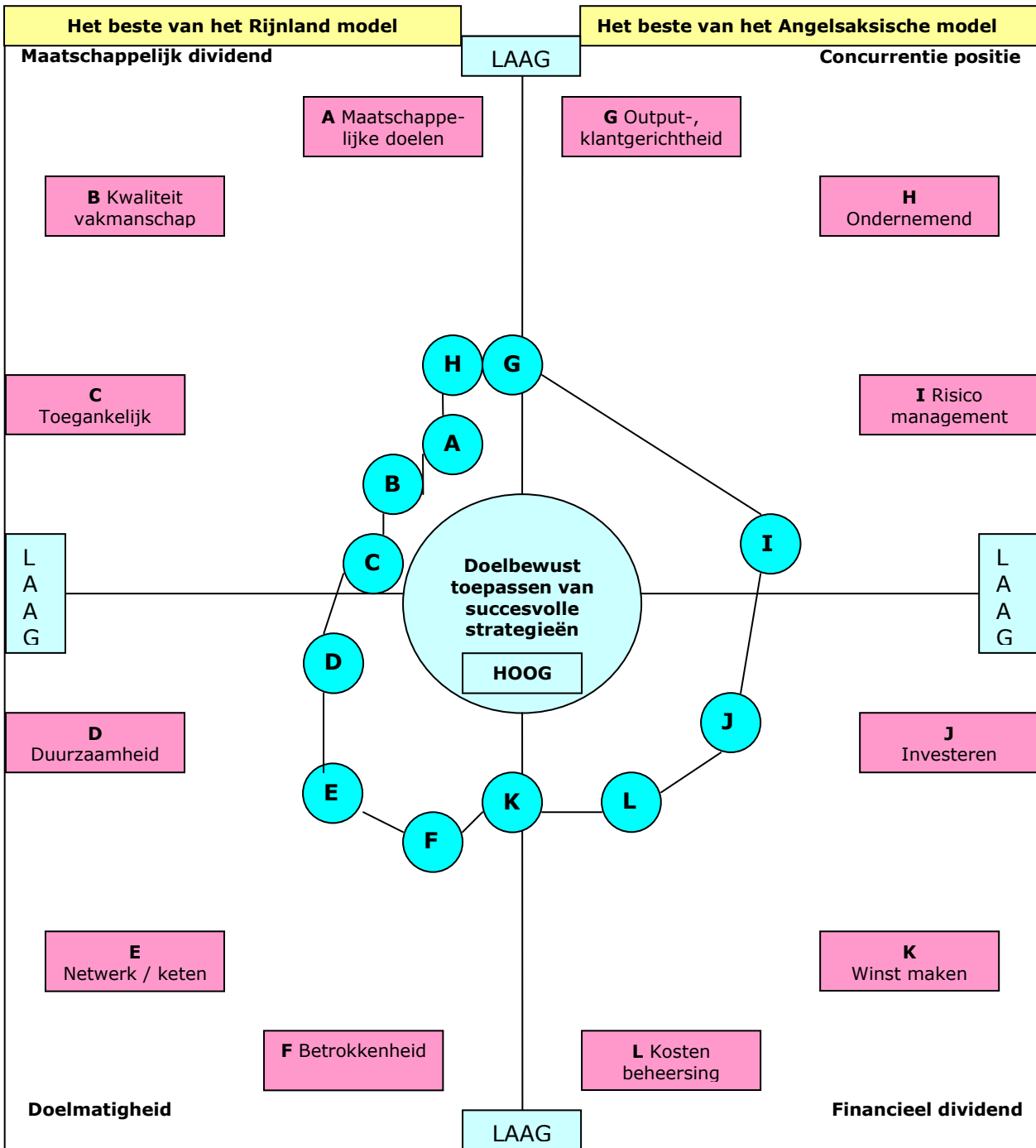
Toelichting:

- A. Maatschappelijke doelen:
- B. Kwaliteit en vakmanschap:
- C. Toegankelijkheid:
- D. Duurzaamheid:
- E. Netwerk / keten:
- F. Betrokkenheid:
- G. Outputgerichtheid, klantgerichtheid:
- H. Ondernemend:
- I. Risico management:
- J. Winst maken:
- K. Kosten beheersing:

Gerealiseerde winsten voor maatschappelijke doelen.
 Investeert in vakmanschap én ondernemerschap medewerkers.
 Is geborgd.
 Is geborgd door de erkenning en maatschappelijke aanvaarding.
 Breed netwerk, meerdere markten, hele keten ouderenzorg.
 Maatschappelijke betrokkenheid, en naar medewerkers hoog.
 Zijn resultaatgericht t.a.v. productie, kwaliteit, service.
 Intern ondernemerschap, onderneemt publiek en privaat.
 Extern, intern monitoren ontwikkelingen, risico spreiding is breed.
 Winst t.b.v. maatschappelijke doelen, onderneemt doelbewust.
 Complexe organisatie, hoger overhead ten gevolge.



