



Foto: H. Beemsterboer

Zorgzwaartebekostiging Bedrijfsvoering in de achtbaan

Thesis MBA Health
Erasmusuniversiteit Rotterdam
Begeleider – dr. E. Breedveld
April 2009

Lia de Jongh – Saskia Keereweer – Gea Boessenkool

Inhoud

	Inhoud	2
	Voorwoord	4
1	Inleiding	5
1.1	Aanleiding	5
1.2	Doelstelling	6
1.3	Afbakening	6
1.4	Probleem- en vraagstelling	6
1.5	Onderzoeksopzet (in brede zin)	7
1.6	Leeswijzer	8
2	Zorgzwaartebekostiging	9
2.1	Inleiding	9
2.2	Aanleiding en historische context	9
2.3	De systematiek	11
2.4	Verschil huidige bekostiging en zorgzwaartebekostiging per sector	12
2.4.1	V&V sector	12
2.4.2	GGZ sector	13
2.5	Samenvattend schema	14
2.6	Invoering en status	16
2.6.1	Financiering	16
2.6.2	Gefaseerde invoering	16
2.6.3	Onderhandelbaarheid van prijzen	17
2.7	Samenvatting	17
3	Theoretisch kader	19
3.1	Inleiding	19
3.2	Strategie	19
3.2.1	Generieke strategieën	20
3.2.2	Ontwikkelrichtingen	24
3.3	Bedrijfsvoering	26
3.4	Samenvatting	28
4	Conceptueel model	30
4.1	Inleiding	30
4.2	Conceptueel model	30
4.3	Koppeling van generieke strategische keuzes en bedrijfsvoering naar ZZB	31
4.3.1	Kostenleiderschap	32
4.3.2	Klantintimiteit	33
4.3.3	Productleiderschap	35
4.4	Dilemma's en voortvloeiend uit de toepassing van het conceptueel model	37
4.5	Samenvatting	39

5	Onderzoeksopzet en methode	40
5.1	Inleiding	40
5.2	Data verzameling	40
5.2.1	Literatuuronderzoek	40
5.2.2	Semigestructureerde interviews	40
5.2.3	Interviews deskundigen	41
5.3	Wijze van analyseren	41
6	Beschrijving van het resultaat	42
6.1	Inleiding	42
6.2	Algemene bevindingen uit de interviews	42
6.2.1	Stand van zaken invoering zorgzwaartebekostiging	42
6.2.2	Opbrengst zorgzwaartebekostiging	43
6.3	Bevindingen ten aanzien van strategie	44
6.4	Ontwikkelrichting	45
6.5	Bevindingen ten aanzien van de bedrijfsvoering	46
6.6	Bevindingen ten aanzien van de dilemma's	51
7	Analyse	54
7.1	Inleiding	54
7.2	Analyse van de algemene bevindingen van de interviews	54
7.2.1	Analyse van de stand van zaken invoering	54
7.2.2	Analyse van de opbrengst van zorgzwaartebekostiging	55
7.3	Analyse van de bevindingen voor de keuze voor generieke strategie	57
7.4	Analyse ten aanzien van de ontwikkelrichting	58
7.5	Analyse ten aanzien van de bedrijfsvoering	60
7.6	In hoeverre komen de dilemma's uit in de praktijk	63
7.7	Analyse van de veronderstellingen	65
7.7.1	Samenhang tussen zorgzwaartebekostiging en strategie	65
7.7.2	Samenhang tussen zorgzwaartebekostiging en bedrijfsvoering	66
7.7.3	Omvang van organisaties	67
7.7.4	Klein of grootschalig	67
8	Conclusies, aanbevelingen en beschouwing	68
8.1	Inleiding	68
8.2	Onderzoeksvraag	68
8.3	Conclusies	69
8.4	Aanbevelingen	70
8.5	Tips van bestuurders	74
8.6	Beschouwing	75
	Nawoord	79
	Literatuurlijst	83
	Bijlagen	

Voorwoord

Financiering van de zorg staat al jaren in de belangstelling. Met de komst van de AWBZ in 1967 is een belangrijke stap gezet om onverzekerbare risico's in de gezondheidszorg voor alle Nederlanders te kunnen betalen. In de decennia daarna is de AWBZ echter steeds meer verworpen tot een verzameling van allerlei zaken die weliswaar te maken hebben met onverzekerbare risico's, maar met zorgverlening zelf niet altijd van doen hebben. Dit heeft geleid tot een AWBZ die op den duur niet meer betaalbaar is. Het herzien van de AWBZ staat dan ook volop in de aandacht.

Een herziening die enerzijds leidt tot een teruggang naar de oorspronkelijke doelstellingen van de AWBZ, met daarnaast een groeiende WMO en zorgverzekeringswet en anderzijds ook tot de essentiële vraag op welke wijze intramurale zorg gefinancierd dienen te worden. Gebeurt dit op bestaande parameters (gemiddelde prijs per bed) of op basis van de zorgzwaarte van de cliënt?

De afgelopen jaren hebben hiervan in het teken gestaan. Helder is dat met ingang van 2009 in de intramurale zorg gewerkt wordt met zorgzwaartepakketten, afgestemd op de individuele zorgzwaarte van de cliënt. Dit kan gezien worden als een revolutionaire ontwikkeling, die ons inziens vraagt om herziening van strategie en daarvan afgeleid de bedrijfsvoering. Wij vroegen ons af hoe de omschakeling naar zorgzwaartebekostiging door bestuurders ervaren wordt. Welke invloed heeft de stelselwijziging op hun generieke strategie, ontwikkelrichtingen en bedrijfsvoering en hoe laat zich dit in de praktijk vertalen?

Het resultaat van onze zoektocht ligt in deze thesis omschreven, waarbij we starten bij de oorsprong en eindigen met aanbevelingen van bestuurders in de zorg. De bevindingen waren soms opzienbarend, vaak herkenbaar. We menen te kunnen stellen dat door de invoering van zorgzwaartebekostiging de bedrijfsvoering van organisaties in een achtbaan doet belanden.

Onze thesis werd gemaakt in het kader van de afronding van de opleiding MBA Health aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Hierbij zijn wij gedegen begeleid door Dr. Elly Breedveld, die wij veel dank zijn verschuldigd voor haar kritische en constructieve begeleiding.

Saskia Keereweer
Lia de Jongh
Gea Boessenkool

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

Vanaf 1 januari 2009 wordt, via een gefaseerd model, het bekostigingssysteem voor de care sector in de gezondheidszorg gewijzigd van een budgetfinanciering naar een financiering op basis van de zorgzwaarte. In het nieuwe systeem krijgen instellingen geen geld voor de beschikbare capaciteit, maar voor de geleverde prestatie per cliënt. De hoogte van het beschikbare bedrag per cliënt wordt bepaald aan de hand van de zorgzwaarte van de cliënt.

Zorgzwaartebekostiging wordt ingevoerd omdat de huidige financiering van de AWBZ, naar het oordeel van het ministerie, te ondoorzichtig is voor de betrokken partijen én omdat de zorginstellingen met de bestaande regels onvoldoende worden gestimuleerd om met de cliënt duidelijke afspraken te maken over de levering van zorg¹.

De stelselwijziging vraagt een omslag in denken en handelen: de cliënt krijgt veel meer dan voorheen inzicht in datgene wat hij/zij van een instelling mag verwachten en krijgt de gelegenheid binnen bandbreedtes te kiezen (onderhandelen) voor de invulling van het zorgprogramma. Naar verwachting zal de invoering van zorgzwaartepakketten leiden tot kritischer cliëntèle, waardoor ook onderscheidend vermogen belangrijker wordt.

De omslag naar zorgzwaartebekostiging raakt alle ontwerpvariabelen die bij een organisatievraagstuk aan de orde komen en vraagt hierdoor van zorgaanbieders een zorgvuldige voorbereiding en de nodige aanpassingen in de bedrijfsvoering. De invoering van zorgzwaartebekostiging heeft niet alleen financiële effecten, maar stelt ook nieuwe eisen en biedt kansen aan een zorginstelling. De nieuwe bekostiging biedt mogelijkheden voor instellingen en cliënten. Wat instellingen en cliënten hierbij verenigt, is het doel van optimale kwaliteit van zorg binnen mogelijkheden van het zorgzwaartepakket. De systematiek biedt de cliënt inspraak en zeggenschap over de zorgverlening en biedt instellingen de mogelijkheid om de zorgvraag en het aanbod beter op elkaar af te stemmen. Hierbij biedt de systematiek de kans om de bedrijfsvoering van de organisatie te optimaliseren.

Binnen de gezondheidszorg zijn omslagen in (financiële) systemen vaak leidend om veranderingen binnen organisaties door te voeren. Hierbij kunnen inhoud en bedrijfsvoering nog wel eens op gespannen voet staan. Het is verleidelijk om de discussie te voeren over systemen en structuren en hierbij de strategische keuzes over te slaan. Het is de vraag in hoeverre de veranderende omgeving invloed heeft gehad op de strategie van organisaties. Het boeit ons om te bezien of en op welke wijze zorgaanbieders hun strategie als gevolg van de invoering van zorgzwaartebekostiging hebben aangepast en welke gevolgen dit heeft voor de bedrijfsvoering.

¹ HHM, Handboek veelgestelde vragen zorgzwaartebekostiging, versie 2.0, februari 2009

1.2 Doelstelling

Doel van het onderzoek was om tot aanbevelingen te komen voor bestuurders van zorginstellingen die te maken hebben met zorgzwaartebekostiging voor verbetering van strategisch beleid en bedrijfsvoering.

Dit doel is bereikt door, op basis van literatuuronderzoek, inzicht te geven in de kenmerken van de bekostigingssystematiek, de generieke strategische keuzemogelijkheden en ontwikkelrichtingen die voor handen zijn. Daarnaast is literatuuronderzoek gedaan naar consequenties voor alle ontwerpvariabelen ten aanzien van bedrijfsvoering. Vervolgens worden deze theoretische bevindingen in de praktijk gespiegeld. Dit doen we door elf organisaties te bezoeken en de bestuurders aan de hand van een gestructureerde vragenlijst te bevragen over het onderwerp strategie, bedrijfsvoering en bekostigingssystematiek. Daarnaast zijn vijf experts gevraagd om hun mening over enerzijds de invoering van de zorgzwaartebekostiging en anderzijds over de verkregen data.

Het resultaat van het onderzoek levert informatie en aanbevelingen op voor bestuurders die te maken hebben met de invoering van zorgzwaartebekostiging binnen hun organisatie.

1.3 Afbakening

Het onderzoeken van de zorgzwaartebekostiging is een zeer breed thema. Het raakt alle peilers van de organisatie: van de strategie tot operaties op de werkvloer. Daarnaast geldt de invoering van de zorgzwaartebekostiging voor meerderde sectoren. Afbakening van het onderwerp is dan ook noodzakelijk.

In het kader van deze thesis hebben wij er voor gekozen onze scope te beperken tot het onderzoeken van de mogelijke aanpassingen van de strategie van organisaties en de consequenties voor de bedrijfsvoering. Hierbij wordt opgemerkt dat bedrijfsvoering breed is opgevat en alle ontwerpvariabelen die relevant zijn bij organisatieveranderingen aan de orde komen.

De sectoren in het werkveld hebben we pragmatisch beperkt door het onderzoek te verrichten in de sectoren GGZ ouderen en de V&V sector. De argumentatie hiervoor dat wij binnen deze sector werkzaam zijn en daarom hier onze specifieke interesse ligt.

1.4 Probleem- en vraagstelling

Instellingen worden geconfronteerd met enorme ontwikkelingen op financieel gebied. Het lijkt er op dat dit nog niet doordringt bij organisaties en dat niemand zich druk maakt over de stelselwijziging. De invoering van zorgzwaartebekostiging vraagt van organisaties een omslag in denken en handelen. De overheid wil met de invoering van dit stelsel cliënten meer

zeggenschap en keuzemogelijkheden geven over het verblijf in een zorginstelling. Deze is echter begrensd door een onafhankelijk indicerend orgaan (CIZ), dat vaststelt welke zorgbehoefte een cliënt heeft en welke tijdsbesteding aan direct of indirect cliëntencontact moet worden besteed. De mate van beïnvloeding door het indicerende orgaan op de zorgvraag van de cliënt is groot. Daarnaast is het tarief, dat gekoppeld is aan de zorgzwaartepakketten, beperkt. Dit roept een aantal dilemma's en spanningsvelden waarop organisaties bij de invoering van zorgzwaartebekostiging een antwoord moeten vinden.

Het is de vraag of bij instellingen het besef over de consequenties van invoering van zorgzwaartebekostiging al doorgedrongen is. In 2009 wordt het al voelbaar op zowel het financiële vlak, als op het gebied van verantwoording. Wil je als instelling aan het roer blijven staan, dan is het noodzakelijk tijdig te anticiperen.

In deze thesis willen wij een antwoord geven op de vraag in hoeverre organisaties de confrontatie met de stelselwijziging aangaan en hoe zij hier vorm aan geven. De centrale vraag hierbij is in welke mate de invoering van zorgzwaartebekostiging invloed heeft op de generieke strategie van zorginstellingen en ontwikkelrichtingen en welke aanpassingen dit vraagt in de bedrijfsvoering.

1.5 Onderzoeksopzet (in brede zin)

Het onderzoek dat in deze thesis is uitgevoerd is verkennend van aard, waarbij op inventariserende wijze antwoord wordt verkregen op de onderzoeksvraag.

Allereerst is onderzoek gedaan naar de aanleiding en de historische context van de invoering van zorgzwaartebekostiging. Ook de systematiek zelf is bestudeerd, waarvoor o.a. beleidsdocumenten van het Ministerie van VWS en NZa als onderzoeksmateriaal is ingezet.

In de theoretische verdieping is onderzoek gedaan naar de generieke strategische keuzemogelijkheden en ontwikkelrichtingen die vanuit de theorie voor liggen, evenals de opties voor bedrijfsvoering.

De kennis die is opgedaan in de studie rond zorgzwaartebekostiging en theorie maakt het mogelijk om een koppeling tussen beiden te maken, die leidt tot veronderstellingen en dilemma's. Deze worden in het verkennend onderzoek ter bespiegeling aan bestuurders voorgelegd.

In het verkennend onderzoek is onderzocht in hoeverre zorgaanbieders hun strategische keuzes door de komst van de zorgzwaartebekostiging hebben aangepast en hoe zij anticiperen op de stelselwijziging. Hierbij komen naast strategische keuzes ook ontwikkelrichtingen aan bod, evenals de consequenties voor bedrijfsvoering en de dilemma's.

De thesis kent acht hoofdstukken en start na deze inleiding met een historisch overzicht in hoofdstuk twee. Hierin worden de achtergronden van de zorgzwaartebekostiging beschreven en wordt de systematiek nader toegelicht. In hoofdstuk drie wordt de lezer meegenomen in de theorie over generieke strategieën van Porter, Tracey en Wiersema en Weggeman. Verder komen ontwikkelrichtingen van Aaker aan de orde en wordt in dit hoofdstuk nader ingegaan op de theorie van de bedrijfsvoering.

Hoofdstuk vier staat in het teken van het ontwikkelde conceptueel model, dat toegepast is bij het verkennend onderzoek en waaraan de resultaten zijn getoetst. Hoofdstuk vijf omvat de omschrijving van de onderzoeksopzet van het verkennend onderzoek.

In hoofdstuk zes worden de resultaten van het onderzoek feitelijk verwoord, waarna deze in hoofdstuk zeven worden geanalyseerd.

Tenslotte zullen in hoofdstuk acht de conclusies worden weergegeven en eindigen we met conclusies, beschouwing en aanbevelingen.

2 Zorgzwaartebekostiging

2.1 Inleiding

Onze onderzoeksvraag richt zich op de invloed van zorgzwaartebekostiging op de generieke strategie, ontwikkelrichting en bedrijfsvoering. Alvorens deze vraag te kunnen beantwoorden is het van belang inzicht te verkrijgen in de achtergronden en systematiek van zorgzwaartebekostiging. In dit hoofdstuk beschrijven we achtereenvolgens de aanleiding en historische context, lichten we de systematiek toe en geven we inzicht in de verschillen tussen de sectoren V&V en GGZ. Tot slot geven we de wijze van invoering van de stelselwijziging weer en de fase waarin zich deze bevindt.

2.2 Aanleiding en historische context

De zorgzwaartebekostiging kent zijn oorsprong in het rapport ‘Bereidheid tot verandering²’, van Commissie Dekker, uit 1987. Hierin staat onder meer een pleidooi voor het vervangen van de instellingsfinanciering door een financiering op basis van functies, zodat flexibiliteit en zorg op maat mogelijk zou zijn. Tot 1 april 2003 waren de aanspraken in de AWBZ instellingsgericht omschreven. De aanspraak was bijvoorbeeld ‘zorg te verlenen door een verpleeginrichting’. De verzekerde zorg bestond feitelijk uit een vast totaalpakket, waarin weinig ruimte was om zorg op maat te leveren. Zo’n dichtgetimmerd geheel van aanspraken strookte niet meer met de toenemende mondigheid van de verzekerden. De modernisering van de AWBZ had tot doel het veld de vrijheid te geven, een aanbod te realiseren dat paste bij de wensen van de verzekerde. De instellingsgerichte aanspraken zijn met ingang van 1 april 2003 vervangen door zeven functiegerichte aanspraken:

1. huishoudelijke verzorging
2. persoonlijke verzorging
3. verpleging
4. ondersteunende begeleiding
5. activerende begeleiding
6. behandeling
7. verblijf

Deze zeven aanspraken worden ook ‘functies’ genoemd. Bepalend is niet welk type instelling de zorg levert, maar de inhoud en het doel. Elke functie heeft een globale inhoud, die vooral wordt bepaald door wat ermee moet worden bereikt. De functies hebben in 2003 hun beslag gekregen in het functiegericht indiceren.

² Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg Commissie Structuur en financiering gezondheidszorg (commissie-Dekker), Bereidheid tot verandering, Den Haag, 1987

Een echt functiegerichte uitvoering van de AWBZ is alleen mogelijk als de bekostiging daarop is toegerust. In de extramurale zorg zijn de prestatiebeschrijvingen op grond waarvan de zorg wordt bekostigd, gekoppeld aan de functies. Intramuraal is de bekostiging tot op heden nog instellingsgericht. De zorgzwaartebekostiging biedt wél de nodige flexibiliteit om een divers aanbod te realiseren, en de mogelijkheid om verschillende functies bij verschillende intramurale aanbieders te betrekken. Dit gaat dan op basis van hoofd- en onderaannemerschap.

In 2003 is een start gemaakt met het ontwikkelen van IZA's, Intramurale Zorgarrangementen. De grondslagen van de AWBZ liggen aan de basis van deze ontwikkeling. Om voor AWBZ zorg in aanmerking te komen moet er sprake zijn van een ziekte, aandoening, stoornis, handicap of beperking of probleem op grond waarvan de verzekerde is aangewezen op AWBZ zorg. Het hebben van een grondslag is een eerste vereiste om voor AWBZ zorg in aanmerking te komen. Er zijn zes grondslagen:

1. een psychogeriatrische aandoening of beperking
2. een psychiatrische aandoening of beperking
3. een verstandelijke handicap
4. een lichamelijke handicap
5. een zintuiglijke handicap
6. een psychosociaal probleem

In 2005 zijn 50 IZA's in kaart gebracht, uitgaande van cliëntcategorieën. De IZA's vielen niet goed in het veld. Enerzijds vond het veld het een ingewikkeld systeem geworden, maar ook omdat er in de cliëntcategorieën geen onderscheid gemaakt werd in het te leveren aantal uren zorg. Hierdoor kreeg de zorgzwaarte nog steeds geen concrete vertaling in uren zorg. De toenmalige staatssecretaris Ross besloot de IZA's te vervangen door ZZP's. Hiermee werd invulling gegeven aan de behoefte een eenvoudig systeem te realiseren wat recht deed aan het onderscheid in zorgzwaarte van de cliënt categorieën³.

Er zijn uiteindelijk 45 zorgzwaartepakketten (ZZP) vastgesteld voor de drie sectoren van de intramurale zorg; tien voor de sector Verzorging en Verpleging, zeven voor de sector Geestelijke Gezondheidszorg en 28 voor de sector Gehandicaptenzorg.

De doelen die ten grondslag liggen aan het oorspronkelijk nieuwe financieringssysteem hebben in meer of mindere mate hun beslag gekregen in de zorgzwaartebekostiging.

1. De cliënt centraal stellen en vraagsturing bewerkstelligen hebben hun beslag gekregen in het feit dat er niet meer per bezet bed betaald wordt, maar per geïndiceerde ZZP die toegespitst is op het ziektebeeld en de omstandigheden van de cliënt.
2. De persoonsvolgendheid heeft hiermee in aanleg ook zijn beslag gekregen. Het einddoel is echter dat de regionale contracteerruimte wordt ingeruild voor volledige inkoopmacht bij de cliënt. De weg wordt voor

³ Zorgzwaartebekostiging en convenant AWBZ 2005-2007, Kamerstuk, 29 september 2005

deze acties wel vrij gebaad maar de uiteindelijke invoering zal pas in de volgende kabinetsperiode plaats vinden.

3. Transparantie en eenheid van taal, hebben invulling gekregen in het zichtbaar maken van de verschillen tussen de ZZP's. De eenheid van taal is doorgevoerd voor alle intramurale instellingen in de gehandicaptenzorg, de GGZ en de Ouderenzorg.

2.3 De systematiek

Zorgzwaartebekostiging vervangt het huidige bekostigingssysteem van budgetfinanciering. In het nieuwe systeem krijgen zorginstellingen een geldbedrag per dag dat is afgestemd op de zorgbehoefte, uitgedrukt in de zorgzwaarte, van een cliënt.

De zorgzwaartebekostiging is er voor mensen die niet langer zelfstandig kunnen wonen en behoefte hebben aan een beschermde woonomgeving met continu toezicht en/of een therapeutisch leefklimaat. Deze groep ontvangt een volledig pakket AWBZ zorg, een ZZP. Een ZZP omvat het wonen, de zorg, diensten, en/of - als dat aan de orde is – dagbesteding en/of behandeling. In het nieuwe systeem krijgen instellingen geld voor de geleverde prestaties per cliënt. De prestaties worden uitgedrukt in het zorgzwaartepakket en beschrijft het type cliënt (een cliëntprofiel) en de omvang van de zorg (uren per week per functie). Elke ZZP heeft een maximale prijs. De ZZP's zijn gewogen gemiddelden, waarbij mensen met dezelfde ZZP, afhankelijk van hun persoonlijke situatie, een verschillende intensiteit van het zorgprogramma ontvangen, evenals een andere samenstelling van producten. Binnen de bandbreedte van het totaal aan producten met bijkomend aantal uren van de ZZP, kan theoretisch 100% gesubstitueerd worden. In de praktijk zal het er op neer komen dat alle producten wel geleverd zullen worden maar voor elke individuele cliënt anders samengesteld. Bij de V&V ZZP 9 is deze bandbreedte bijvoorbeeld het grootst, omdat bij revalidanten de eerste weken over het algemeen het meest intensief zijn. Deze intensiteit neemt af naar mate de tijd verstrijkt. Dit individuele zorgprogramma dient goed besproken te zijn met de cliënt en vastgelegd in de zorgovereenkomst.

Bij een verandering in de zorgzwaarte van de cliënt of bewoner is het de taak van de aanbieder dit te melden bij het CIZ. Zij zullen op basis van dit veranderingsverzoek een nieuw ZZP vaststellen. Op het moment dat de zorgzwaarte is afgenomen zal dit niet zo'n probleem zijn. Bij geleidelijke toename zal het CIZ de nieuwe ZZP overnemen of een steekproef doen. Bij extreme toename zal het CIZ in ieder geval willen beoordelen of het klopt en waarom de stijging zo snel is gegaan.

Het zorgkantoor zal de onderhandeling met de aanbieder op twee gebieden inzetten: het aantal ZZP's en de prijs. De tarieven van de NZa zijn maximale tarieven. De verwachting is dat de zorgkantoren automatisch lager inzetten en vervolgens wordt gekeken hoeveel de aanbieder erbij kan krijgen op basis van de geleverde prestaties. De zorgkantoren hebben een regionaal budget

waarvoor zij de zorg inkopen. Gedurende het exploitatiejaar is de productieafpraak leidend en dus niet de urenregistratie. Voor het zorgkantoor is het belangrijk dat de aanbieder een duidelijke beschrijving heeft van de zorgprogramma's binnen de ZZP's. Zij willen weten wat er geleverd wordt voor het tarief.

2.4 **Verschil huidige bekostiging en zorgzwaartebekostiging per sector**

Er zijn verschillen en overeenkomsten te constateren tussen de huidige wijze van bekostigen en de zorgzwaartebekostiging. De zorgzwaartepakketten kennen, in de drie sectoren waar deze wordt toegepast, een verschil in opbouw. In deze these worden de V&V- en GGZ sector belicht, de sector Verstandelijk Gehandicapten (VG) wordt niet verder uitgewerkt in het kader van de afbakening van deze thesis. In bijlage 1 zijn een aantal voorbeelden van.

2.4.1 **V&V sector**

De huidige indicatietoewijzing wordt beschreven in functies en klassen. Op basis van deze indicatie vindt een vertaling plaats naar de soorten van verblijf, waarbij grofweg een onderscheid wordt gemaakt tussen:

- Verzorgingshuiszorg
- Verzorgingshuiszorg, met een aanvullende indicatie voor verpleegzorg in het verzorgingshuis
- Verpleeghuiszorg, somatisch (kortdurend of chronisch),
- Verpleeghuiszorg, psychogeriatric

Ten aanzien van specifieke categorieën worden aparte indicaties en/of toeslagen afgegeven, bijvoorbeeld voor terminale zorg.

De huidige indicatietoewijzing maakt dus geen onderscheid in cliëntprofielen en zorgzwaarte. Binnen de zorgzwaartebekostiging wordt de indicatietoewijzing nog steeds beschreven in functies, maar niet meer vertaald in een vorm van verblijf maar in een ZZP. De ZZP beschrijft het cliëntprofiel en de omvang van de uren.

De V&V sector heeft tien Zorgzwaartepakketten: acht voor langdurende zorg en twee voor kortdurende zorg aan specifieke doelgroepen. Bij de langdurende zorg is er sprake van een oplopende reeks van zorgzwaarte. De reeks begint met ZZP 1 VV voor mensen die zich niet meer zelf thuis kunnen redden en loopt op naar ZZP 8 VV voor mensen met zware aandoeningen, die volledig zorgafhankelijk zijn en daarom intensieve verzorging en verpleging nodig hebben. De kortdurende pakketten zijn gericht op revalidatie (ZZP 9 VV) en palliatieve terminale zorg (ZZP 10 VV). In bijlage 2 is de intensiteit van de ZZP schematisch weergegeven, zodat een beeld wordt verkregen van het onderscheid tussen de verschillende pakketten.

De verantwoordingssystematiek blijft hetzelfde. De aanbieder dient inhoudelijk te voldoen aan de normen verantwoorde zorg, waarbij keuzevrijheid, eigen regie en veiligheid van de cliënt centraal staan. Verder zijn van toepassing de NZA beleidsregels en de eisen die contractueel zijn overeengekomen met het

zorgkantoor. Bij een BOPZ status moet de instelling voldoen aan de wettelijke eisen en de landelijke vastgestelde criteria hiervoor.

De persoonsvolgendheid van de bekostiging brengt met zich mee dat ook op persoonsniveau bekend moet zijn wat de zorgzwaarte van de betreffende cliënt is (in ZZP's) en de hoeveelheid zorg die de betreffende cliënt krijgt (in dagen zorg). De zorgaanbieder moet vanaf 1 juli 2009 per cliënt het aantal geleverde ZZP dagen en inclusief of exclusief dagbesteding en behandeling, zoals staat aangegeven op het budgetformulier van de NZa, kunnen verantwoorden. Deze wijze van verantwoording vormt het grote verschil met de huidige verantwoording per bezet bed.

2.4.2 GGZ sector

De GGZ kent op dit moment twee financieringsystemen voor zorg langer dan 365 dagen. Hier wordt onderscheid gemaakt tussen klinische zorg en BW zorg (Beschermd Wonen). In beide systemen wordt op dit moment al een onderverdeling gemaakt in zorgzwaartes, waarbij onderscheid wordt gemaakt in de volgende functies:

- Stabilisatie
- Woonrevalidatie
- Resocialisatie /rehabilitatie
- Behandeling en activering
- Gerichte behandeling en crisisinterventie (geldt niet voor BW zorg)

Voor beide systemen geldt dat op basis van de CIZ indicatie een zorgzwaarte aan de cliënt wordt toegekend, waarbij de functie gekoppeld wordt aan deze zorgzwaarte. Bij klinische zorg ligt de nadruk op behandeling. Deze kent negen zorgzwaartes. Bij BW zorg ligt de nadruk op begeleiding en kent acht zorgzwaartes. Aan functie en zorgzwaarte wordt in de huidige bekostigingsystematiek geen tijdeenheid of behandeldoel gekoppeld. Dit is bij zorgzwaartebekostiging wel het geval. In bijlage 3 en 4 is de huidige systematiek voor klinische zorg en BW schematisch weergegeven.

De tarieven voor klinische zorg en BW zorg verschillen, zowel in omvang als in samenstelling. Het tarief klinische zorg kent geen component kapitaallasten, deze worden nu nog nacalculerbaar vergoed. Het tarief BW zorg is een integraal tarief en kent wel een component kapitaallasten. Gezien het accent op behandeling is het tarief klinische zorg hoger dan de BW zorg.

Daarnaast is het mogelijk om bij BW zorg in specifieke gevallen een aparte indicatie en of toeslag te verkrijgen, bijvoorbeeld aanpassingen a.g.v. lichamelijke beperkingen. Deze toeslagen gelden niet voor de klinische verblijfslocaties voor oudere GGZ patiënten.

Met de komst van de zorgzwaartebekostiging vervalt het onderscheid tussen klinische zorg, langer dan 365 dagen, en BW zorg. Hiervoor in de plaats komen dertien zorgzwaartepakketten, die net als de V&V sector, een oplopende reeks van zorgzwaartes kennen. Ook hier wordt de zorg vertaald in een cliëntprofiel en omvang in uren en functies.

Er zijn zeven pakketten voor cliënten die gebruik maken van voortgezet verblijf, de zgn. ZZP - B en zes ZZP voor cliënten die verblijven met ondersteuning, de ZZP - C.

– ZZP – B

De B component bevat de geneeskundige zorg die in het kader van voortgezet verblijf dient te worden geboden. Voortgezet verblijf gaat gepaard met behandeling van specifiek medische, gedragswetenschappelijke of paramedische aard, gericht op herstel of voorkoming van verergering van de psychiatrische aandoening en al dan niet met persoonlijke verzorging, verpleging of begeleiding.

– ZZP – C

In deze pakketten ligt de nadruk op ondersteuning met verblijf. Zij bevatten niet de functies behandeling en verpleging met psychiatrische grondslag. In de omschrijving is dan ook aangegeven dat er geen behandelaar betrokken is bij de zorgverlening. Het kan voorkomen dat behandelaars geconsulteerd worden door een woonzorgteam, ten behoeve van het adviseren en bijstaan van medewerkers in het uitvoeren van hun taken. De kosten van deze tijd van behandelaars zijn opgenomen in de prijs van het integrale AWBZ pakket.

Voor cliënten met een indicatie ZZP-C- (cliënten die verblijven met ondersteuning) komt de eventuele individuele behandeling ten laste van de Zorgverzekeringswet (openen van een DBC).

In bijlage 5 is de intensiteit van de verschillende ZZP's schematisch weergegeven, zodat een beeld wordt verkregen van het onderscheid tussen de verschillende pakketten

De kapitaallasten voor zorg, gefinancierd uit zorgzwaartebekostiging, zullen voor de huidige klinische voorzieningen vooralsnog op basis van nacalculatie verrekend worden. De kapitaallasten voor BW zorg die onder de regeling KSWV (Kleinschalige Woonvoorzieningen) valt, zullen vooralsnog bekostigd blijven worden door het toepassen van het huidige vastgoedcomponent van deze regeling. BW zorg wordt dus gefinancierd uit de zorgzwaartebekostiging, aangevuld met de vastgoedcomponent uit de regeling KWSV.