= Businesscase van de Reinier van Arkel groep

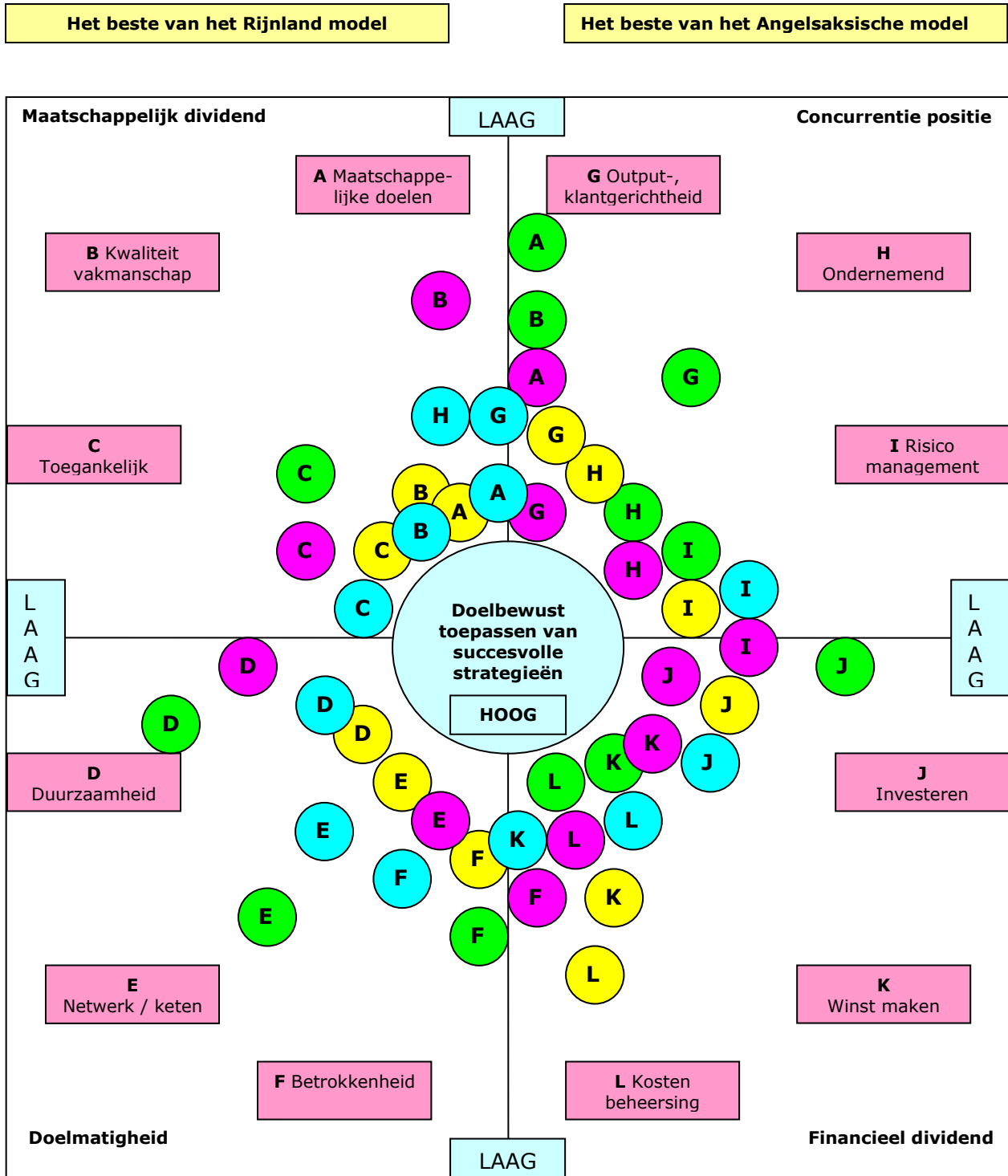
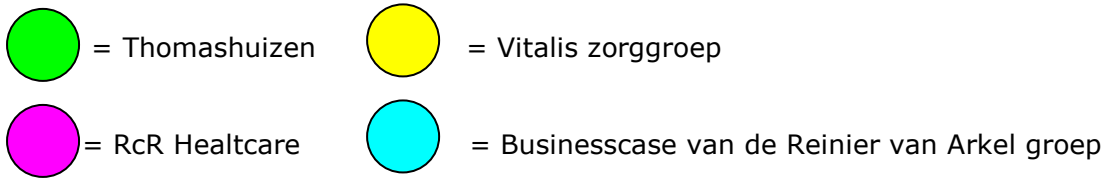


Toelichting:

- A. Maatschappelijke doelen:
- B. Kwaliteit en vakmanschap:
- C. Toegankelijkheid:
- D. Duurzaamheid:
- E. Netwerk / keten:
- F. Betrokkenheid:
- G. Outputgerichtheid, klantgerichtheid:
- H. Ondernemend:
- I. Risico management:
- J. Investeren:
- K. Winst maken:
- L. Kosten beheersing:

De te realiseren winsten vloeien terug in de zorg.
 Hoog, keuze voor specialisatie DDC, en proeftuin ondernemerschap.
 Is geborgd.
 Is geborgd, door erkenning, niche in de markt, solide organisatie.
 SBU bediend de hele keten, externe adviseurs ingehuurd.
 Maatschappelijke betrokkenheid hoog, intern ondernemerschap.
 Businessplan concrete output, dividend later t.b.v. kwaliteit en service.
 Intern ondernemerschap, proeftuin risicobeheersing en ondernemen.
 Proeftuin: aan welke knoppen kan worden gedraaid t.a.v. exploitatie.
 In intern ondernemerschap, investeren in de cultuur (anders doen).
 T.z.t. winst t.b.v. verbetering kwaliteit, service, ontwikkeling.
 Project gericht op kostenbeheersing, om gaan met risico dragen.

Totaaloverzicht



5.2. Beschouwing en conclusies

In de inleiding hebben we de aanleiding van dit onderzoek en een korte historische schets gemaakt van maatschappelijk ondernemen. Dit leidde tot onze nieuwsgierigheidsvraag: *Hoe kan maatschappelijk ondernemen en het genereren van maatschappelijk dividend helpen om de concurrentiepositie te verbeteren van een organisatie die werkzaam is in het publieke domein in de chronische zorg, in een veranderend systeem van prestatiegerichte bekostiging?* Deze onderzoeksvraag hebben we nader geëxpliciteerd middels een aantal onderzoeksvragen in hoofdstuk 2.

In paragraaf 1.4 hebben wij gesteld dat wij erin geloven de maatschappelijk ondernemen ons kan helpen in de chronische zorg om kwaliteit, doelmatigheid en klantgerichtheid te verbeteren, zonder dat dit ten koste gaat van de toegankelijkheid. Wat leren ons nu de voorbeelden van best practice? Concreet: hoe scoren de voorbeelden van best practice als het gaat over:

- Het beste van het Rijnlandsmodel én het beste van het Angelsaksisch model
- Vorm van maatschappelijk ondernemen (Putters)
- Ontwikkelingsproces (v.d. Grinten)
- Bewust toepassen van succesvolle strategieën (Porter)

In het theoretische gedeelte in hoofdstuk 3 hebben wij onze definities beschreven van maatschappelijk ondernemen en best practice. Vervolgens is met behulp van een aantal theorieën door ons een onderzoeksmodel ontwikkeld. Het onderzoeksmodel is vervolgens een hulpmiddel gebleken om de resultaten van de best practice te visualiseren. Het onderzoeksmodel en het toetsingskader hebben we vervolgens gebruikt voor het beschrijven, analyseren en beoordelen van de vier voorbeelden van best practice. Uiteindelijk zijn een viertal profielen gemaakt en is een beeld ontstaan hoe de vier voorbeelden van best practice presteren in maatschappelijk ondernemen. We hebben gesteld dat in onze ogen maximale waarde creatie in maatschappelijk ondernemen ontstaat, wanneer een zorgondernemer erin slaagt de voordelen van het Rijnlands model weet te combineren met de voordelen van het Angelsaksische model: *het genereren van financieel winst wat omgezet kan worden in maatschappelijk dividend, het verbeteren van de concurrentiepositie en het verbeteren van de doelmatigheid*. Deze uitwerking is beschreven in hoofdstuk 4, inclusief de succesfactoren van elke best practice.