Het is de intentie van de overheid om per 2011 instellingen zelf verantwoordelijk te maken voor de kapitaallastencomponent, waardoor aan de tarieven van de ZZP een component voor deze kostensoort wordt toegevoegd. Dit staat verwoord in de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi). De impact van dit besluit is echter dermate groot voor instellingen dat invoering al een aantal malen in uitgesteld. De definitieve ingangsdatum om instellingen zelf verantwoordelijk te maken voor hun kapitaallasten is nog niet vastgesteld.

2.5 **Samenvattend schema**

Samenvattend zien de verschillen en overeenkomsten tussen de huidige bekostigingsystematiek en de zorgzwaartebekostiging er tussen de beide sectoren als volgt uit:

Grondslag	Nvt	Verpleging en verzorging	Nvt	Psychiatrie
Profielen	Functies en klassen Verblijfsoort	Klantprofiel Zorgzwaarte Zorg in uren	Functies Zorgzwaartes	Klantprofiel Zorgzwaarte Zorg in uren
			Klinisch verblijf Beschermd wonen	
Pakketten	Geen	8 pakketten langdurig 2 pakketten kortdurende zorg	Geen	7 pakketten voortgezet verblijf 6 pakketten verblijf met ondersteuning
Indicatie	CIZ	CIZ	CIZ	CIZ
Klantinvloed	Niet gereguleerd	Participatie klant bij invulling zorgplan Substitutie van functies mogelijk	Niet gereguleerd	Participatie klant bij invulling zorgplan Substitutie van functies mogelijk
Tarief	1 tarief, ongeacht zorgzwaarte Toeslagen Kapitaallasten nacalculeerbaar	Tarief o.b.v. zorgzwaarte	Klinisch - nacalculeerbaar	Tarief o.b.v. zorgzwaarte Geen toeslagen ZP – C kan gecombineerd worden met DBC Kapitaallasten deels nacalculeerbaar, deels vergoed uit component KSWV tot uitvoering WTzi
		Geen toeslagen	BW zorg - Kapitaallasten niet nacalculeerbaar	
Verantwoording naar zorgkantoor	op basis van verpleegdagen en dagdelen	Aantal ZP Soort ZP Zorgovereenkomst Zorgplan	Op basis van verpleegdagen en zorgzwaarte	Aantal ZP Soort ZP Zorgovereenkomst Zorgplan
Risico's inkomstenderving	Lege plaatsen levert geen inkomsten	Geen budgetgarantie door fluctuaties in zorgzwaartes	Gegarandeerd budget	Geen budgetgarantie door fluctuaties in zorgzwaartes

De ambitie is uiteindelijk met een zogenaamd cliëntvolgend budget te gaan werken. Hierbij wordt direct aan de cliënt een budget of vouchers uitgekeerd zodat deze zelf kan kiezen waar, wanneer en door wie hij verzorgd of verpleegd wordt. De inkoopmacht moet in zijn geheel overgeheveld gaan worden naar de cliënt. Om dit te kunnen realiseren moet er in ieder geval sprake zijn van een robuuste indicatie en een duidelijke beschrijving van waar men recht op heeft, een zogenaamde ‘glasheldere polis’.

2.6 Invoering en status

2.6.1 Financiering

De invoering van de zorgzwaartebekostiging gebeurt geleidelijk, zodat alle betrokken partijen zich kunnen voorbereiden. In 2006 is gestart met de voorbereiding. In 2007 is de zorgzwaarte van alle cliënten in beeld gebracht. In 2008 is schaduw gedraaid om instellingen en cliënten vertrouwd te maken met de ZZP's en te anticiperen op de financiële effecten. Vanaf 1 juli 2009 dient daadwerkelijk in ZZP geregistreerd te worden.

De invoering van de zorgzwaartebekostiging vindt plaats binnen de bestaande uitvoeringsstructuur van de AWBZ met onder andere een regionaal budget, contracteerplicht voor de intramurale zorg en met een zorgplicht voor het zorgkantoor. Voor in 2008 toegelaten intramurale instellingen zal de invoering van de zorgzwaartebekostiging met ingang van 1 januari 2009 voor het eerst (beperkte) financiële gevolgen hebben. Om in 2009 vast te kunnen stellen wat het verschil is tussen het oude budget en het nieuwe ZZP budget worden de oude bekostigingsparameters nog in stand gehouden. Nieuwe intramurale zorgaanbieders die voor het jaar 2008 geen productieafspraken hebben gemaakt of die in 2009 voor het eerst worden toegelaten, worden enkel bekostigd op basis van ZZP tarieven. In 2010 worden deze oude bekostigingsregels volledig afgeschaft. De financiële effecten zullen stapsgewijs vanaf 2009 in drie jaar doorgevoerd worden. Dit geeft zorgaanbieders de gelegenheid om de bedrijfsvoering aan te passen.

De contracteerplicht blijft overigens gedurende het herallocatietraject gehandhaafd, om zo de spelregels zoveel mogelijk stabiel te houden. De verwachting is dat na het herallocatietraject de contracteerplicht wordt afgeschaft.

2.6.2 Gefaseerde invoering

Zorgkantoren en zorgaanbieders konden tot maart 2009 afspraken indienen op grond van de oude bekostigingsregels en een overzicht van de zorgzwaartepakketten. De zorgautoriteit heeft zowel een budget vastgesteld op grond van die oude parameters, als een budget op basis van de ZZP parameters. Vervolgens is voor iedere intramurale zorgaanbieder eenmalig het verschil tussen dat oude en het nieuwe, ZZP budget vastgesteld. Dit verschil wordt het herallocatiebedrag genoemd. Het herallocatiebedrag geeft inzicht in de op- of afbouw van het budget van de desbetreffende zorgaanbieder met ingang van

2009 en geldt voor het gehele herallocatietraject tot en met 2011. Dit ziet er als volgt uit:

2009: de afbouw bedraagt maximaal 2% van het budget in oude bekostigingsparameters

2010: de afbouw is maximaal 6% (de 2% in 2009 met daarbovenop 4% in 2010)

2011: de afbouw is maximaal 13% (de 6% in 2010 met daarbovenop de 7% in 2011)

Voor instellingen die meer dan 13% moeten afbouwen kan de zorgautoriteit een maatwerkregeling toepassen. Deze afspraak wordt in 2009 gemaakt en toegepast voor de gehele afbouw periode. De NZa voert reeds vanaf november 2008 gesprekken met instellingen waarvan nu al duidelijk is - op basis van de derde ronde productieopgaven (oktober 2008) - dat zij er meer dan 13% op achteruit gaan. In mei 2009 krijgt iedere instelling inzicht in zijn volledige afbouwtraject (2009-2011).

2.6.3 Onderhandelbaarheid van prijzen

Om te voorkomen dat zorginstellingen in één jaar met teveel financiële veranderingen en een mogelijk te hoge financiële druk te maken krijgen heeft staatssecretaris Bussemaker besloten om in 2009 een vast budget te hanteren⁴. Deze vaste budgetten in 2009 verhinderen dat over de omvang van de herallocatie of de prijs van de zorg extra onderhandeld gaat worden tussen zorgaanbieder en het Zorgkantoor. Hierdoor kan de zekerheid en duidelijkheid van een uniform vastgesteld herallocatietraject niet door de tariefonderhandelingen tussen zorgkantoor en zorgaanbieder worden aangetast. Vanaf 2010 zal de NZa een maximaal onderhandelingspercentage van 2% hanteren, zodat zorgkantoren met zorgaanbieders kwaliteitsafspraken kunnen maken.

Voor 2009 tot en met 2011 ziet het financiële effect voor de instellingen er als volgt uit:

	Herallocatie	Onderhandelingsruimte over de prijs
2009	2%	-
2010	6% (=2% uit 2009+ 4%)	2%
2011	13% (=6%uit 2010 + 7%)	2%

2.7 Samenvatting

Zorgzwaartebekostiging vervangt per 1 januari 2010 de huidige kostensystematiek voor alle intramurale instellingen in de gehandicaptenzorg, de GGZ en de Ouderenzorg. Doel is om vraagsturing te bewerkstelligen, de beschikbare middelen eerlijker te verdelen naar individuele zorgbehoefte en transparantie en eenheid van taal te verkrijgen. De zorgzwaarte vertaalt zich in een zorgzwaartepakket, waarin het type cliënt en de omvang van zorg in uren

⁴ Voortgangsrapportage zorgzwaartebekostiging, 18 november 2008, Ministerie van VWS

en functies is beschreven. Elke sector heeft zijn eigen zorgzwaartepakketten, waarbij de V&V er tien kent en de GGZ dertien. Deze laatste is onderverdeeld in een ZZP-B, waarin het accent op behandeling ligt en ZZP-C waarin begeleiding op de voorgrond staat.

Het verschil tussen de huidige en toekomstige bekostigingsystematiek is gelegen in het feit dat afscheid genomen wordt van de budgetfinanciering: instellingen hebben geen gegarandeerde inkomsten meer. Zij moeten zich instellen op een mondiger cliënt, met wie zij een zorgovereenkomst aangaan en door middel van een zorgplan het resultaat moeten behalen en verantwoorden. Op basis van deze prestatie worden instellingen gefinancierd.

De zorgzwaartebekostiging wordt gefaseerd ingevoerd. Cliënten worden nu al geïndiceerd op basis van cliëntprofielen, zorginstellingen moeten zich per 1 juli 2009 verantwoorden op basis van de nieuwe systematiek en worden vanaf 1 januari 2010 gefinancierd op basis van de zorgzwaartebekostiging. Het risico voor instellingen wordt beperkt door het verschil tussen huidige en toekomstige inkomsten gefaseerd af te bouwen. Per 1 januari 2012 zullen instellingen voorbereid moeten zijn om met het door het NZa vastgestelde tarief te doen.

Zorgzwaartebekostiging gaat verder dan alleen financiering en vraagt om een verandering in denken bij zorgaanbieders. Het gaat hierbij verder dan een administratieve handeling. Instellingen zijn niet gewend om op individueel niveau zorg te leveren en hier ook afspraken over te maken. De kanteling vraagt om herbezinning op strategisch, tactisch en operationeel niveau.

In de volgende hoofdstukken zullen wij op basis van theorie bezien welke opties instellingen hebben op dit gebied en in welke mate zorgzwaartebekostiging invloed heeft op deze drie niveaus.

3 Theoretisch kader

3.1 Inleiding

Om de onderzoeksvraag, welke invloed zorgzwaartebekostiging op de strategische keuzes die gemaakt worden in V&V en GGZ organisaties, te kunnen beantwoorden, zal allereerst het begrip strategie worden toegelicht en de theorie voor het maken van strategische keuzes beschreven worden. Er wordt onderscheid gemaakt in de volgende onderdelen: generieke strategie, ontwikkelrichting en de wijze van invoering. De theorie van Porter, Treacy en Wiersema en Weggeman wordt als onderbouwing gebruikt bij het onderdeel generieke strategieën. Ten einde de uitkomsten van het verkennend onderzoek op het gebied van ontwikkelrichtingen en het thema portfolio te spiegelen aan een theoretisch kader, wordt de theorie van Aaker uiteengezet. De wijze van invoering wordt in deze scriptie buiten beschouwing gelaten.

Vervolgens wordt de stap gemaakt naar de bedrijfsvoering, om zo later antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag welke invloed zorgzwaartebekostiging heeft op de bedrijfsvoering. Aan de hand van het organisatiemodel van Weggeman, gebaseerd op het 7S model van McKinsey, wordt dit onderdeel toegelicht. Vanuit de theoretische verdieping wordt het conceptueel model ontwikkeld, dat in het volgende hoofdstuk zal worden beschreven. Dit zal als kapstok zal dienen voor het verkennend onderzoek.

3.2 Strategie

Voortvloeiend uit de missie en visie volgt de strategie van de organisaties. De strategie geeft antwoord op de vraag hoe het geformuleerde doel gerealiseerd wordt. Hier gaat het om een impliciete of expliciete omschrijving die de organisatie wil volgen om het gestelde doel te bereiken en van de manier waarop die weg in de tijd afgelegd wordt, een gefaseerd actieplan⁵. Het volbrengen van deze strategie heeft alleen kans van slagen als het breed gedragen wordt. Mathieu Weggeman spreekt hier over de collectieve ambitie. Deze ambitie zal op alle lagen van de organisatie voelbaar moeten zijn en voor elke laag concreet gemaakt moeten worden, ten einde het gezamenlijke doel te behalen.

Bij het maken van strategische keuzes is het van belang om onderscheid te maken tussen drie aparte aspecten van de strategie:

1. De generieke strategie, de basis waarop de organisatie wil concurreren of excellentie wil behouden;
2. De verschillende richtingen die een organisatie kan kiezen om de strategie te ontwikkelen;

⁵ Weggeman M., leidinggeven aan *professionals?*, *Niet doen!* 2007, Scriptum Schiedam).

3. De verschillende methoden waarmee een ontwikkelingsrichting bereikt kan worden.

In de volgende paragrafen werken we de eerste twee aspecten uit. Bij het derde aspect gaat het om de wijze waarop men de strategie wil bereiken (zoals bijvoorbeeld middels interne ontwikkeling, allianties of fusies). Hoewel dit zeer van belang is, valt dit buiten het kader van deze these. Immers, wij onderzoeken wat het effect is van de invoering van de zorgzwaartebekostiging op de generieke strategieën. De wijze waarop de strategie bereikt wordt is twee stappen verder. De verwachting is dat organisaties, als zij al als gevolg van de invoering zorgzwaartebekostiging hun generieke strategie gaan aanpassen, nog niet zover zijn dat al iets gezegd kan worden over de wijze waarop zij de strategie denken te gaan bereiken.

3.2.1 **Generieke strategieën**

Michael Porter⁶ heeft aan de wieg gestaan van de ontwikkeling van de generieke strategieën. Hij deed dit aanvankelijk in het bedrijfsleven en benoemde drie concurrentie strategieën:

- Kostenleiderschap
- Differentiatie
- Focus

Ad. A. Kostenleiderschap

Kostenleiderschap is erop gericht tot een algemene kostenvoorsprong op de concurrentie te komen. Het doel daarbij is de producten of diensten tegen de laagst mogelijke kosten op de markt te brengen. Hierbij wordt er een combinatie geleverd van kwaliteit, prijs en service die niemand in de markt beter kan doen. Er wordt niet gefocussed op innovatie of de beste service voor de klant.

Ad. B. Differentiatie

Deze strategie bestaat uit het differentiëren van het producten of dienstenpakket. Doel ervan is een product of dienst op de markt te brengen waarmee men zich onderscheidt van de producten of diensten van de concurrent. Differentiatie kan letterlijk op alle mogelijke terreinen, zoals techniek, klantenservice, logistiek of prijs. Differentiatie resulteert in een grotere klantentrouw en daardoor een lagere prijsgevoeligheid.

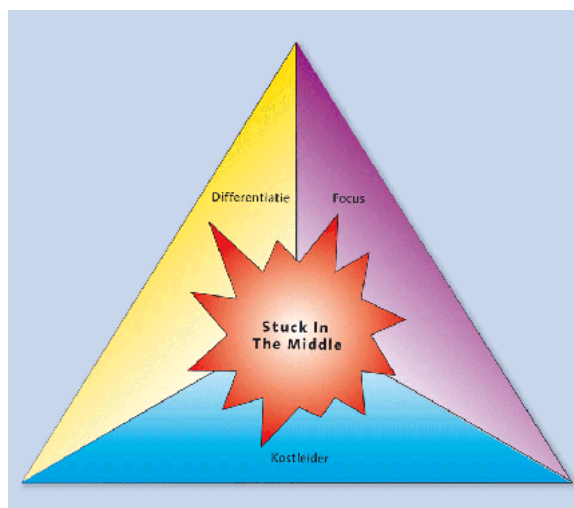
Differentiatie leidt ook tot grotere toetredingsdrempels. Door de unieke eigenschappen van het product en de klantentrouw ontstaan er voor nieuwe concurrenten extra hindernissen.

Ad. C. Focus

Een focusstrategie bestaat uit de gerichtheid op een bepaalde groep kopers, een segment van de productlijn of geografische markt. Door een focusstrategie te kiezen kan een bedrijf bovengemiddelde resultaten boeken. Daarnaast kan de focus worden gebruikt om doelgroepen uit te zoeken die het minst kwetsbaar zijn voor substituten of waar de concurrentie het zwakst is.

⁶ Porter, M.: Concurrentiestrategie, 1998, Wolters-Noordhof Groningen

De drie generieke concurrentiestrategieën vormen verschillende benaderingen om de concurrentie het hoofd te bieden en om een meer dan gemiddelde winstgevendheid te behalen. Een bedrijf dat geen keuze kan of wil maken, valt volgens Porter tussen wal en schip ('*Stuck in the middle*' – figuur 1). Een dergelijk bedrijf is welhaast verzekerd van een lage winstgevendheid. Grote klanten zullen lagere prijzen afdwingen, met als resultaat dat het bedrijf ofwel inteert op de marge of dat de klant wegloopt. Het zal klanten die een hoge marge opleveren, verliezen aan concurrenten die zich succesvol hebben gedifferentieerd.



Figuur 1. Concurrentiestrategieën Porter

In het basisconcept van Porter over generieke strategieën pleit hij voor het kiezen van een generieke strategie. In zijn boek *Redefining Healthcare*⁷ heeft hij zijn theorie toegepast op de Amerikaanse Gezondheidszorg. Porter kiest in dit boek voor de insteek dat er vaak sprake is van een mix van strategieën, waarmee hij feitelijk de theorie rond '*stuck in the middle*' verlaat. Hij pleit hierin voor het centraal stellen van de waarde voor de klant, de gezondheid. Volgens Porter streven instellingen nog weinig naar waarde voor patiënten. Porter pleit ervoor dat alle spelers (instellingen, verzekeraars, werknemers, leveranciers, consumenten en overheden) hun strategieën, uitvoerende taken en organisatiestructuren opnieuw kunnen definiëren om verbeteringen in de gezondheidszorg tot stand te brengen. Uitgangspunt is waardegedreven ondernemen. Waarde daarbij is de gerealiseerde gezondheidsuitkomst per uitgegeven euro. Voor de cliënt ontstaat pas keuzevrijheid wanneer zorgaanbieders onderscheidende transparante aanbiedingen doen op het betreffende (ziekte)beeld van de cliënt. Voor Nederland heeft Minister van VWS, Dr. A. Klink, deze handschoen opgepakt en dientengevolge heeft er, door een denktank, een verkenning plaatsgevonden van de wenselijke richting van de Nederlandse gezondheidszorg⁸. Deze denktank kwam tot de conclusie dat de Nederlandse zorg wordt geleverd in een model waar partijen nog altijd beperkt financieel risico lopen. De focus ligt vooral op kostenbeheersing en minder op

⁷ Porter & Teisberg - *Redefining Health Care*, Harvard Business School Press, 2006

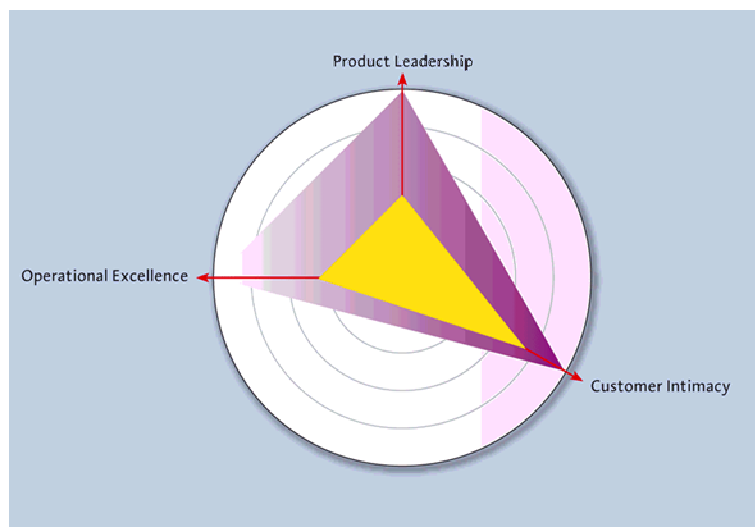
⁸ Boer & Croon – *Naar een waardecreatie in de zorg*, 2008

verbeteren van kwaliteit en doelmatigheid van de zorg. Om de zorg te verbeteren is zicht op waarde van de zorg noodzakelijk. Dit beeld is er nog onvoldoende.

Tracey en Wiersema⁹ gaan door op theorie van Porter en hebben het in dit opzicht over generieke waardedisciplines:

Operationele voortreffelijkheid of excellentie (bij Porter kostenleiderschap genoemd)

- Product
- Klantenpartnership (customer intimacy)
- Klantenpartnerschap (customer intimacy)



Figuur 2. Generieke waardedisciplines Tracey en Wiersema

Tracey en Wiersema geven aan dat de keuze voor een waardediscipline bepalend is voor de verdere plannen en beslissingen van een bedrijf. De gekozen waardediscipline tekent de gehele organisatie, van de bedrijfscultuur tot het publieke imago. In figuur 2 zijn de disciplines weergegeven.

Kort samengevat heeft het werkmodel van organisaties die kostenleiderschap als waardediscipline hebben de volgende karakteristieken:

- De doorloop van en product is ‘end-tot-end’ geoptimaliseerd en gestroomlijnd om kosten en problemen te minimaliseren.
- Activiteiten zijn gestandaardiseerd, vereenvoudigd, strak gecontroleerd en centraal gepland, waarbij beslissingen worden overgelaten aan lager management.
- Managementsystemen hanteren vaste normen en zijn gericht op snelle transacties die vastliggen en op elkaar zijn afgestemd.
- Een bedrijfscultuur waarin efficiëntie wordt beloond en verspilling verafschuwd.

Bij productleiderschap zien de karakteristieken van het gebruikte werkmodel er als volgt uit:

⁹ Tracey, M en Wiersema, F.: De discipline van marktleiders, Scriptum Management, 2007

- De focus ligt op onderzoek en design en op de exploitatie van de markt.
- Er is sprake van een losse ad hoc organisatiestructuur die voortdurend wordt aangepast aan nieuwe ondernemingsplannen en koerswijzigingen, die karakteristiek zijn voor het werken op onontgonnen terrein.
- Resultaatgerichte managementsystemen die het succes van een product evalueren en belonen, en die ruimte bieden voor experimenten.
- Een bedrijfscultuur die de prestaties en de fantasie van het individu stimuleert, en die onverwachte ideeën en een toekomstmentaliteit aanmoedigt.

De karakteristieken van het werkmodel van de waardediscipline klantenpartnerschap zijn:

- Een grote nadruk op de kernprocessen: “solution development”(dat wil zeggen het helpen van de klant bij het begrijpen wat er nodig is), resultaatmanagement (er voor zorgen dat wat nodig is correct wordt geïmplementeerd), en relatiemanagement.
- Een organisatiestructuur die de beslissingsbevoegdheid delegeert aan de mensen die het dichtst bij de klant zitten.
- Een managementsysteem dat zich richt op een goed geselecteerde, met veel zorg omgeven klantenkring.
- Een bedrijfscultuur die is ingesteld op specifieke in plaats van algemene maatregelen en op langdurige goede relaties met klanten.

Weggeman, gaat weer verder op de theorie van Porter en Treacy en Wiersema. Hij benadrukt vooral dat de organisatie op alle drie de strategische keuzes een acht moet scoren en op een van de drie generieke strategieën een tien. De tien maakt het onderscheid. Weggeman schrijft¹⁰: “We leven in een én-én-tijd. De moderne klant wil producten en diensten die én goedkoop én innovatief zijn én precies zijn afgestemd op zijn individuele behoeften. Kennisintensieve organisaties hebben geen markten meer, alleen nog klanten met een naam.” Dit betekent dat er drie factoren tegelijk en voortdurend van belang zijn: klantgerichtheid (Customer Intimacy), efficiëntie (Operational Excellence of kostenleiderschap) en innovatie (Product, Technological or Service Leadership, afhankelijk van wat in de organisatie centraal staat).

Deze visie van Weggeman wordt eveneens benadrukt door Van Assen c.s.¹¹ die stellen: ‘Het model van Treacy en Wiersema is letterlijk en figuurlijk eenzijdig’. En ‘excellente bedrijven doen meer dan zich alleen te verbeteren op die discipline waarin ze al excelleren en steeds net te voldoen aan de minimale markteisen aan de andere waardedisciplines. Zij bezitten een onderscheidend vermogen om hun leervermogen te vergroten en te versnellen.’

Uiteindelijk gaat het om het creëren van meerwaarde voor de klant. In onderstaand schema¹² staat beschreven hoe er vanuit het klantperspectief gekeken kan worden naar de drie verschillende generieke strategieën.

¹⁰ Weggeman, M. Leidinggeven aan professionals? Niet Doen! Scriptum, 2007

¹¹ Van Assen, M., Noremans, R, Wigman, J.: Operational excellence nieuwe stijl. Academic Service, 2007, blz. 25

¹² Tracey, M., F. Wiersema, De discipline van marktleiders: Kies uw klanten, verklein uw focus en domineer uw markt, Scriptum books, 1995.



Figuur 3. Klant- en intern perspectief

In figuur 3. wordt aangegeven wat vanuit de theorie en vanuit het perspectief van de klant van belang is bij de drie generieke waardedisciplines.

3.2.2 Ontwikkelrichtingen

Een organisatie kan op verschillende manieren richting kiezen om haar generieke strategie te bereiken. Aaker¹³ zegt hierover dat organisaties zich in eerste instantie richten op het verbeteren van prestaties door middel van schaalverkleining, herstructurering, alternatieve toepassingen van bedrijfsmiddelen en vermindering van kosten. Voorbeelden hiervan zijn het inzetten van efficiencyverhogende acties bij de productie of een vermindering van de inzet van staf. Uiteindelijk komt men tot het besef dat het rendement van deze acties af gaat nemen. Er ontstaat een groeiende bewustwording dat de weg naar betere resultaten ook een vernieuwende nadruk op de groei met zich mee dient te brengen. Het is eenvoudiger leuker en meer stimulerend om groei te verwezenlijken dan om de productiviteit te vergroten. Aaker¹⁴ beschrijft, op basis van de productmarkt matrix, een aantal groeirichtingen (figuur 5. groeistrategieën).

¹³ David A. Aaker – Marktgericht strategisch beleid, 6^e herziene druk, 2002

¹⁴ Aaker, D.A., Marktgericht strategisch beleid, zesde herziene druk, Sdu Uitgevers, 2005

Alternatieve groeistrategieën (model volgens Aaker)		
	Bestaande producten	Nieuwe producten
Bestaande markt	1. Groei op bestaande productmarkten <ul style="list-style-type: none"> – Groter marktaandeel – Toename productgebruik – Toename gebruiksfrequentie – Toename gebruikshoeveelheid – Nieuwe toepassingen voor huidige gebruikers 	2. Productontwikkeling <ul style="list-style-type: none"> – Toevoegen productaspecten, productverfijning – Ontwikkeling nieuwe generatie van producten – Ontwikkeling nieuwe producten voor dezelfde markt
Nieuwe markt	3. Marktontwikkeling <ul style="list-style-type: none"> – Geografische uitbreiding – Nieuwe segmenten aanboren 	4. Diversificatie, nieuwe producten en nieuwe markten <ul style="list-style-type: none"> – Verwante – Niet- verwante
Verticale integratie	5. integratiestrategieën <ul style="list-style-type: none"> – Verticale integratie – Voorwaartse integratie – Achterwaartse integratie 	

Figuur 5. Groeistrategieën Aaker

1. Groei op bestaande productmarkten

Deze vorm wordt gerealiseerd door vergroting van het marktaandeel door omzet bij de concurrentie weg te halen. Ook kan dit worden gerealiseerd door het productgebruik door de consument te doen toenemen. Dit kan worden bewerkstelligd door allerlei tactische acties, zoals reclame, prijsverlagingen en dergelijke waarmee de consument wordt bereikt.

2. Productontwikkeling

Vanuit de optiek van het product kunnen ook aanpassingen plaatsvinden. In wezen hebben deze aanpassingen als doel om de consument te overtuigen dat een product is verbeterd of is uitgebreid. Ook het toevoegen van nieuwe producten aan bestaande markten is een vorm van productontwikkeling. Aaker geeft hierbij als voorbeeld dat een fabrikant van skischoenen zich ook gaat toeleggen op ski's of skikleding. Dit fenomeen is ook zichtbaar bij (thuis)zorgorganisaties, die andere serviceproducten gaan aanbieden.

3. Marktontwikkeling

Geografisch uitbreiden is de meest voor de hand liggende vorm hiervan. Met behulp van dezelfde expertise, technologie en operationele voorzieningen kan in een groter afzetgebied worden voorzien. Uiteraard leidt dit tot schaalvoordeel. Een meer ingewikkelde vorm is het uitbreiden van de activiteiten naar nieuwe marktsegmenten. Dit kan door zich specifiek te richten op de niet-gebruikers of door bepaalde distributiekanaalen te openen (bijv. een bepaald product aanbieden via een school).

4. Diversificatie

Diversificatie houdt in dat een bedrijf zich richt op een productmarkt, die verschilt van de oorspronkelijke. Er is sprake van een verwante productmarkt wanneer er wel belangrijke overeenkomsten zijn tussen de verschillende productmarkten. Hierdoor kunnen schaalvoordelen optreden. Bij een niet-verwante productmarkt zijn er geen overeenkomsten tussen de productmarkten. Het doel van deze productmarkt is over het algemeen financieel van aard.

5. Integratiestrategieën

Een andere mogelijke groeirichting is de verticale integratie. Hierbij gaat het om groei in de richting van de bedrijfskolom. Achterwaartse integratie richt zich op de grondstoffen, cq. de toeleveranciers ten behoeve van het oorspronkelijke product. Dit betekent dat de organisatie zelf zich gaat richten op de markt van de toeleverancier. Bijvoorbeeld een intramurale organisatie verruimt haar werkterrein naar woningbouw. Of men levert dagverzorging en doet ook het vervoer zelf. Voorwaartse integratie richt zich op de uitlevering, cq. de distributie van het product. Een voorbeeld hiervan zijn de thuiszorgwinkels. Een bijkomend voordeel is dat op deze wijze een grotere beheersing van het productsysteem kan ontstaan. Nadeel is wel dat men zich beweegt op een markt die afwijkt van het oorspronkelijke product, met mogelijk alle nadelige gevolgen van dien.