Terug naar onze hoofdvraag: *Hoe kan maatschappelijk ondernemen en het genereren van maatschappelijk dividend helpen om de concurrentiepositie te verbeteren van een organisatie die werkzaam is in het publieke domein in de chronische zorg, in een veranderend systeem van prestatiegerichte bekostiging?*

Misschien ligt hier nog wel een vraag vooraf aan ten grondslag namelijk, niet alleen hoe, maar: Kan maatschappelijk ondernemen en het genereren van maatschappelijk dividend helpen om de concurrentiepositie te verbeteren van een organisatie die werkzaam is in het publieke domein in de chronische zorg, in een veranderend systeem van prestatiegerichte bekostiging?

Maatschappelijk ondernemen *in de chronische zorg* is volgens ons zeer goed mogelijk. Met V.d. Grinten (Putters en V.d. Grinten 2006) zien wij mogelijkheden in een deelmarktbenadering. Juist in de chronische zorg zijn klanten / cliënten heel goed op de hoogte van hun beperkingen. Als ervaringsdeskundigen zijn zij daardoor goed in staat keuzes te maken in wat zij belangrijk vinden in gewenste hulp, dienstverlening, huisvesting en service. Dat betekent dat klanten heel goed keuzes kunnen maken tussen instellingen en producten. Daarbij past dus marktgericht ondernemen (en concurrentie op kwaliteit en prijs) waarbij ook (commerciële) combinaties van producten gekozen kunnen worden, zoals woonzorg combinaties. Met maatschappelijk ondernemen wordt de positie van de klant als eindgebruiker verstevigd. Voorbeelden van dit vinden we terug in de bezochte best practice: keuzemogelijkheden voor extra service tegen betaling, extra zorg tegen betaling, opstellen

van een keuzemenu in de zorg. De voorbeelden van best practice laten ons ook zien dat het zeer wel mogelijk is in de chronische zorg een marktsituatie te creëren waarin zorgconsumenten kunnen kiezen tussen “de Aldi” aanbieder en de “Albert Heijn” aanbieder. Zolang basiszorg en toegankelijkheid maar geborgd zijn. Ondernemerschap in de chronische zorg veronderstelt dus wel een aantal randvoorwaarden, waar wij verderop op terug komen.

In de bezochte best practice instellingen hebben we gezien dat maatschappelijk ondernemen waarde toevoegt aan de betreffende organisatie. In een omgeving van zowel publiek als privaat, is het zeer wel mogelijk bedrijfsmatig en efficiënt te werken. Met behulp van bijvoorbeeld een goed strategisch vastgoedbeleid of het doen van commerciële activiteiten, slaagt men erin dividend te realiseren wat wordt gebruikt voor productinnovatie, productdifferentiatie, en een hogere servicegraad. Bovendien slagen deze organisaties erin een goede solvabiliteit op te bouwen, waardoor het weerstandsvermogen van de instelling toeneemt. Maatschappelijk ondernemerschap verhoogt de effectiviteit en de doelmatigheid van een zorginstelling en verstevigt haar concurrentiepositie. We hebben dit gezien bij een voorbeeld binnen het systeem (de Vitalis zorggroep), en buiten het systeem in een hybride constructie (RcR Healthcare). Zij slagen erin om én meer te doen met hetzelfde geld, én vernieuwing en innovatie te financieren uit het doen van commerciële activiteiten.

Dit brengt ons tot de vraag: “*Hoe kan maatschappelijk ondernemen ons helpen in het genereren van maatschappelijk dividend?*” We willen deze vraag beantwoorden aan de hand van de meest uit het oog springende kritische succesfactor(en) van elke best practice.

De Thomashuizen

De verdienste van de Thomashuizen is dat buiten het systeem, met gebruik makend van de aanwezige financieringsmiddelen (PGB, overige uitkeringsgelden), stevig risico wordt genomen en een hoge kostenbeheersing wordt gehaald. In die zin is de opzet van de Thomashuizen baanbrekend en laat het zien dat het ook anders kan. Op het gebied van kostenbeheersing (de gestandaardiseerde franchise constructie) in de gezondheidszorg nog veel winst is te behalen. Het streven van de Nederlandse overheid om kwalitatief een goede gezondheidszorg te garanderen slaat door in bureaucratie (streven naar een dubbele veiligheid), en dus in hogere kosten.

RcR Healthcare

In het hybride concept van RcR Healthcare is de kritische succesfactor de toegepaste horizontale diversificatie: het slim weten te verbinden van een brede portfolio van aanbod in meerder bedrijfstakken, en het spreiden van risico's. We noemen dit maar kort even het “Zorg, Zon, Zee” concept. RcR heeft een win win situatie kunnen bereiken door te opereren in meerdere bedrijfstakken (chronische zorg, hotel / horeca, toerisme). Daarmee weet RcR:

- De verkregen monopoly positie, als enigst erkende AWBZ instelling die zorg in het buitenland, mag leveren goed uit te nutten.
- De noodzakelijke zorg te verbinden met het aangename (zon, zee).
- Andere doelgroepen te bereiken buiten de zorg, die gerelateerd zijn aan de zorg zoals naastbetrokkenen die in een naastgelegen hotel kunnen komen logeren.
- Extra services te bieden voor klanten en diens naastbetrokkenen (zon, zee, vakantie).
- Financiële en arbeidsmarkt risico's te spreiden doordat RcR Healthcare:
 - AWBZ erkend is, en verzekert is van productie, doordat er afspraken zijn gemaakt met negen zorgaanbieders.
 - Extra gelden genereert uit andere commerciële bedrijfstakken.
 - Kan beschikken over goedkopere buitenlandse arbeidskrachten.
 - Buitenland stage plek kan bieden voor Nederlandse studenten.

De Vitalis zorggroep

De factor voor succes bij de Vitalis zorggroep is de ervaringsleercurve die ten aanzien van Maatschappelijk ondernemen door de door de jaren heen is opgebouwd. Deze ervaringsleercurve wordt in deze organisatie op grote schaalgrootte toegepast. In alle onderdelen van het concern is ondernemen een speerpunt van beleid. Van de top tot in de tenen van de organisatie. Het motto in de organisatie is dat medewerkers van de Vitalis zorggroep niet alleen leverancier van zorg zijn maar ook verkopers van zorg en services. Initiatief nemen en risico's nemen horen daarbij. Maatschappelijk ondernemen is stevig in de cultuur van de organisatie verankerd. We durven te stellen dat de Vitalis zorggroep onderneemt in maatschappelijk ondernemen. Medewerkers worden hierop geselecteerd en geschoold. In het ondernemen worden de grenzen in de gezondheidszorg opgezocht, men schroomt niet om daar tegenaan te schuren. Hierdoor is de organisatie grensverleggend bezig. Bij de Vitalis zorggroep kan worden geleerd welke competenties nodig zijn om maatschappelijk te kunnen ondernemen.