3.3 Bedrijfsvoering

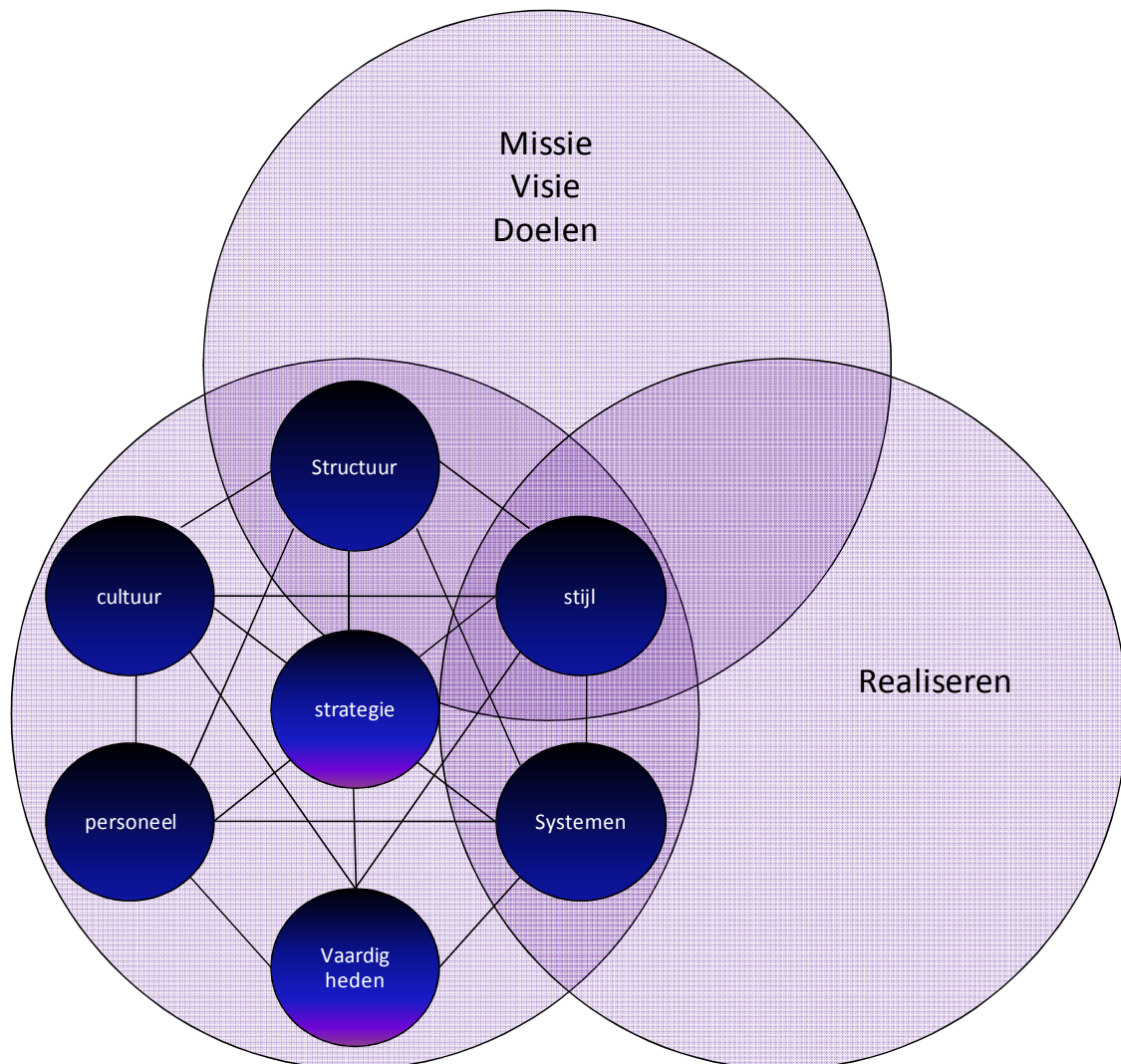
De keuze van een strategie is bepalend voor de verdere plannen en beslissingen van een organisatie. De gekozen strategie tekent de gehele organisatie, van de bedrijfscultuur tot het publieke imago. Wanneer er voor een bepaald aanbod wordt gekozen – en dus ook voor het achterliggende werkmodel – dan wordt daarmee de essentie van het bedrijf bepaald. De samenhang en de verfijning van het werkmodel is datgene wat marktleiders onderscheidt van hun concurrenten.

Er zijn verschillende definities van de term ‘bedrijfsvoering’. Het lexicon van Boer & Croon definieert deze als ‘de wijze waarop het bedrijf geëxploiteerd wordt: de manier waarop de bedrijfsprocessen van een bedrijf worden bestuurd en uitgevoerd met inbegrip van de resulterende producten en diensten en de externe relaties met klanten, leveranciers, partners en anderen¹⁵). Weggeman, Wijnen en Kor spreken van ‘organiseren’: het creëren van condities die de organisatie in staat stellen om diensten en producten voort te brengen, waarmee de doelen gerealiseerd worden¹⁶. In dit organisatieproces wordt gebruik gemaakt van zeven met elkaar samenhangende ontwerpvariabelen: strategie, structuur, systemen, managementstijl, personeel, vaardigheden en cultuur. McKinsey plaatste deze ontwerpvariabelen in een model: het 7S model genoemd, waarmee de complexiteit van een organisatie ontleed kan worden.

¹⁵ Corporate Finance Lexicon, Boer en Croon, vijfde druk, februari 2007

¹⁶ Weggeman, M., Wijnen, G., Kor, R., ondernemen binnen de onderneming, deventer Kluwer, 2005

Het 7S model van McKinsey geeft minder aandacht aan de relatie met de omgeving en realisatie van doelen. Weggeman e.a. ontwikkelde het model door, waarbij de kern van het model (organiseren) een bewerking is van het 7Smodel van McKinsey (figuur 6). Deze is uitgebreid met een format van beschrijvingen van primaire en secundaire processen (realiseren). De relatie met de omgeving krijgt meer aandacht door de introductie van de begrippen missie, visie en doelen, waardoor een meer integraal model is ontstaan.



Figuur 6. Model Weggeman e.a.

De kern van het model (1. organiseren) is een bewerking van het 7S raamwerk van McKinsey. Dit bevat zeven factoren, waarin de complexiteit van een organisatie ontleed kan worden. De kern is uitgebreid met een format voor het beschrijven van primaire en secundaire processen (2. realiseren) ten behoeve het analyseren en ontwerpen van een organisatie. De relatie met de omgeving krijgt aandacht door het toevoegen van de derde cirkel (3. missie, visie en doelen).

Bij bedrijfsvoering (organiseren) gaat het er om hoe de organisatie ingericht wordt gegeven de missie en visie van de organisatie. Het 7S raamwerk kenmerkt zich door evenwicht, samenhang en heterogeniteit. Met samenhang wordt

bedoeld dat elke verandering in een van de ontwerpvariabelen in de andere zes gevolg zal hebben. Evenwicht duidt er op dat in beginsel elke variabele als even belangrijk wordt beschouwd. Met heterogeniteit wordt aangegeven dat elke variabele zowel betrekking heeft op formele en informele aspecten, op meetbare en niet meetbare verschijnselen, expliciete en impliciete kennis en intern en extern bepaalde operationaliseringen van betreffende variabele.

De zeven ontwerpvariabelen laten zich als volgt vertalen;

1. Strategie: De manier waarop het geheel van middelen wordt ingezet, waarmee vooraf gestelde doelen gerealiseerd kunnen worden.
2. Structuur: Het resultaat van de wijze waarop taken met bijbehorende bevoegdheden en verantwoordelijkheden verdeeld zijn.
3. Systemen: De verzameling procedures en richtlijnen waarmee de dagelijkse samenwerking en de planning en controle van de activiteiten van de medewerkers geregeld of gefaciliteerd wordt.
4. Personeel: Het type medewerker in de verschillende personeel- en functiecategorieën met hun specifieke groepskenmerken.
5. Vaardigheden: De specifieke motieven, kennis en competenties van medewerkers, welke combinatie van kennis en kunde overheerst?
6. Managementstijl: De kennis van en de gedragspatronen die karakteristiek zijn voor het management.
7. Cultuur: Sfeer, klimaat veroorzaakt door de manier van doen en laten die voortkomt uit de waarden en normen die een groep mensen als richtinggevend voor hun gedrag wenst te beschouwen.

Het model biedt de mogelijkheid om deelvragen te ontleden als, wat moet onze strategie zijn? Welke managementstijl hanteren we, welke technische installaties gebruiken we? Over welke kennis en vaardigheden moeten onze medewerkers beschikken? Welke gedragspatronen wensen we in onze organisatie? Hoe moet onze organisatiestructuur er uitzien?

3.4 Samenvatting

In dit hoofdstuk hebben wij de theorie t.a.v. generieke strategie, ontwikkelrichting en bedrijfsvoering nader toegelicht. Hierbij constateren we dat de keuzemogelijkheden t.a.v. de generieke strategieën de afgelopen decennia zijn door ontwikkeld van keuze voor één waardediscipline om onderscheidend te zijn, naar een nieuw tijdsbeeld waarin sprake is van een keuze voor meerdere waardedisciplines tegelijkertijd.

Na het maken van generieke strategische keuzes volgt de ontwikkelrichting van de organisatie; hoe wordt deze keuze gerealiseerd. De bedrijfsvoering dient vervolgens hierop aangesloten te worden, om zo condities te creëren die de organisatie in staat stellen om diensten en producten voort te brengen, waarmee de doelen ook werkelijk gerealiseerd worden. De bedrijfsvoering bestaat uit zeven ontwerpvariabelen die in relatie met elkaar staan, niet los van elkaar gezien kunnen worden en waarmee de complexiteit van een organisatie ontleed kan worden.

Vanuit de theoretische verdieping wordt nu het conceptueel model ontwikkeld, dat in het volgende hoofdstuk zal worden beschreven en dat als kapstok zal dienen voor het verkennend onderzoek.

4 Conceptueel model

4.1 Inleiding

In hoofdstuk 3 zijn de relevante theorieën besproken die betrekking hebben op de generieke strategieën, ontwikkelrichtingen en bedrijfsvoering. In het voorliggende hoofdstuk wordt beschreven hoe wij op basis van de inzichten van de theorie komen tot het conceptueel model voor het verkennend deel van deze thesis.

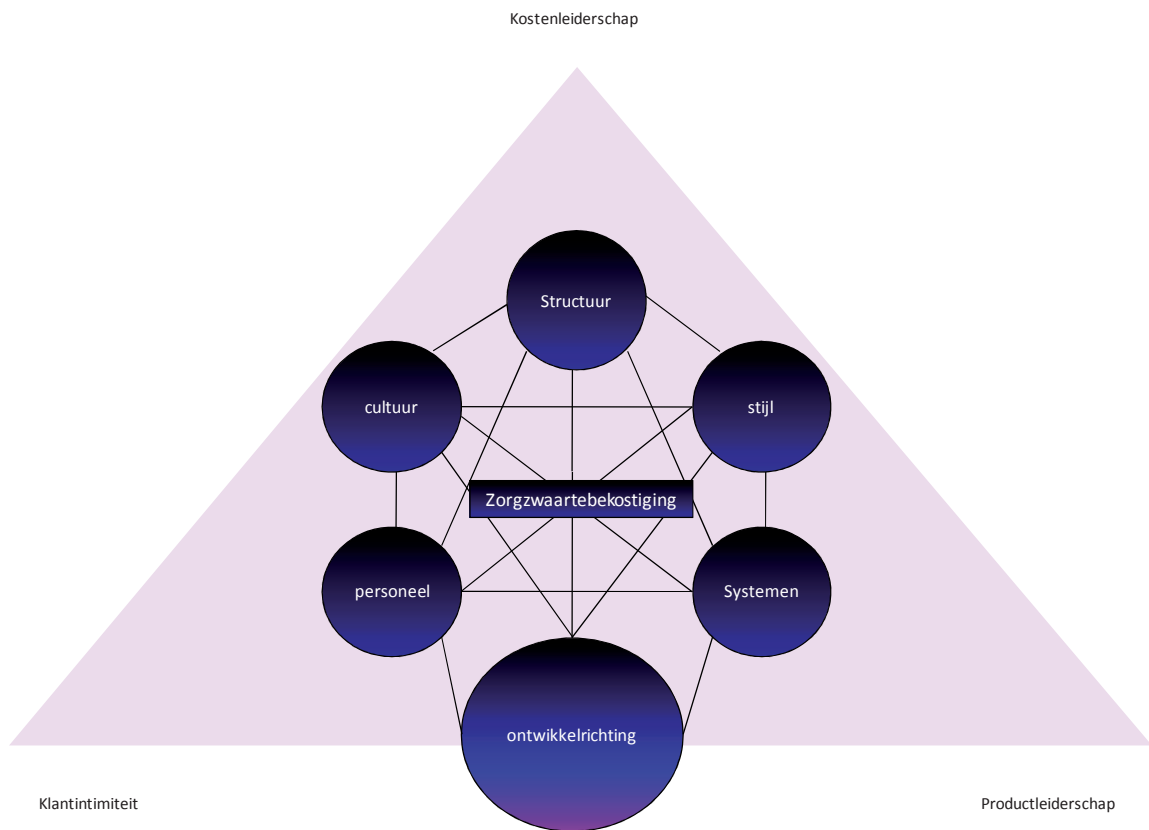
Naast de beschrijving van het conceptueel model wordt in dit hoofdstuk ook de relatie gelegd tussen generieke strategieën, ontwikkelrichtingen, bedrijfsvoering en zorgzwaartebekostiging. Dit gebeurt door vanuit het perspectief van de afzonderlijke generieke strategieën een beschrijving te geven van de veronderstelde consequenties van de invoering van de zorgzwaartebekostiging voor de bedrijfsvoering. Hierbij worden ook ontwikkelrichtingen meegenomen. Tot slot worden dilemma's gedestilleerd uit het model.

4.2 Conceptueel model

Onze onderzoeksvraag richt zich op de relatie tussen de generieke strategische keuzes, ontwikkelrichtingen, de bedrijfsvoering en zorgzwaartebekostiging. Voor ons conceptuele model hebben wij ons enerzijds laten inspireren door Weggeman, Porter, Traceys en Wiersema en Aaker. Anderzijds hebben wij ons ten aanzien van de bedrijfsvoering ons laten inspireren door McKinsey en Weggeman.

Het conceptueel model is opgebouwd uit drie delen; generieke strategische keuzes, ontwikkelrichtingen en bedrijfsvoering. In ons onderzoek wordt gezien in hoeverre organisaties als gevolg van invoering van ZZB hun generieke strategische keuze hebben aangepast. Wij kiezen ervoor de terminologie van Tracey en Wiersema als kapstok te gebruiken in ons onderzoek en van hieruit de relatie te leggen met ontwikkelrichtingen en bedrijfsvoering.

Het model van Weggeman omvat alle elementen die relevant zijn voor de onderzoeksvraag. De cirkel missie, visie en doelen wordt door ons nader uitgewerkt vanuit de generieke waardedisciplines/strategieën. De S van strategie uit het model van Weggeman laat zich door ons vertalen in een O van ontwikkelrichting. Hierdoor ontstaat de variant zoals weergegeven in figuur 7.



Figuur 7. Conceptueel model

De generieke strategie in relatie tot ontwikkelrichting en bedrijfsvoering biedt vervolgens een leidraad om implicaties voor de zorgzwaartebekostiging in kaart te brengen. Dit doen wij in onderstaande paragraaf.

4.3 Koppeling van generieke strategische keuzes en bedrijfsvoering naar ZZB

De invoering van zorgzwaartebekostiging heeft effecten op de bedrijfsvoering. De wijze waarop is afhankelijk van de gekozen generieke strategie. In de volgende pagina's geven wij vanuit het theoretisch kader weer wat de gevolgen zijn van een bepaalde generieke strategie voor ontwerpvariabelen in relatie tot zorgzwaartebekostiging. In het verkennend onderzoek is nagegaan of dit overeenkomt met de praktijk.

Vanuit de toepassing van het model destilleren wij dilemma's die vervolgens in het verkennend onderzoek voorgelegd zijn. Dit met het doel te bezien of deze dilemma's werkelijk spelen: zijn het daadwerkelijk dilemma's, hoe kijken bestuurders hier tegenaan en hoe gaan zij hiermee om?

4.3.1 Kostenleiderschap

Ontwerp Variabelen	Kenmerken per ontwerpvariabele	Relatie zorgzwaartebekostiging
Strategie	De winst wordt bij deze optie gehaald uit het reduceren van de operationele kosten. De voorsprong op de concurrentie ontstaat uit een continue focus op procesverbetering. Lagere kosten ontstaan onder meer door kostendrukkende efficiency, zero tolerance op fouten, productiviteitsverhoging, schaalvoordelen en nieuwe systemen.	<p>Strategie gericht op kostenbeheersing en het efficiënter inrichten van het leveringsproces. Verliesgevende producten worden afgestoten (heroriëntatie portfolio). Schaalvergroting om overhead beperkt te houden. Uniform product; uniforme communicatievoorziening.</p> <p>Het portfolio wordt afgestemd in een optimale balans van kosten en baten.</p> <p>Grootschaligheid ligt bij kostleiderschap meer voor de hand, omdat schaalvergroting kan bijdragen aan efficiency.</p>
Structuur	Sterke hiërarchie, centraal geleid, strak gecontroleerd, centrale planning, decentrale besluitvorming binnen strakke kaders.	Het beleid wat voortkomt uit de ZZB zal centraal opgesteld en aangestuurd worden. De invoering van de ZZB zal vanuit control strak aangestuurd en gecontroleerd worden.
Systemen	Gericht op snelle transacties, die op elkaar afgestemd zijn, standaardisatie van activiteiten, grote mate van controle gericht op efficiency en productieverhoging, uitstekende logistiek.	De systemen zullen generiek voor de gehele organisaties worden ingevoerd. De nadruk zal liggen op dat geen wat gecontroleerd en geregistreerd moet worden ten behoeve van de verantwoording naar het zorgkantoor. De klantlogistiek zal vooral gericht zijn op een efficiënte doorstroom van cliënten ten einde zo min mogelijk leegstand te hebben en de verkeerde ZZP – bedproblematiek te minimaliseren.
Personeel	Beperkte kennisintensiteit, beperkte ruimte voor professionaliteit.	Taak- en functiedifferentiatie zullen de bovenhand voeren. Voor de integrale werker zal geen ruimte zijn. Het omgaan met ZZP's zal binnen strakke protocollen uitgevoerd worden en daarmee minder ruimte bieden voor de dialoog tussen de verzorgende en de klant over de invulling van de individuele ZZP.
Vaardigheden	Opereren binnen strakke kaders en normen, gericht op leverbetrouwbaarheid.	De taak- en functiedifferentiatie zullen ondersteund worden met eenduidige protocollen en werkinstructies.

Management Stijl	Gericht op kosten, leverbetrouwbaarheid, behalen van normen, directief, gericht op beheersing.	Managementrapportages leveren stuurinformatie op, waaruit direct gehandeld dient te worden. De stijl zal gericht zijn op het behalen van de afspraken met het zorgkantoor aangaande de ZZP mix en het volume.
Cultuur	Richt zich op zorg voor goede interne verhoudingen, gekoppeld aan behoefte aan stabiliteit en beheersbaarheid.	De afspraken omtrent de ZZB zullen eenduidig en helder worden vastgesteld en gecommuniceerd worden, zodat alle lagen in de organisaties weten wat hen te doen staat. De eenduidigheid is groot. Vanuit de organisatie wordt keuzevrijheid van de klant binnen grenzen gehouden. Keuze voor A of B menu.

4.3.2 Klantintimiteit

Ontwerp Variabelen	Kenmerken per ontwerpvariabele	Relatie zorgzwaartebekostiging
Strategie	De relatie met de klant wordt als het meest waardevol beschouwd. Klanten worden bediend met producten, diensten en andere toegevoegde waarde. Deze voorzien zo precies mogelijk in de behoefte van de klanten, op het moment en de plaats dat deze behoefte ontstaat. Door een service op maat ontstaat een binding tussen klant en organisatie.	<p>De strategie van een klantenpartnership bij de omslag van de bekostigingsystematiek zal liggen bij een grote servicegerichtheid die uitgaat van de wensen van de klant. De nadruk ligt op het behalen van een meerwaarde voor de klant. De klantwaarde is de uiteindelijke maatstaf voor prestaties, en het verhogen van de waarde. De snelheid waarmee dit gebeurt, is de maatstaf voor succes. Dit vertaalt zich in oprechte interesse van de medewerkers voor de rol van partner en adviseur van klanten. Hierdoor wordt een gemeenschappelijk doel bereikt binnen de organisatie. Voor de ZZB betekent dit dat er veel aandacht is voor het zoeken naar mogelijke en naar ongewone oplossingen die gericht zijn op het beantwoorden van de servicevraag van de klant. Kostprijsberekeningen zijn hierbij van belang. Zowel van de standaardarrangementen als van de extraservice die ingekocht kan worden.</p> <p>Aandacht voor de herinrichting van de werkprocessen staat centraal om zo nauw mogelijk aan te sluiten bij de wens van de klant en onnodige verrichtingen uit te sluiten.</p> <p>Marketing zal centraal gesteld worden om ook de wensen van toekomstige klanten vroegtijdig te kennen en een antwoord te bieden hierop.</p> <p>De portfolio wordt afgestemd op basis van een grondige analyse van de wensen van de klant.</p> <p>Kleinschaligheid ligt bij klantintimiteit meer voor de hand, omdat kleinschaligheid in het huidige tijdsbeeld beter aansluit bij de wensen van de klant.</p>

Structuur	Beperkte hiërarchie, besluitvorming zo dicht mogelijk bij medewerkers die klantcontact hebben.	De medewerkers op de werkvloer en de EVV-ers in het bijzonder zullen goed op de hoogte dienen te zijn van de wens van de klant is. Zij zullen deze vertalen naar de mogelijkheden van de ZZP van de klant en aangeven of deze past in de ZZP. Er zal nauwgezet gewerkt worden met cliëntagenda's. Er wordt gewerkt met kleine teams rondom de klant om de service zo optimaal mogelijk te maken.
Systemen	Gericht op een goed geselecteerde, met veel zorg omgeven klantenkring, grote nadruk op solutiondevelopment, relatiemanagement en resultaatmanagement.	Er zal sprake zijn van een goed opgezet CRM- systeem, dat nauwgezet de wensen van de klanten volgt. De collectieve vertaling van dit CRM-systeem biedt handvatten voor aanpassingen in het beleid als de wensen van de klanten veranderen. Klachtenprocedures, tevredenheidsenquêtes en andere meetinstrumenten worden nauwkeurig gevolgd en opgevolgd als dit leidt tot verbetering van de service. Er dient een productenboek opgesteld te zijn waarin mogelijkheden gecreëerd zijn om tegen meerprijs extra service in te kopen. De zorgarrangementen die opgesteld zijn per ZZP zijn zo divers mogelijk om zoveel mogelijk varianten te bevatten. Daarnaast worden klanten en personeel gestimuleerd om samen te zoeken naar de bestpassende oplossing per klant, al dan niet tegen meerprijs ingekocht.
Personeel	Kennis van de klant is cruciaal en stuurt de dialoog, ruimte voor professionals, kennisintensiteit is groot.	Er wordt gewerkt met EVV-ers die als een rode draad fungeren voor de klant. Personeel is oprecht geïnteresseerd in de wensen van de klant en personeel wordt getraind om de klant als uitgangspunt van handelen te nemen. Een integrale aanpak (zo min mogelijk verschillende mensen rondom de klant) gaat boven het inzetten van personeel op basis van het minimale vereiste deskundigheidsniveau. De EVV-er staat centraal in de zorg en dienstverlening en heeft grote en afgestemde bevoegdheden in de zorg- en dienstverlening. Deze is verantwoordelijk voor het bereikte serviceniveau en worden hierop afgerekend. Het middenkader is gericht op het bieden van ruimte voor de werkvloer om de klantwens in te vullen. Zij stellen zich dienstbaar naar personeel en klanten op en zorgen dat zij zelf ook op de hoogte zijn van de klantwens.
Vaardigheden	Opereren binnen beperkte kaders, gericht op wensen van cliënten.	Sleutelvaardigheden zijn gericht op luisteren naar de (verborgen) wens van de klant. Een grote servicegerichtheid en de klant het gevoel geven middelpunt van aandacht te zijn staat voorop. De dialoog met de klant om invulling te geven aan de ZZP is gericht op een gemeenschappelijk doel van klant en zorg.
Management Stijl	gericht op identificatie en begrip en service van de cliënt.	Personeel wordt getraind op klantwaarde. De stijl is gericht op het uitblinken van het personeel in het service denken. Belevingsgerichte zorg als stijl helpt bij het centraal stellen van de wens van de klant bij de invulling van de ZZP. Personeel dient uiteindelijk zichzelf te zien als pleitbezorger van de klant.

Cultuur	Gericht op externe positionering, gekoppeld aan stabiliteit en beheersbaarheid, ingesteld op specifieke plaats van algemene maatregelen en op langdurig goede relaties met klanten.	Cultuur is gericht op het creëren van trots op het bedrijf en de meerwaarde die geleverd wordt aan de klant. Er wordt gewerkt vanuit vertrouwen in het personeel en aanmoediging van het personeel om zoveel als mogelijk de wens van de klant te vertalen.
---------	---	---

4.3.3 Productleiderschap

Ontwerp Variabelen	Kenmerken per ontwerpvariabele	Relatie zorgzwaartebekostiging
Strategie	Hierbij is het product het uitgangspunt. Dat moet het beste in zijn soort zijn. Klanten zijn dan bereid daarvoor meer te betalen. Continue innovatie en een snelle time to market waarborgen een blijvende voorsprong op de concurrentie. Ze garanderen ook een blijvende behoeftevervulling bij de klantengroep.	<p>Binnen de financiële en overheidseisen moet gezocht worden naar de mogelijkheden om innovatie te zoeken. Deze innovatie kan liggen bij diensten, maar ook op de manier waarop die aangeboden worden, de variëteit die geboden wordt of de manier waarop ze gepromoot worden.</p> <p>Het portfolio wordt samengesteld op basis van de producten waarin de instelling excelleert. Hierbij kiest de instelling voor specialisatie waar ze goed in zijn; bepaalde diensten voor bepaalde doelgroepen.</p> <p>De keuze voor groot- of kleinschaligheid is gebaseerd op het feit in welke mate organisaties de gewenste omgeving het meest geschikt achten voor het product dat zij leveren. Hierbij is de wens van de individuele klant niet leidend.</p>
Structuur	Losse ad hoc organisatiestructuur, voortdurend aangepast aan nieuwe ondernemersplannen en koerswijzigingen (karakteristiek voor werken op onontgonnen terrein), vermijden van bureaucratie.	De invoering van de ZZB vraagt bij productleiderschap om verantwoordelijkheid laag in de organisatie te plaatsen. De mate van betrokkenheid en klantkennis van professionals is groot. De vertaalslag van de systematiek zal grotendeels door professionals gemaakt worden, waarbij weliswaar de door de overheid vastgestelde klantprofielen vast staan, maar ruimte bieden om invulling aan te geven.
Systemen	Resultaatgericht managementsysteem, succes van het product evalueren en belonen en ruimte voor experimenten.	De systemen zijn er op gericht of de geleverde dienst succesvol is en in welke mate het mogelijk is deze te verbeteren of door te ontwikkelen. Hierbij ligt het accent op effectiviteit en klanttevredenheid en minder op financiële stuurinformatie.

Personeel	Hoge mate van kennisintensiteit, ruimte voor professionals.	Professionals moeten kennis hebben van de systematiek en deze kunnen vertalen in innovatieve zorg en dienstverlening. De organisatie moet inzetten op het verhogen van het kennisniveau van medewerkers om proactief mee te denken in de te leveren diensten en deze verder te ontwikkelen.
Vaardigheden	personeel moet creatief zijn, ideeën snel kunnen vercommercialiseren en onafgebroken bezig zijn met vernieuwen en verbeteren (liever zelf het eigen product vernieuwen dan dat de concurrent het doet), het is belangrijker dat medewerker in cultuur past dan dat hij/zij ervaring heeft in de branche.	Van medewerkers wordt verwacht dat zij de klantprofielen kunnen omzetten in innovatieve diensten. Dit vraagt om creativiteit en flexibiliteit. Het tarief is niet leidend, maar de kwaliteit van de te leveren dienst is leidend. Voor medewerkers in de traditionele intramurale zorg is dit een nieuwe vorm van denken.
Management Stijl	Gericht op het leveren van prestaties die de fantasie van de medewerker stimuleert en die onverwachte ideeën en toekomstmentaliteit aanmoedigt.	Indien gekozen wordt voor productleiderschap zal het management het paradigma van ‘zorgen’ moeten doorbreken en medewerkers moeten stimuleren om innovatief naar de zorg te kijken. Dit vraagt van een managementstijl die open is en medewerkers de kans geeft daadwerkelijk met ideeën te komen.
Cultuur	Gericht op externe positionering, gekoppeld aan de behoefte aan grote mate van flexibiliteit en individualiteit, bedrijfscultuur die de prestaties en fantasie van het individu stimuleert, onverwachte ideeën en toekomstmentaliteit aanmoedigt.	Cultuur is gericht op het creëren van trots op het product en de meerwaarde die geleverd wordt aan de klant.

Dilemma's en voortvloeiend uit de toepassing van het conceptueel model

Uit voorgaand schema, waarbij wij het conceptueel model hebben toegepast, zijn vijf dilemma's gedestilleerd. Deze leggen wij, naast consequenties voor de bedrijfsvoering, in het verkennend onderzoek voor aan bestuurders. Hierbij wordt de vraag gesteld in hoeverre bestuurders zich herkennen in het dilemma en hoe zij hiermee om gaan.

1. De individuele benadering lijkt automatisch te leiden tot klantintimiteit als generieke strategische keuze, het aan het ZZP gekoppelde tarief pleit voor een kostengerichte strategie. Hoe verhoudt zich dit tot elkaar?

Het ministerie wil met de prestatiebekostiging de cliënt meer zeggenschap geven over de zorg die hij of zij ontvangt. In het indicatiebesluit en de gebruikersgids van het ministerie van VWS wordt nauwkeurig weergegeven op welke zorg een cliënt recht heeft. Hierdoor wordt een bepaalde verwachting gewekt bij cliënten en familie, die mogelijk niet gerealiseerd kan worden binnen het tarief dat hier tegenover staat. In ons onderzoek willen wij bestuurders vragen in hoeverre zij dit als een dilemma ervaren en op welke wijze zij hier mee om gaan.

2. In hoeverre dwingt zorgzwaartebekostiging organisaties tot een aanpassing in de portfoliomix? Is het mogelijk of noodzakelijk om alle zorgzwaartepakketten aan te bieden, of is het noodzakelijk om hierin keuzes te maken?

De wijziging in het financieringsstelsel zal mogelijk consequenties hebben voor de samenstelling van de portfolio van een zorgaanbieder. Nu is het als gevolg van de budgetfinanciering nog vrij gebruikelijk om alle zorgzwaartes zorg te bieden. Wij stellen ons zelf de vraag in hoeverre zorgaanbieders zich willen gaan specialiseren in zorg voor specifieke zorgzwaartes en op basis van welke grondslagen zij het besluit voor de samenstelling van de portfolio van de instelling gemaakt hebben.

3. Nodigt de financieringsystematiek uit tot groot- of juist tot kleinschaligheid?

R. Huijsman¹⁷ omschrijft kleinschaligheid als een succesformule door een sterk serviceconcept en een integrale strategie van aansturing, personeelsbeleid, bedrijfsvoering en financiering. Belangrijke kernwaarden van kleinschaligheid zijn: huiselijkheid, eigen ervaringswereld, overzichtelijkheid en vertrouwde omgeving, ook 'genormaliseerd wonen' genoemd. Huijsman beschrijft vier varianten van kleinschalig wonen:

- Losse stand-alone groepswoning in de wijk;
- Geclusterde groepswoningen in de wijk;
- Geclusterde groepswoningen in een wooncomplex;
- Groepswoningen in een zorginstelling.

¹⁷ R. Huijsman: "kleinschaligheid staat als een huis". Artikel in The best of Billboard, December 2008.

In de praktijk betekent dit een woonvorm waarbij een groep van zes tot acht mensen, die intensieve zorg en ondersteuning nodig hebben met elkaar in een groepswooning wonen, waardoor het voor hen mogelijk is een zo normaal mogelijk leven te leiden. Alle activiteiten uit het dagelijkse leven vinden binnen de eigen woning plaats. De groepswoonings zijn los in de wijk gelegen, naast of binnen zorginstellingen ondergebracht. Naast groepswoonings kan het in de praktijk ook gaan om individueel geclusterd wonen (bijv. 6-8 zelfstandige wooneenheden binnen een cluster wonings)

De laatste jaren neemt het aanbod van kleinschalige verblijven toe, mede gestimuleerd door het ministerie van VWS. Het is de vraag of door de nieuwe bekostigingsystematiek deze trend gecontinueerd kan worden. Een eerste verkenning van bureau HHM, uitgevoerd in oktober 2007 in opdracht van het ministerie van VWS, wijst uit dat in financieel opzicht de effecten van de systeemwijziging beperkt zijn¹⁸. De druk op de AWBZ middelen neemt echter toe. Dit blijkt bijvoorbeeld uit de herindicaties die in 2008 hebben plaatsgevonden.

Het is de vraag of de trend van invoering van kleinschalige verblijfslocaties nog wel logisch is. Immers, grootschaligheid kan in veel gevallen leiden tot efficiency. Met andere woorden: hoe kwetsbaar ben je als instelling die kleinschalige zorg biedt of hoe sterk ben je als je dit niet doet?

In ons onderzoek willen we toetsen of de invoering van zorgzwaartebekostiging bepalend is voor de keuze voor groot- of kleinschaligheid en of bestuurders dit spanningsveld herkennen.

4. Zorgzwaartepakketten zijn gericht op de behoefte van de individuele cliënt, in hoeverre raakt dit solidariteit onder bewoners?