De businesscase van de Reinier van Arkel groep

De Reinier van Arkel groep laat in haar businesscase een mooi voorbeeld zien van intern maatschappelijk ondernemen. Met behulp van een integraal businessplan wordt, met gebruik makende van principes van het bedrijfsleven, duidelijk gemaakt waar men aan de knoppen kan draaien, om rendement te realiseren. De interne inrichting van de organisatie (zorg, investering, exploitatie) is gebaseerd op een externe analyse van gewenste marktpositie en strategische keuze daarin. In de businesscase wordt een directe koppeling gelegd in investering in vastgoed en de exploitatie van zorg, de exploitatie van het vastgoed en het realiseren van rendement. Met deze businesscase staat men aan het begin van de leercurve. Intern is de businesscase baanbrekend doordat het een leerproject is in intern ondernemerschap.

De vier voorbeelden van best practice samengevat

- Thomashuizen: Risico nemen en doelmatigheid.
- RcR Healthcare: Horizontale diversificatie, risico spreiding.
- Vitalis zorggroep: Ervaringsleercurve in ondernemen.
- Businesscase van de Reinier van Arkelgroep: Intern ondernemerschap.

Offensieve strategie

Wat ons op is gevallen dat alle vier de organisaties gebruik hebben gemaakt van een offensieve strategie. Extern zijn b.v. de Thomashuizen en RcR Healthcare, buiten het systeem offensief de markt op zijn gegaan en hebben risico genomen. Van intern naar extern ondernemen, heeft b.v. de Vitalis zorggroep de grenzen van het toelaatbare opgezocht. In de businesscase van de Reinier van Arkel groep zit het offensieve in het intern gericht grenzen verleggen in het ondernemerschap. Naar onze mening blijkt dat vooral de offensieve strategieën (ergens induiken, risico nemen, grenzen opzoeken) leiden tot betere resultaten.

Opportunistische strategie

In alle voorbeelden is sprake van opportunistische strategie. Bij de Thomashuizen was het opportunistische, de ruimte die ontstond in de PGB financiering. Bij RcR Healthcare waren het de lange wachtlijsten die er waren waardoor een erkenning is verkregen voor AWBZ zorg in het buitenland. De Vitalis zorggroep heeft jaren geleden naast de AWBZ erkenning een toegelaten erkenning voor Volkshuisvesting gekregen. De organisatie heeft gebruik gemaakt van de mogelijkheden van destijds om het gehele terrein te kunnen bestrijken. In de businesscase van de Reinier van Arkel groep is de ontwikkeling op gang gekomen door de aanstaande veranderingen in de financiering van het vastgoed, waardoor instellingen meer risicodragend worden.

In hoofdstuk 1.4 hebben wij gesteld: Wij geloven erin dat maatschappelijk ondernemen ons kan helpen in de chronische zorg om kwaliteit, doelmatigheid en klantgerichtheid te verbeteren zonder dat dit ten koste gaat van de *toegankelijkheid*. Wij zijn nog steeds deze mening toegedaan, en hebben dit ook kunnen zien bij de bezochte best practice's instellingen. Hierbij willen we echter wel opmerken dat bij de instellingen die meer naar het Angelsaksische systeem neigen, de toegankelijkheid onder druk kan komen te staan. De overheid zal op output de toegankelijkheid veilig moeten stellen.

Paradigma shift naar strategisch ondernemerschap

Maatschappelijk ondernemen vergt strategisch leiderschap. De vraag is: durven bestuurders de dominante logica (het huidige budgettaire denken) in te ruilen voor het denken in termen van realiseren van rendement, het toevoegen van maatschappelijke waarden (voor de klant als eindgebruiker) en het creëren van onderscheidend vermogen? Deze ondernemende strategie vraagt om strategisch leiderschap, en het mobiliseren van eigen energie en vermogen, kansen te zoeken en deze te benutten. Deze kansen moeten bewust worden gezocht en in kaart gebracht. Dit kan door het monitoren van ontwikkelingen, en het systematisch bijstellen van strategische beleidsplannen. Durven bestuurders het aan vertrouwen te schenken aan hun medewerkers en ondernemerschap ook laag in de organisatie neer te leggen? Durven bestuurders te leren van ondernemen en paradigma's in de cultuur van de organisatie ter discussie te stellen? In de voorbeelden van best practice zijn we goede voorbeelden tegen gekomen van strategisch ondernemerschap.

Aanbevelingen

Wil maatschappelijk ondernemen in de chronische zorg in toenemende mate succesvol zijn, dan moet volgens ons worden voldaan aan een aantal randvoorwaarden.

- *Spelregels*: In hoofdstuk 1.5 geeft V.d. Grinten treffend aan dat er nieuwe spelregels nodig zijn in de veranderende context, dit zijn volgens hem 3 cruciale voorwaarden. De politiek moet zich houden aan de eigen punten van systeemverantwoordelijkheid, het toezicht moet proportioneel blijven en ondernemingen moeten zich daadwerkelijk inzetten voor een toegankelijke, kwalitatieve doelmatige gezondheidszorg. Marktwerking slaagt alleen als de overheid zich gedraagt als marktmeester, als toezichthoudend orgaan. De politiek moet zich houden aan de eigen uitgangspunten en verantwoordelijk zijn voor het systeem, spelregels formuleren en bewaken, en zorgen voor de juiste prikkels. In onze optiek is de centralisatiereflex hierbij de grootste valkuil (op basis van incidenten, overname gedrag van de politiek en toename van de regelgeving). Momenteel zien we hier ook weer prachtige voorbeelden o.a. in de Thuiszorg.
- *Garanderen basiszorg*: t.a.v. de systeemverantwoordelijkheid, gaat het om de punten kwaliteit, doelmatigheid en toegankelijkheid en zal de overheid zich bezig moeten houden met het aangeven wat zij onder basiszorg en de minimum kwaliteit van zorg verstaat. De overheid moet op output gaan zitten en zich niet met de daadwerkelijke uitvoering bezig houden, dit moet de overheid aan de veldpartijen overlaten.
- *Toezicht*: t.a.v. het proportionele toezicht zien we dat de overheid wel pogingen doet zich te bewegen naar toezicht op output, o.a. door het opheffen van het College bouw en Corporate Governance, maar dat de NZA en de zorgkantoren vervolgens doorslaan in bureaucratische regelgeving, de regeling AO/IC AWBZ zorgaanbieders is hier een mooi voorbeeld van.
- *Proactief in ondernemen*: maatschappelijk ondernemerschap vraagt proactief zijn in ondernemen en het opzoeken van grenzen. De zorgaanbieders moeten de focus leggen op ondernemen, op de klant en op de markt, niet te zeer op de overheid.
- *Ondernemen betekent cultuurverandering*: Ondernemerschap vraagt andere competenties in de zorg en een omslag naar rendementdenken. Zorgaanbieders moeten denken in kansen en niet in bedreigingen. Ondernemen is vertrouwen geven en ruimte bieden voor initiatief en vakmanschap bij medewerkers. Zo is b.v. bij de Vitalis zorggroep ondernemerschap tot in de genen ontwikkeld en doorgevoerd tot in de tenen van de organisatie. Van medewerkers wordt gevraagd niet alleen leverancier van zorg en diensten te zijn, maar ook verkoper van extra zorg en diensten.