In veel instellingen wordt de cliënt centraal geplaatst, maar een individuele cliëntbenadering is nog geen algemeen goed. Keuzemogelijkheden en de aandacht voor het individu zullen het solidariteitsvraagstuk en de mondig wordende cliënt in een ander perspectief stellen. Instellingen zullen moeten anticiperen op kritischer cliënten, familie en/of mantelzorgers. Enerzijds vraagt dit om een zorgvuldig samengesteld en transparant zorgaanbod, waarin aandacht moet zijn voor flexibiliteit en keuzemogelijkheden. Anderzijds doet zich de vraag voor in hoeverre een individuele benadering ten koste zal gaan van het solidariteitsprincipe tussen bewoners onderling. Bij de budgetfinanciering was het immers mogelijk door de uniforme prijsstelling voor alle cliënten om gezamenlijke activiteiten voor alle cliënten te organiseren zonder het individuele belang van de individuele cliënt te raken. In ons onderzoek willen we bestuurders vragen of zij dit dilemma herkennen en op welke wijze zij met dit dilemma om gaan. Zijn zorgaanbieders in staat om binnen de bekostigingsystematiek werkelijk klantintimiteit te realiseren? Zijn organisaties in staat om (voldoende) keuzemogelijkheden aan te bieden?

5. Binnen de GGZ wordt vaak uitgegaan van een functioneringsgerichte rehabilitatie, terwijl de ZZP's uitgaan van ziek zijn of ziektebeelden. In de

¹⁸ Eerste verkenning effecten van de invoering van zorgzwaartebekostiging voor niet grootschalige woonvormen, HHM, rapport MK/07/2725/imz1, drs. M. Kingma en Ir. H. van der Werf.

praktijk staan deze op gespannen voet. Biedt de systematiek handvatten om de rehabilitatievisie vorm te blijven?

Er is een contrast in benaderingswijze te constateren tussen de bekostigingsystematiek die uitgaat van ziek zijn of ziektebeelden en de toepassing van een functioneringsgerichte rehabilitatievisie die uitgaat van dat wat een cliënt wel kan. Cliënten worden bij de toekenning van een zorgzwaartepakket geconfronteerd met datgene wat zij niet meer kunnen en zullen hier een passend zorgaanbod bij verwachten, gericht op het ziektebeeld. Dit kan verwarring scheppen bij cliënten en familie, die mogelijk met verkeerde verwachtingen een zorginstelling in gaan. Daarnaast biedt het verwarring bij personeel die vanuit een principiële grondbeginsel zorg levert, die mogelijk niet aansluit bij de verwachting van de cliënt of familie.

In ons onderzoek willen we bestuurders vragen of zij dit dilemma met ons delen en hoe zij met dit dilemma omgaan.

4.5 **Samenvatting**

In dit hoofdstuk is het theoretische model nader toegelicht. Doel van het model is om de relatie te leggen tussen generieke strategie, ontwikkelrichting, bedrijfsvoering en de invoering van zorgzwaartebekostiging.

Bij de toepassing van het conceptuele model op zorgzwaartebekostiging is weergegeven dat de wijze waarop zorgzwaartebekostiging in een organisatie wordt ingevoerd relatie heeft met de generieke strategie. Deze bepaalt feitelijk de manier waarop de bedrijfsvoering wordt ingericht.

In het verkennend onderzoek willen we bezien in hoeverre organisaties van mening zijn of en in welke mate de invoering van zorgzwaartebekostiging van invloed is op strategische keuzes, de ontwikkelrichting en de bedrijfsvoering, waarbij de dilemma's worden voorgelegd als verdieping op het thema.

Deze dilemma's en veronderstellingen zullen vervolgens tegen het licht van de praktijk gehouden worden en hieraan gespiegeld in het verkennend onderzoek.

5 Onderzoekopzet en methode

5.1 Inleiding

In voorgaande hoofdstukken is vanuit het theoretisch kader bekeken in welke mate generieke strategische keuzes, ontwikkelrichtingen en bedrijfsvoering met elkaar in verband staan. Hieruit zijn veronderstellingen en dilemma's te gedestilleerd die in het empirisch onderzoek aan bestuurders worden voorgelegd.

In dit hoofdstuk wordt de wijze van onderzoek beschreven. Hierbij geven wij de manier van dataverzameling weer, wordt kort ingegaan op het theoretische materiaal, waarna het verkennend onderzoek nader wordt beschreven.

5.2 Data verzameling

Voor de dataverzameling van de beantwoording van de vraagstelling is gebruik gemaakt van literatuuronderzoek en semigestructureerde interviews.

5.2.1 Literatuuronderzoek

Met betrekking tot de vraagstelling is literatuur bestudeerd over:

- Financiering van intramurale zorg; historie, context, huidige CTG systematiek en zorgzwaartebekostiging
- Generieke strategieën
- Ontwikkelrichtingen
- Bedrijfsvoering

De literatuurlijst is als bijlage opgenomen.

5.2.2 Semigestructureerde interviews

Voor het empirisch onderzoek zijn tien bestuurders van zorgaanbieders geïnterviewd. Deze bestuurders zijn gevraagd over de wijze waarop zij anticiperen op de invoering van zorgzwaartebekostiging in hun organisatie, waarbij de driedeling uit het conceptueel model als leidraad heeft gediend. Daarnaast zijn de dilemma's ter bespiegeling voorgelegd.

De selectiecriteria voor de keuze van te benaderen zorgaanbieders waren de volgende:

- Instellingen uit de V&V sector en de GGZ ouderen psychiatrie, gezien de focus op deze doelgroep.
- Landelijke, regionale en lokale aanbieders, met het doel te bezien in hoeverre er verschillen zijn te constateren in de wijze van omgaan met zorgzwaartebekostiging.
- Organisaties met grootschalige of kleinschalige voorzieningen of een combinatie van beiden. Dit sluit aan bij onze onderzoeksvraag in hoeverre er verschillen zijn te constateren bij de wijze van anticiperen tussen organisaties die klein- of grootschalige zorg bieden.

De vragen in de interviews zijn gericht op de onderzoeksvraag en raken de volgende thema's:

- Huidige generieke strategie en impact van zorgzwaartebekostiging hierop
- de consequenties voor de ontwikkelrichting
- de consequenties voor de bedrijfsvoering
- de dilemma's
- De vragenlijst is opgenomen in bijlage 6.

Als laatste zijn bestuurders gevraagd naar een 'tip' voor medebestuurders waar gaat om de invoering van de zorgzwaartebekostiging. Deze tips zijn verwerkt in het beschouwende hoofdstuk acht.

5.2.3 Interviews deskundigen

Aan de hand van de bevindingen uit de interviews met bestuurders zijn vervolgens aan deskundigen uit verschillende gebieden verdiepingvragen en de dilemma's voorgelegd. Het betreft hier deskundigen op het gebied van:

- zorgzwaartebekostiging (HHM consultancy)
- strategie en beleidsontwikkeling (Plexus)
- de ontwikkeling van de gezondheidszorg (Erasmus Universiteit)
- strategie en zorgzwaartebekostiging (BMC)
- financiering: het Zorgkantoor (de Friesland)

Ook deze geïnterviewden zijn gevraagd naar hun tips voor bestuurders. Deze zijn eveneens opgenomen in hoofdstuk zeven.

5.3 Wijze van analyseren

De resultaten van de gesprekken met de bestuurders zijn eerst feitelijk beschreven. De verkregen data zijn vervolgens getoetst en geanalyseerd aan de hand van het conceptueel model, de veronderstellingen en de gestelde dilemma's.

6 Beschrijving van het resultaat

6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de bevindingen weergegeven die zijn opgedaan tijdens de interviews met vier GGZ en zes V&V organisaties. Het gaat hier om de feitelijke weergave van de informatie die is verkregen.

Allereerst worden de algemene bevindingen beschreven ten aanzien van de stand van zaken van de invoering van ZZB in de ondervraagde organisaties en welke opbrengst zij ervaren uit de nieuwe bekostiging.

Vervolgens worden de bevindingen geordend volgens het conceptueel model uit paragraaf 4.2. Hierbij wordt de relatie tussen zorgzwaartebekostiging, strategie en ontwikkelrichting onderscheiden van de invloed van zorgzwaartebekostiging op de onderdelen van de bedrijfsvoering.

Ten slotte komen de dilemma's aan bod die voorafgaand aan het empirisch onderzoek zijn opgesteld. Welke dilemma's worden herkend door de geïnterviewden en hoe kijkt men er tegenaan?

6.2 Algemene bevindingen uit de interviews

Hierbij wordt onderscheid gemaakt in de stand van zaken van invoering van zorgzwaartebekostiging in de ondervraagde instellingen en wat de opbrengst van zorgzwaartebekostiging voor de organisaties is.

6.2.1 Stand van zaken invoering zorgzwaartebekostiging

Alle ondervraagde organisaties hebben inmiddels inzicht verkregen in de bestaande ZZP mix. Dit inzicht is verkregen op basis van het scoren van de huidige cliëntenpopulatie in ZZP's. Elke organisatie heeft op instellingsniveau de financiële vertaalslag gemaakt en weet dus in hoeverre zij financieel erop vooruit of achteruit gaat ten opzichte van het huidige budget.

Het merendeel van de respondenten is bezig met het opstellen van een productenboek waarin een beschrijving wordt gemaakt van de functies uit de ZZP's. Een enkeling is hiermee al klaar en is actief met het ontwikkelen van zorgarrangementen per ZZP, waarbij een samengesteld pakket wordt gemaakt van de afzonderlijke producten.

Eén ondervraagde V&V organisatie heeft de begroting van 2008 en 2009 opgesteld aan de hand van de ZZP scores van de huidige cliënten. Op basis hiervan is de benodigde formatie berekend voor de zorg. Samen met een extern bureau zijn de zorgprocessen hiertoe geanalyseerd.

Eén V&V respondent heeft ervoor gekozen de stelselwijziging te gebruiken bij de uitvoering van haar missie. Hierbij wordt de cliëntagenda gebruikt om activiteiten op cliëntniveau te beschrijven. Op basis hiervan kan gestuurd worden en

verantwoording worden afgelegd. Vervolgens zal ook het EPD hierin meegenomen gaan worden.

De meeste organisaties hebben hun medewerkers voornamelijk betrokken bij de nieuwe bekostigingssystematiek door het scoren van de zorgzwaarte van de cliënten bij uitvoerenden of teamleiders te beleggen. De ondervraagde verzorgingshuizen zijn veelal bezig met het trainen van de medewerkers in het houden van het gesprek met de klant over zijn/haar zorg(leef)plan, waarin de vertaalslag wordt gemaakt van het ZZP naar de individueel gewenste/benodigde zorg.

De ondervraagde GGZ organisaties zijn summier bezig met dit laatste onderdeel.

6.2.2 Opbrengst zorgzwaartebekostiging

De meeste V&V organisaties zien de ZZB als een mooi instrument om de regie van het leven terug te geven aan de cliënt. Dit, omdat de systematiek gericht is op wat de cliënt nog kan en de zorg hierop aanvullend is.

In alle ondervraagde V&V organisaties worden de ZZP's als instrument ingezet om zichtbaar te maken welke zorg geleverd dient te worden aan een cliënt. In het verlengde hiervan werd vermeld dat vooral binnen de verzorgingshuizen zichtbaar werd dat er vaak teveel zorg geleverd werd ten opzichte van het aantal geïndiceerde uren op basis van de ZZP's.

De algemene bevinding van alle respondenten is dat de ZZB een hulpmiddel is om beter in beeld te brengen wat je doet als organisatie.

Alle ondervraagde GGZ instellingen zijn van mening dat zorgzwaartebekostiging niet bijdraagt aan betere zorg. Hierbij noemen zij als reden dat het hier opnieuw gaat om een verkapte bezuiniging. Daarnaast geven de instellingen aan dat er teveel tegelijkertijd gebeurt op het vlak van de financiering binnen deze sector, waardoor de instellingen grote financiële risico's lopen. Hierbij werd gedoeld op de invoering van prestatiebekostiging voor de klinische zorg en de invoering van de WTZi, waarin organisaties zelf verantwoordelijk worden voor de kapitaallasten.

Verder gaven alle instellingen aan moeite te hebben met de scheiding tussen behandeling en begeleiding, omdat dit zich in de praktijk niet altijd even makkelijk laat vertalen.

Alle GGZ instellingen benoemden dat zorgzwaartebekostiging niet bijdraagt aan meer cliëntgerichtheid. Als reden hiervoor gaf men aan dat de focus gericht is op behandeling en niet op ondersteunende begeleiding en dat de cliëntpopulatie vaak niet in staat is te kiezen over wat voor hen de beste zorgverlening is. Ook noemde een organisatie in dit opzicht dat zij op dit moment flexibeler kunnen werken door de huidige lump sum financiering. Deze organisatie gaat er van uit de keuzevrijheid van de cliënt zelfs af zal nemen. Binnen de ZZP, voorgeschreven door het CIZ, bied je alleen aan wat nodig is en niet meer. Nu is er meer ruimte.

6.3 Bevindingen ten aanzien van strategie

Unaniem geven de GGZ organisaties aan dat zorgzwaartebekostiging geen invloed heeft op de generieke strategische keuzes die zijn of worden gemaakt. Deze keuzes verschillen overigens nogal. De één maakt geen specifieke keuze, maar richt de 3 generieke keuzes – kostenleiderschap, productleiderschap en klantintimiteit – op basisniveau in. De nadruk ligt wel op klantintimiteit. Het gaat deze respondent er vooral om eigen kracht te verbinden met de markt van dat moment. Een andere ondervraagde GGZ organisatie kiest nadrukkelijk voor kostenleiderschap omdat de organisatie zich in financieel zwaar weer bevindt. Twee andere GGZ organisaties kiezen nadrukkelijk voor productleiderschap om de beste behandelingsmogelijkheden te kunnen aanbieden. Een van deze organisaties heeft hierop ook zijn portfolio al aangepast. De ouderenzorgcomponent, waarbij voornamelijk sprake is van zorgverlening en niet van behandeling, is al afgestoten.

De stelling van de meeste V&V respondenten was dat zorgzwaartebekostiging geen invloed heeft op de generieke strategische keuzes. Voor het merendeel blijft de visie op zorg het uitgangspunt voor de generieke keuze en heeft een nieuwe financieringsvorm hier weinig tot geen invloed op. Zo wordt door deze organisaties niet getornd aan de keuze voor kleinschalig wonen op basis van de invoering. Wel wordt de betaalbaarheid van kleinschaligheid in relatie tot de invoering van zorgzwaartebekostiging genoemd. Als afgeleide hiervan wordt de omvang van de groepen opnieuw bekeken.

Eén V&V organisatie heeft wel bewust op basis van de invoering van zorgzwaartebekostiging haar generieke strategische keuze aangepast naar kostenleiderschap. Overigens waren grote financiële problemen in de organisatie de belangrijkste reden om voor deze strategie te kiezen en niet de stelselwijziging zelf.

De meeste V&V respondenten vinden het niet reëel voor een specifieke generieke strategie te kiezen. Een organisatie vindt dat er geen sprake is van een markt en van een klant die (direct) betaalt voor wat hij krijgt. Ook is de prijs uniform waardoor een prijsdebat onzin is. *‘In feite worden zorgaanbieders gedwongen in de huidige situatie alle drie de strategieën aan te houden. Of, ‘maximale prestaties leveren tegen een scherpe prijs met optimale warme zorg in de gewenste diversiteit. Klantleider (klantintimiteit) zijn is lastig omdat veel klanten niet willen betalen voor de extra diensten’.* Dezelfde respondent kiest uiteindelijk voor kostenleiderschap. *‘Mede omdat deze organisatie geen zorg meer wil leveren als hier niet voor betaald wordt’*, aldus een van de respondenten. Uiteindelijk gaat het om de driehoek van wens van de klant, binnen professionele kaders en binnen het budget dat beschikbaar is.

Een van de respondenten kiest heel bewust voor klantintimiteit omdat *‘de vraag van de klant uiteindelijk altijd wint en zijn weg vindt’*. Dit uit zich in zorg dicht bij de klant, waarbij door middel van een wijkgerichte aanpak intra- en extramurale zorg elkaar ondersteunen en versterken waar nodig.

Een van de respondenten kiest voor productleiderschap. Zij wil *‘het beste product leveren binnen de financiële mogelijkheden’*. Deze zelfde respondent geeft echter ook aan bewust niet voor klantintimiteit te kiezen, omdat zij vindt dat door die specifieke focus, de aandacht voor financiële bedrijfsvoering ondergeschikt raakt. Verder vindt deze respondent dat eigenlijk de drie generieke strategieën in balans zouden moeten zijn, waarbij bij hen productleiderschap leidend is, feitelijk de theorie van Weggeman.