- *Inzicht hebben in de knoppen waaraan men kan draaien:* om rendement te realiseren moet de organisatie weten aan welke knoppen men kan draaien:
 - o Welke variabelen in de exploitatie zijn te beïnvloeden en wat is hun impact (op elkaar)?
 - o Wat doen we centraal, wat decentraal?
 - o Wat kopen, wat huren, wat houden, wat verkopen?
 - o Ten aanzien van vastgoed: bereikbaarheid, aantrekkelijkheid, flexibiliteit en omzetbaarheid naar andere functies enzovoort.
- *Maatschappelijk ondernemen versterkt vraaggestuurd en klantgericht werken:* de klant komt in de positie van opdrachtgever, er ontstaat een directere relatie tussen genieten en betalen. Ten aanzien van de cultuur, met maatschappelijk ondernemen worden gedragsprikkelers ingebouwd voor klantgericht werken en het leveren van kwaliteit en services op maat. Medewerkers zijn niet alleen dan leveranciers van zorg maar ook verkopers van zorg.

Ontwikkelingslijn

In 2001 hebben Netty Jillings-Roahaan en Arjan Miltenburg in het kader van hun postdoctorale opleiding Strategie en management van organisaties in de gezondheidszorg een scriptie geschreven met als titel "Maatschappelijk ondernemen in de gezondheidszorg". T.a.v. de mogelijke strategische keuzes waar een instelling voor staat kwamen zij grofweg tot de volgende driedeling:

- De opportunistische strategie (snel anticiperen op veranderingen, flexibiliteit).
- De traditionele strategie (lijdzaam en reactief reageren op opgedrongen beleid overheid).
- De geplande strategie bij de geplande route kiest men voor visie ontwikkeling en lange termijn perspectief. Men concentreert zich op de toekomst bij de ontwikkeling van strategieën en de bijbehorende analyse.

Jillings en Miltenburg troffen t.a.v. ondernemerschap in de zorg in 2001 het volgende aan: *"Het blijkt dat ondernemen omzet toevoegt aan de instelling. Het is ons echter niet gebleken dat er inmiddels enorme nieuwe cash flow ontstaan is. Op de totale omzet van instellingen is de omzet uit niet reguliere activiteiten nog marginaal. Al met al hebben wij de indruk dat maatschappelijk ondernemen totnogtoe een kleine financiële meerwaarde oplevert vanuit nieuwe initiatieven. Maar goed in een sector waar elke gulden telt is het wel meegenomen. Wij verwachten dat dit de komende jaren sterk gaat veranderen"*.

Ons onderzoek gedaan in 2008, onderschrijft de conclusie van Jillings en Miltenburg, er is de afgelopen zeven jaar veel veranderd om in termen van V/d Grinten te spreken we zijn van de articulatiefase in de anticipatiefase terechtgekomen. De introductie van DBC's in de cure, het PGB, de aanbestedingstrajecten bij het zorgkantoor, de HV overheveling naar de Gemeente in het kader van de WMO, het productieplafond, de WTZi om er maar eens een paar te noemen hebben gemaakt, of gaan nog maken dat de zorginstelling meer risico gaat lopen. De traditionele strategie is daarmee achterhaald. De geplande strategie heeft door de vele veranderingen in en rondom het systeem ook aan kracht verloren, wij omarmen dan ook de opportunistische offensieve strategie, waarbij men niet afwacht maar proactief zelf grensverleggend binnen het bestel en daarbuiten gaat ondernemen.

Maatschappelijk ondernemen loont. Als eerste zien we dat de zorgconsument er beter van wordt. Met dezelfde hoeveelheid of met extra verdiend geld kan worden geïnvesteerd in verhoging van de kwaliteit. Er valt wat te kiezen voor de klant, zowel in zorg als in services. Maatschappelijk ondernemen kan daarnaast ervoor zorgen dat de doelmatigheid omhoog gaat en dat financiële risico's breder kunnen worden afgedekt, bijvoorbeeld door risico spreiding. Voor medewerkers loont maatschappelijk ondernemen ook, zij komen ook in de positie initiatief te kunnen nemen, te mogen ondernemen in hun vakgebied. Ten slotte willen wij dit hoofdstuk afsluiten met een aantal stellingen om te prikkelen.

5.3. Stellingen

Stelling 1:

Het concept van maatschappelijk ondernemerschap spreekt ons erg aan, omdat het de ondernemingslust en het ondernemerschap als een van de drijvende krachten in onze Nederlandse samenleving probeert te mobiliseren voor de publieke zaak van de gezondheidszorg.
(Met dank aan De Waal en V.d. Grinten)

Stelling 2:

Defensieve strategieën leiden tot reactief anticiperen, offensieve strategieën leiden tot ondernemen. Ondernemen is op het juiste moment de juiste beslissing nemen om erin te stappen en te gaan ondernemen: te gaan doen. Veel gezondheidszorginstellingen komen niet verder dan anticiperen op de ontwikkelingen die veelal politiek bepaald en afgekondigd worden. Zorgorganisaties worden daarmee tot bureaucratische uitvoeringsorganisaties. Deze organisatievorm staat haaks op de organisatievorm van ondernemen. Daarmee komt maatschappelijk ondernemerschap niet of maar moeilijk van de grond.

Stelling 3:

In het huidige systeem lekt meer kapitaal weg uit de zorg dan in een vrije marktsituatie omdat:

- Bureaucratie leidt tot gemiddeld 20% meer ondoelmatigheid.
- Topbestuurders hoge salarissen genieten ongeacht hun geleverde prestaties.
- Veel kapitaal weglekt via het vastgoedbeleid van zorgaanbieders.
- Hoge kosten gemaakt moeten worden om het huidige systeem van maar deels gereguleerde marktwerking in stand te houden

Stelling 4:

Alsof in een maatschappelijke onderneming geen warme, liefdevolle zorg kan worden geboden. Misschien wel beter doordat we niet te maken hebben met bijvoorbeeld een bureaucratische uitvoeringsorganisatie waar klantgerichtheid niet vanzelfsprekend is, maar met een ondernemende organisatie waarin de klant een belangrijke stakeholder is en een bepalende factor is als het gaat over het voortbestaan c.q. de toekomst van de organisatie.

Stelling 5:

Een zorgondernemer vraagt zich voortdurend het volgende af:

- Mijn organisatie heeft een marketingplan met analyse van het profiel van de huidige en toekomstige klanten.
- Mijn organisatie heeft een analyse van de concurrentiepositie in de regio.
- Mijn organisatie levert aantoonbaar goede kwaliteit van zorg.
- Mijn organisatie heeft een RAK van meer dan 10%.
- Mijn organisatie heeft een visie op de herbestemming van gebouwen.
- Mijn organisatie besteedt meer dan 2% van het budget aan ICT.
- Mijn organisatie heeft een beleid t.a.v. particuliere dienstverlening.
- Mijn organisatie maakt met mij jaarlijks meetbare prestatie afspraken, ook over externe inkomsten.

(met dank aan John Bergs)

Stelling 6:

Maatschappelijk ondernemen is kiezen voor:

- o De klant
- o Ondernemen als cultuur
- o Doen
- o Lef (want het meervoud van lef is leven. Loesje)

(met dank aan John Bergs)

6. Epiloog

Maatschappelijk ondernemen in de chronische zorg is geen eenvoudige opgave, het is schaken op meerdere borden tegelijk. Maatschappelijk ondernemen in de chronische zorg gaat over het vinden van een balans in publieke en private doelen, en het realiseren van maatschappelijk dividend. Het doel is een juiste balans te vinden tussen economische en sociale waarden waarbij rendement een belangrijke voorwaarde is voor succes, floreren, overleven en realiseren van maatschappelijk dividend. Wat is die balans en hoe vindt je die? Dat is de cruciale vraag!!

Maar wat doet een zorgonderneming? Een zorgonderneming staat voor de complexe (soms tegenstrijdige) opdracht:

- Zorg te bieden die gevraagd wordt, niet meer en niet minder.
- Tegen een zo hoog mogelijke inhoudelijke kwaliteit.
- Met een zo hoog mogelijke servicegraad.
- Met een zo laag mogelijke werkbelasting.
- Tegen zo laag mogelijke kosten.
- Tegen een marktconforme prijs.

Om dit te realiseren worden hoge eisen gesteld aan het strategisch leiderschap van een zorgonderneming. Ondernemen begint vaak met dromen, waarna de stap van denken volgt. De grootste stap die gezet moet worden is durven door het gewoon te gaan doen. De lastigste stap is doorzetten en volhouden, ook als het tegenzit en ingrijpende beslissingen moeten worden gemaakt. Dit vraagt veel van de ondernemer. Kim Putters vraagt zich af wie 'Robin Hood' in de zorg, de strategische manager, het 'schaap met de vijf poten' is? Volgens hem (Putters 2001) is de ondernemer in de zorg een netwerkmanager die 'proces' en 'inhoud' aan elkaar koppelt, schakelt tussen netwerken, belangen uitruilt. Hij /zij heeft verstand van cultuur in sectoren, van het opereren op een markt, en van de achtergrond van de burgers. De zorgondernemer weet wat 'maatschappelijk dividend' is, hoe dat te behalen in het samenspel met relevante stakeholders, en hoe zich hierover te verantwoorden richting overheden, burgers en marktpartijen. Kortom het schaaap met vijf poten vindt een balans tussen de rollen van de regisseur, de souffleur, de choreograaf en de acteur. Veel daarvan kun je leren, tijdens een opleiding, al werkende en lerende of tijdens de interviews. Maar een ding gaat vooraf: de drive, het gevoel en de neus moet er wel zijn!

En als het gaat over de positie van de zorgondernemer, zijn wij het eens met de stelling: 'In een maatschappelijke onderneming zijn managers de knechten van de ambachtslieden, en de ambachtslieden de knecht van de klant'.

Wij hebben een mooi proces doorgemaakt met het realiseren van deze scriptie. Jos Schols gaf in een vroeg stadium van de begeleiding al aan dat het vooral gaat over het leerproces, "geniet ervan" was zijn advies. En dat hebben we ook gedaan. Zozeer zelfs dat steeds meer vragen naar boven kwamen die we zouden willen onderzoeken of beantwoorden. Zo zijn we best tevreden over het ontwikkelde onderzoeksmodel, en de gehanteerde methode om de best practice voorbeelden te beoordelen. Het systeem is echter subjectief en vraagt om objectivering en kwantificering. Daarnaast denken we dat er nog meer (betere) en andere voorbeelden zijn van best practice die zeer de moeite waard zijn om te onderzoeken. Het zou mooi zijn als er meer inzicht zou ontstaan hoe het in Nederland ervoor staat in de chronische zorg als het gaat over ondernemen in maatschappelijk ondernemen. Wellicht iets voor de toekomst. Hoe dan ook, we hebben ons voorgenomen onze bevindingen in een artikel te willen publiceren. De eerste afspraken hierover zijn intussen gemaakt.

We willen afsluiten met een boodschap, zo men wil een opdracht waar we in de chronische zorg voor staan: meer ondernemen in maatschappelijk ondernemen is ons devies met als doel maatschappelijk dividend te realiseren waar uiteindelijk als eerste de zorgconsument beter van wordt.

7. Literatuurlijst

- Albert M., Capitalisme contre capitalisme, 1991
- Ansems P., Voordracht college MBA-Health, Erasmus Universiteit Rotterdam 2007.
- Bakker P., Evers S., Hovens N., Snelders H., Weggeman M., Het Rijnlands model als inspiratiebron, Holland management review, nr. 103, 2005.
- Boekholt M., Maatschappelijk ondernemen in de zorg, mythe en werkelijkheid, rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar, maart 2007
- Bussemaker J., Klink A., Met zorg ondernemen, brief aan de Tweede Kamer, ministerie van VWS, juli 2007.
- Dijen M. van, Verhagen J, Ondernemen in de zorg: De 50 meest gestelde vragen, Ernst & Young 2007.
- Grinten T., Maatschappelijk ondernemen in de zorg, ZM magazine 1999 nr. 4.
- Grinten T., Helderma K., Putters K., Stelselmatig hervormen, Beleid en maatschappij, nr. 31.4, 2004.
- Grinten T., Helderma K., Putters K., Gezondheidszorg: een stelsel van stelsel, Beleid en maatschappij, nr. 31.4, 2004.
- Grinten T., Putters K., Nieuw bestuurlijke verhoudingen in de gezondheidszorg en de rol van de overheid, Bestuurskunde, themanummer 2006.
- Grinten T., Zorgen om beleid, afscheidsrede T. v.d. Grinten als hoogleraar Beleid & Organisatie Gezondheidszorg aan de Erasmus Universiteit Rotterdam, november 2006.
- Grinten T. Ondernemen voor de zorg, kansen en voorwaarden, uit Reflectie markt en consument in de gezondheidszorg, april 2007.
- Hirsch Ballin, E., Voorstel wijziging boek 2 van het Burgerlijk Wetboek i.v.m. introductie van de rechtsvorm de Maatschappelijk Onderneming, ministerie van Justitie, juli 2007.
- Holsbrink-Engels, "De Goede Snap" Hogeschool Utrecht, BPU Projectgroep NAH, 2007
- Jillings-Rohaan N., Miltenburg A., Maatschappelijk ondernemen in de gezondheidszorg, scriptie postdoctorale opleiding Strategie en Management in de gezondheidszorg, 2001.
- Johnson G., Scholes K., Whittington R., Exploring Corporate Strategy, 7e editie, 2005.
- Porter M., Vijfkrachtenmodel, (*competitive-forces model*) 1980
- Putters K., De maatschappelijke ondernemer in de zorg; het schaap met de vijf poten, Orkestratie van gezondheidszorg beleid, van Gorkum, 2006.
- Putters K., Maatschappelijk ondernemen in de zorg, achtergrond nota in opdracht van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, RVZ, december 1998.
- Putters K., Geboeid ondernemen, van Gorkum, maart 2001.
- Waal, P. de, Nieuwe strategieën voor het publieke domein, Samson, 2000.

8. Bijlagen

8.1. Bijlage 1

Vragenlijst

Vragenlijst in het kader van het veldonderzoek ten behoeve van de afstudeeropdracht MBA - Health over maatschappelijk ondernemen in de chronische zorg.

Korte schets van wat in het kader van dit onderzoek bedoeld wordt met Maatschappelijk Ondernemerschap:

Maatschappelijk ondernemen zien we als een mogelijkheid om gelden te genereren uit het private domein en deze terug te laten vloeien in het publieke domein ten behoeve van positieverbetering (hogere kwaliteit, meer differentiatie, betere services) t.o.v. concurrentie in het publieke domein.

Doel van het interview

Het bezoeken van best practice organisaties (die zich onderscheiden t.a.v. maatschappelijk ondernemerschap) in de chronische zorg en door middel van interviews van bestuurders en financieel managers in aanvulling op de literatuurstudie een beeld krijgen van hun belemmeringen en succesfactoren.

Deelnemers

Bestuurders en financieel managers van intramurale zorgaanbieders in de chronische zorg die zich in het veld onderscheiden op het gebied van maatschappelijk ondernemerschap.

Algemene vraagstelling

Hoe kan volgens u het maatschappelijk ondernemen helpen om de concurrentiepositie te verbeteren van een organisatie die werkzaam is in het publieke domein (chronische zorg)? Met andere woorden: Welke bewuste strategieën worden ingezet, die ten grondslag liggen aan maatschappelijk ondernemen in uw organisatie waardoor vooraf gestelde doelen worden behaald? Wat zijn de kritische succesfactoren en wat zijn de afbreukrisico's?

Vragen

Strategisch beleid

- Bent u bewust, beleidsmatig begonnen als organisatie met maatschappelijk ondernemerschap?
- Hoe is dit idee ontstaan?
- Waar is het idee ontstaan in uw organisatie Top of Down?
- Welke doelen streeft u uw organisatie na t.a.v. maatschappelijk ondernemerschap?
- Wie zijn in volgorde van belangrijkheid de stakeholders van uw maatschappelijke onderneming en waarom?
- Welke doelen streven die stakeholders na?
- Kunt u iets zeggen over de verhouding van publieke- en private doelen die uw organisatie als maatschappelijke onderneming nastreeft?
- Op welke wijze borgt u de publieke toegankelijkheid, gelijkheid van de zorg?
- Op welke wijze weet u investeerders blijvend te binden aan uw organisatie?
- Hoe typeert u het ondernemerschap dat u uitoefent:
 - o Marktgericht ondernemerschap en winst boeken?
 - o Realiseren van maatschappelijke doelen?
 - o Intern ondernemerschap bevorderen?
- Welke marktpositie streeft uw organisatie na?
- Hoe ziet uw markt eruit, in hoeverre is sprake van deelmarkten?
- Hoe wilt u in de markt gezien worden door uw klanten en partners en wat is de realiteit?

- Hoe verhoudt uw markt positie van uw organisatie zich ten opzichte van andere aanbieders in de regio?
- Zijn keuzes van collega instellingen van invloed geweest op uw keuze om actief te worden op het gebied van maatschappelijk ondernemerschap?
- Welke strategische doelen beoogt u te bereiken met maatschappelijk ondernemerschap in het groter geheel van uw organisatie:
 - o Kostenleiderschap?
 - o Productdifferentiatie?
 - o Klantfocus?
- Wat waren bij het kiezen van voorgenoemde strategische doelen uw afwegingen?

Klanten en diensten

- Kunt u iets zeggen over de positie van de klant in uw onderneming?
- Hebt u voorafgaand aan deze ontwikkeling een marktonderzoek verricht?
- Voert u een gericht marketing beleid:
 - o Behoeften onderzoek, onderzoek naar ontwikkeling demografische gegevens?
 - o Klanttevredenheid onderzoek?
 - o Tevredenheid onderzoek stakeholders?
- Welke nieuwe dienst/doelgroep combinaties heeft u ontwikkeld in het kader van maatschappelijk ondernemerschap?
- Waaruit bestaat de portfolio van de dienst/doelgroep combinaties waarvoor gekozen is binnen het maatschappelijk ondernemen en waarop die keuze gebaseerd is:
 - o De breedte van de portfolio?
 - o De focus (specialisatie)?
 - o Diversificatie, binnen of buiten de bedrijfstak?
 - o Samenwerking in de keten?
- Wat kunt u zeggen over de prijs/kwaliteit verhouding?

Competenties en hulpbronnen

- Welke andere hulpbronnen heeft u moeten verwerven als het gaat over de inzet van middelen bij maatschappelijk ondernemen?
- Wat kunt u zeggen over de toereikendheid van het verkrijgen van deze hulpbronnen?
- Welke effecten heeft de focus om maatschappelijk ondernemen binnen uw organisatie op het gebied van kennis en technologie in uw organisatie?
 - o Ten aanzien van de productontwikkeling?
 - o Ten aanzien van het leveren van de productie?
 - o Ten aanzien van de vereiste inhoudelijke kennis van zaken, en ontwikkeling van competenties?
- Welke effecten heeft de focus om maatschappelijk ondernemen binnen uw organisatie op het gebied management, strategie en beleid?
 - o Ten aanzien van de arbeidsmarkt, de toereikendheid van inzetbaarheid van mensen?
 - o Ten aanzien van het strategisch management?
 - o Ten aanzien van het ketenmanagement?
 - o Ten aanzien van het projectmanagement?
 - o Ten aanzien van het accountmanagement?
 - o De besturingsfilosofie ten aanzien van management van medewerkers, professionals, management van middelen en management van processen?
 - o Ten aanzien van de cultuur?
 - o Ten aanzien van de competenties en persoonlijkheidskenmerken van de raad van bestuur c.q. directie?
 - o Ten aanzien van de competenties en persoonlijkheidskenmerken van het management?
 - o Ten aanzien van de competenties en persoonlijkheidskenmerken van de professionals en uitvoerend medewerkers?
- Welke effecten heeft de focus om maatschappelijk ondernemen binnen uw organisatie op het gebied organisatie, processen en systemen in uw organisatie?

- Ten aanzien van de organisatiestructuur?
- Ten aanzien van de systemen?
- Ten aanzien van de processen?
- Was uw cultuur intern in uw organisatie toe aan Maatschappelijk ondernemerschap? Waaruit bleek dat bij medewerkers c.q. management?
- Voor welk bestuursmodel heeft u gekozen? Zou u indien het Wetsvoorstel Maatschappelijk Ondernemerschap wordt aangenomen kiezen voor dit model?

Financieel

- Heeft een verandering in de financieringsstructuur van uw organisatie u aangezet tot maatschappelijk ondernemerschap?
- Heeft uw financiële reserve (solvabiliteit) invloed gehad op uw beleidskeuze t.a.v. Maatschappelijk ondernemerschap?
- Wat is het effect van maatschappelijk ondernemerschap op uw financiële positie?
- Hebt u een kosten-baten analyse gemaakt, zo ja welke?
- Hebt u een risico-analyse gemaakt, zo ja welke?
- Waar liep u in de praktijk tegen aan?
- Wat zijn volgens u belemmeringen?
- wat zijn volgens u succesfactoren?
- Bent u geconfronteerd met regelgeving van de overheid, lokaal dan wel centraal, die bevorderend dan wel belemmerend werkt?

Effecten van maatschappelijk ondernemen

- Wat zijn de kritische succesfactoren die maatschappelijk ondernemen in uw organisatie en boeken van succes bevorderen?
- Kunt u iets zeggen van de beïnvloedbaarheid van de kritische succesfactoren?
- Kunt u iets zeggen over het omvang van het belang van de kritische succesfactoren in het geheel?
- Wat zijn de afbreukrisico's die maatschappelijk ondernemen in uw organisatie en succes belemmeren?
- Kunt u iets zeggen van de beïnvloedbaarheid van de afbreuk risico's?
- Kunt u iets zeggen over het omvang van het belang van de afbreukrisico's in het geheel?
- Wat kunt u vertellen over de geplande en in werkelijkheid geboekte resultaten met maatschappelijk ondernemen als het gaat over gerealiseerde:
 - omzet
 - kwaliteit, services en klantgerichtheid, klanttevredenheid
 - doelmatigheid
 - financiële winsten
 - medewerkertevredenheid
 - vernieuwing en ontwikkeling
 - maatschappelijk dividend
- Aan wie komen de gerealiseerde rendementen ten goede?
- Welke effecten heeft het voor uw klanten en hoe ervaren zij dat?
- Hoe duurzaam zijn de geboekte resultaten?
- Wat is de constantheid / continuïteit van dienstverlening, kwaliteit en services?
- Op welke wijze wordt deskundigheid en effectiviteit van handelen en vertrouwen geborgd?
- Welk ondernemend gedrag, van welke personen in de organisatie en daarbuiten, draagt bij aan succesvol maatschappelijk ondernemen?
 - De strategische vrijheid, zelfstandigheid van de businessunits waarin ondernemerschap centraal staat?
 - De mate waarin de focus ligt op de output en waar dat uit blijkt (omzet, kwaliteitsparameters, dividend)
 - De mogelijkheid van de klant om zelf te kunnen kiezen uit het aanbod op basis van transparante informatie over:
 - De dienst en wat het de cliënt kost om de dienst te verwerven

- De technische kwaliteit en performance (de wijze waarop de dienstverlening plaatsvindt)
- De services
- Wat voor effect heeft het op uw organisatie dat u zich positioneert als maatschappelijk ondernemer?

Relatie

- Hoe verhoudt het maatschappelijk ondernemen van uw organisatie zich met wet- en regelgeving in de zorg t.a.v. kwaliteit, toegankelijkheid, prijs, financiering, privacy, erkenning, bouw, fiscaliteit enz.?
- Pakt uw organisatie Maatschappelijk ondernemerschap alleen op of in samenspraak met een andere organisatie?
- Welke impact heeft u met uw diensten op de business van uw partners in de regio? . Hoe verhoudt u zich ten opzichte van uw partners?
- Welke marktkennis is er in uw organisatie aanwezig op welk functie niveau?
- Wat is uw visie op concurrentie en ondernemerschap in de zorg?
- Wat is uw visie op samenwerking en ondernemerschap in de zorg?

Tot slot

Wat zijn de grootste problemen die u hebt ervaren? Wat is uw belangrijkste boodschap aan ons?

Is er documentatie materiaal?

Geïnterviewde personen

- Gerton Heyne, lid raad van bestuur van de Reinier van Arkel groep.
- Hans v. Putten, algemeen directeur Thomas Huizen.
- John Bergs, voorzitter raad van bestuur Vitalis zorggroep.
- Kim Putters, universitair hoofd docent Erasmus universiteit Rotterdam, en lid van de Eerste Kamer.
- Redjinder Thakoersing, algemeen directeur RcR Centre.

8.2. Bijlage 2

Inhoudsopgave businessplan

Voorwoord

Samenvatting

1. Inleiding

- De aanleiding
- Het doel van het ondernemingsplan
- Leeswijzer

2. Omgevingsanalyse

- Ontwikkelingen nationaal
- De directe omgeving
- Huidige capaciteit
- Doelgroep analyse
- SWOT analyse

3. Positionering

- De missie
- Doelstellingen, strategie
- Product- en dienstenpakket

4. Inrichting van het expertise centrum

- Organisatie structuur
- Medewerkers en managementstijl
 - Medewerkers
 - Managementstijl
 - Cultuur

5. De financiën

- Levering van zorg uit de AWBZ en zorgverzekeringswet
- Concept begroting
- Kapitaalslasten voor vastgoed