De doelstelling van zorgzwaartebekostiging om meer cliëntgericht te gaan werken, wordt door de V&V sector over het algemeen niet ervaren als de primaire doelstelling. Immers, cliëntgericht werken moet voortkomen uit de visie en intrinsieke drive van de organisatie, zorgzwaartebekostiging kan hier hooguit ondersteunend in zijn.

Voor de GGZ wordt de wijze waarop deze doelstelling (van meer cliëntgericht werken) uitpakt zelfs als nihil ervaren. *‘Een stelsel kan cliëntgericht erken niet forceren, dat moet uit je visie komen’* of *‘het grote tekort aan behandelaars beïnvloedt de mogelijkheid van kiezen, niet het financieringstelsel.’*

6.4 Ontwikkelrichting

Waar het gaat om overige strategische keuzes is de invoering van zorgzwaartebekostiging meer van invloed. Zo is er een V&V - organisatie die er bewust voor kiest om de ontwikkelrichting hierop aan te passen en heeft hiertoe ook al een toelating voor GGZ aangevraagd. Dit, omdat zij sectorvreemde ZZP's kan blijven bedienen, terwijl de vraag naar deze zorg groter is dan de GGZ aanbieders kunnen of willen bieden.

Verder geven de meeste V&V respondenten zorg- en dienstenpakketten te ontwikkelen om deze aanvullend te kunnen aanbieden op de ZZP arrangementen. De verwachting hierbij is wel dat dit een langzaam groeiend proces zal zijn. De cliënt is hier vaak nog niet aan toe, doordat er tot nu toe geen directe betalingsrelatie tussen cliënt en aanbieder bestaat.

Voor de GGZ respondenten spitst het vraagstuk t.a.v. ontwikkelrichting zich met name toe op de portfoliodiscussie. Vragen die hierbij spelen zijn: Waar zijn we echt goed in en waar willen we ons als GGZ organisatie op focussen? Zorgzwaartebekostiging maakt voor de GGZ de tweedeling van behandeling en ondersteunende begeleiding extra zichtbaar. De nadruk en focus wil men meer leggen op behandelen. Één van de ondervraagde organisaties heeft inmiddels de keuze gemaakt zich specifiek te richten op behandeling, hetgeen betekent dat ondersteunende begeleiding en verzorging afgestoten wordt. Zo kunnen zij zich, naar eigen zeggen, richten op waar ze goed in zijn: behandelen. Het betreft hier visie, waaraan geen financiële doorrekening aan ten grondslag ligt.

Geen van de ondervraagde GGZ organisaties is bezig met de ontwikkeling van aanvullende dienstenpakketten voor hun cliënten of met privaat gefinancierde diensten. Redenen die hiervoor genoemd worden zijn dat hun cliënten niet

kunnen kiezen en ook vaak niet kapitaalkrchtig genoeg zijn om deze extra diensten af te nemen.

De discussie over het grensvlak tussen GGZ en V&V op het gebied van ouderenpsychiatrie is aan bod gekomen tijdens bijna alle interviews.

De ondervraagde GGZ organisaties geven aan dat het onderscheid tussen AWBZ en Zorgverzekeringswet, door de onderverdeling van de ZZP's in het B en C segment scherper wordt. Een van de GGZ - respondenten opent aanvullend op ZZP 7 (ondermeer bedoeld voor gerontopsychiatrie) in het verpleeghuis de DBC psychiatrische begeleiding voor deze doelgroep, waardoor de behandeling vanuit de GGZ kwalitatief wordt gegarandeerd. Bijkomend effect is deskundigheidsbevordering van de verpleeghuismedewerkers.

Voor de ondervraagde V&V organisaties geldt in dit kader dat er intern gediscussieerd wordt over het (verder) ontwikkelen van het aanbod voor de doelgroep psychiatrie. Eén organisatie heeft, zoals al eerder gezegd, een toelating GGZ aangevraagd om deze doelgroep te kunnen blijven bedienen.

Het merendeel van de V&V respondenten denkt na over een ideale ZZP mix per locatie, maar zijn hierin nog wel zoekende. De vraag die hierbij speelt is in hoeverre het, in het kader van een gezonde financiële bedrijfsvoering, mogelijk is alle ZZP's aan te kunnen bieden per locatie. Mogelijk moeten hier keuzes in gemaakt worden, wat mogelijk ten koste gaat van de keuzevrijheid van de klant. Een van de V&V organisaties denkt erover ZZP 1 en 2 niet meer aan te bieden in het verzorgingshuis maar specifiek voor deze doelgroep te gaan samenwerken met woningbouwcorporaties om deze zorg aan te bieden vanuit de servicewoningen. Ook andere respondenten geven aan dat de ZZP1 en ZZP2 financieel beter vanuit een extramurale setting bediend kunnen worden. Wat hierbij medebepalend is, zijn de opbrengsten per ZZP.

Het is gewoonweg financieel niet mogelijk om bij hoge concentratie ZZP 1 en ZZP 2 binnen een locatie een nachtdienst in te zetten. Bijkomend voordeel voor de cliënt is dat zij dan ook in de eigen thuissituatie kunnen blijven wonen, als dit de keuze is van de cliënt. Wel blijft er het recht van de cliënt op verblijf in een intramurale locatie als een indicatie verblijf door het CIZ is afgegeven.

De beschrijving van de ZZP 1 en ZZP 2 geeft ook niet verplichtend aan dat er daadwerkelijk een wakende nachtdienst op de locatie aanwezig dient te zijn. De richtlijnen van het NZa voor intramurale instelling doen dit weer wel. Er is hier dus sprake van regelgeving die niet op elkaar aansluit.

6.5 Bevindingen ten aanzien van de bedrijfsvoering

In deze paragraaf worden de bevindingen gegeven van zes interviews met V&V organisaties en drie GGZ organisaties. De vierde GGZ respondent heeft, zoals beschreven in de vorige paragraaf, voordat zorgzwaartebekostiging zijn entree deed, ervoor gekozen om de doelgroep ouderen waarbij de nadruk op ondersteunende begeleiding ligt af te stoten. Wel biedt deze organisatie klinische zorg, gefinancierd vanuit de zorgverzekeringswet. Hierdoor is de bedrijfsvoering dus ook niet onderhevig geweest aan de stelselwijziging. De bevindingen zijn gerangschikt volgens het conceptuele model uit paragraaf 4.2.

Structuur

Het merendeel van de ondervraagde GGZ- en V&V organisaties heeft de structuur vooralsnog niet aangepast naar aanleiding van invoering van zorgzwaartebekostiging. Een van de V&V organisaties heeft wel de structuur gewijzigd, waarbij rekening is gehouden met een efficiënte inzet van personeel gedurende het etmaal. Ook is een overstap gemaakt naar een reductie van teams, waardoor minder leidinggevenden nodig zijn en dus minder kosten gemaakt worden. De betreffende leidinggevenden werken niet meer mee, waardoor het overzicht vergroot is en zij zich echt kunnen richten op hun verantwoordelijkheden. In deze organisatie is het rooster gekoppeld aan de zorgprofielen van de cliënt. Tevens is iemand aangesteld die zich specifiek bezig houdt met het aanvragen van herindicaties en de verantwoording doet.

Andere V&V organisaties hebben de structuur aangepast op basis van de generieke strategische keuze en niet op basis van zorgzwaartebekostiging. Zo heeft bijvoorbeeld een V&V organisatie, die specifiek voor klantintimiteit kiest, de besluitvorming en verantwoordelijkheden laag in de organisatie belegd. Andere organisaties zijn niet bewust bezig met aanpassingen in de structuur als gevolg van de invoering van zorgzwaartebekostiging.

De ondervraagde GGZ organisaties zijn meer bezig met het wegwerken van het financiële tekort en aantrekken van psychiaters en niet zozeer met aanpassingen in de structuur. Mogelijkerwijs leidt het financiële plaatje wel tot aanpassingen in de gelaagdheid van de organisatie en hiermee mogelijk ook in de verantwoordelijkheden.

Systemen

De V&V bestuurders geven aan te blijven sturen op de verantwoordingscomponenten zoals beschreven in hoofdstuk 2 (o.a. normen verantwoorde zorg, toepassing van de NZa beleidsregels, kwaliteitscriteria Zorgkantoor) en eisen die contractueel zijn overeengekomen met het zorgkantoor.

De GGZ bestuurders geven aan dat de sturing gericht blijft op blijft op de componenten kosten en kwaliteit, waarbij in eerste instantie de nadruk ligt op kostenbeheersing op de korte termijn en het behalen van minimale prestaties om zo een aanvulling op de tarieven te verdienen.

Alle GGZ en V&V respondenten gaven aan dat hun systemen dusdanig zijn aangepast dat aan de minimum eisen van registreren kan worden voldaan, het aantal ZZP's per categorie dat per dag geleverd wordt.

V&V instellingen zijn iets verder in de ontwikkeling. De meeste instellingen gaven aan op dit moment nog niet expliciet te sturen op cliëntcategorieën, service of formatie, maar zijn van plan om dit op korte termijn wel te doen.

De meeste instellingen werken, aanvullend op de minimale registratieverplichtingen, aan een integraal systeem, waar ook alle registratieonderdelen in komen. Hierbij wordt de link gelegd tussen de individuele zorgbehoefte uit de zorgleefplannen (cliëntagenda), en het capaciteitsvraagstuk waarbij zorgzwaarte en de inzet van personele formatie op elkaar wordt afgestemd. Het uitgangspunt is één integraal systeem ten

behoefte van de complete klant in- door- en uitstroom (waardeketen) en de bijkomende verantwoording. Concreet gaat het dus om een systeem waarin de volgende componenten geïntegreerd worden: de ZZP indicatie → het bijbehorende profiel en arrangement (inclusief kostprijs) → het zorgleefplan en zorgovereenkomst opgesteld met de cliënt → de zorglevering, waarbij de inzet van personeel afgestemd is op de zorgzwaarte → de evaluatie, gericht op kwalitatieve en financiële indicatoren → de verantwoording naar het zorgkantoor (zowel kwalitatief als financieel). Het ECD (elektronisch cliëntendossier) zal hierin eveneens een nadrukkelijke rol gaan spelen. Een van de V&V respondenten is al in een vergevorderd stadium t.a.v. deze ontwikkeling. Het nieuwe systeem, volledig gebaseerd op de ZZP's, is al geïmplementeerd. Voor elke cliënt worden de handelingen door middel van pictogrammen vermeld. Het is nog niet mogelijk een financiële koppeling te maken.

De GGZ respondenten zijn voor wat betreft de ontwikkeling van een integraal systeem in de oriënterende fase.

Opvallend is dat tijdens de interviews het sturen op kostprijzen niet benoemd is. Het is de vraag of instellingen zich realiseren dat het van groot belang is om kosten en baten in beeld te hebben. Mogelijkerwijs is de vraagstelling t.a.v. dit onderwerp onvoldoende duidelijk geweest.

Personeel

De ondervraagde V&V organisaties gaan verschillend om met het betrekken van personeel bij de invoering van de zorgzwaartebekostiging. De één benoemt ambassadeurs voor ZZP per locatie, op basis van 'train de trainer', waarbij zowel op inhoud als op registratie wordt geschoold. De ander organiseert werkconferenties waarin de noodzaak ten aanzien van zorgzwaarte en het goed scoren duidelijk wordt gemaakt. Een andere instelling ondersteunt medewerkers bij het scoren van de ZZP's, maar betreft hen verder niet bij de invoering van de ZZB.

Binnen de ondervraagde GGZ instellingen worden medewerkers voornamelijk getraind op het scoren van zorgzwaarte van cliënten en registratieverplichtingen. Overige aspecten ten aanzien van zorgzwaartebekostiging worden nog niet aan de orde gebracht.

De V&V respondenten zijn bezig hun personeelsbestand door te lichten op het benodigde deskundigheidsniveau op basis van de ZZP mix. De een is hier al verder in dan de ander. In het bijzonder in de verzorgingshuizen van de ondervraagde organisaties wordt functiedifferentiatie stringenter toegepast, waarbij een lager deskundigheidsniveau wordt ingezet. Dit betekent overigens wel dat bewoners van verzorgingshuizen meer medewerkers over de vloer krijgen, wat door cliënten als zeer klantvriendelijk wordt ervaren. In de verpleeghuiszorg van alle respondenten blijft binnen het kleinschalig wonen de integrale medewerker overeind staan.

De flexibilisering van de personele formatie is een belangrijk onderwerp bij de V&V respondenten. Nog niet alle instellingen hebben dit onderdeel al volledig

uitgewerkt. De een heeft een flexpool ingericht, de ander is zich nog aan het beraden hoe dit onderdeel vorm gegeven moet worden. Deze flexibilisering is voornamelijk van belang om snelle wijzigingen in de personele formatie te kunnen toepassen. Bij een sterke stijging of daling van in te zetten uren op basis van wijzigingen in de ZZP mix is dit belangrijk, omdat zo opbrengsten en kosten in balans te kunnen houden.

Voor de GGZ is het flexibel inzetten van personeel een discussie die net op gang komt, ingegeven door het financiële tekort, waarmee een directe relatie te leggen is met de invoering van zorgzwaartebekostiging. Twee van de organisaties zet een lager deskundigheid in dan voorheen, ten einde binnen de nieuwe tarieven te blijven. De ondervraagde instellingen zijn nog niet bezig met het flexibiliseren van de formatie, maar willen hier wel nadrukkelijker op in gaan zetten.

Vaardigheden

Bij de ondervraagde V&V organisaties wordt met name in de verzorgingshuizen ingestoken op het aangaan van de dialoog met de cliënt. Duidelijk maken wat wel of niet kan binnen het betreffende zorgzwaartepakket maakt dat medewerkers een andere houding moeten aanleren. Niet meer automatisch overnemen van de cliënt maar bespreken wat wel en wat niet wordt aangevuld op het geen de cliënt nog zelf kan. Een van de organisaties heeft de medewerkers specifiek getraind op het voeren van dit gesprek met de cliënt. Een andere V&V organisatie heeft alle eerst verantwoordelijk verzorgenden als cliëntkenner opgeleid. De andere vier V&V organisaties hebben de medewerkers wel geïnstrueerd op de wijze waarop bewoners gescoord moeten worden en is het vervolg van de ondersteuning van medewerkers op houding en toepassing in de praktijk in ontwikkeling.

De V&V respondenten merken op dat medewerkers nog moeten leren goed naar de zorgzwaarte te kijken en bij wijzigingen tijdig te anticiperen en herindicaties aan te vragen bij het CIZ. De bewustwording van het effect op de financiën zal eveneens nog meer benadrukt worden.

De GGZ instellingen zijn nog niet zo nadrukkelijk bezig met de vaardigheden ten aanzien van medewerkers, behalve die vaardigheden die gepaard gaan met scoren en registreren.

Managementstijl

De geïnterviewde V&V organisaties geven allen aan dat zij zich bewust zijn van de rol van de manager in het kader van de zorgzwaartebekostiging. Een aantal respondenten merkt hierbij wel op dat de gewenste managementstijl meer wordt vorm gegeven vanuit de keuze van de generieke strategie en in mindere mate door zorgzwaartebekostiging. Daarnaast is de gewenste managementstijl afhankelijk van de fase waarin de organisatie zich bevindt en of deze financieel gezond is of niet.

Er is momenteel veel focus bij de ondervraagde V&V en de GGZ organisaties op een gezonde bedrijfsvoering, wat direct gevolg heeft voor de stijl van de managers; een goed bedrijfsmatig inzicht is dan onontbeerlijk. Eén van de V&V organisaties wil dit bedrijfsmatig denken ook integreren in het werk van de

uitvoerenden. Zij vinden dat het leren efficiënt te werken veel prominenter onderdeel uit zou moeten maken van de verschillende opleidingen.

Tegelijkertijd is ook behoefte aan innovatieve kracht. Eén van de V&V respondenten zegt: *‘wat nodig is, is ondernemerszin, naar buiten gericht, flexibiliteit en afspraak is afspraak mentaliteit. De stijl wordt nu nog teveel gekenmerkt door reactiviteit. De competenties van de manager worden hierop aangepast’*. Het ondernemingsvermogen wordt ook door twee andere V&V respondenten benoemd. Allereerst gaat het om het in kaart brengen van de behoefte van de klant, die niet ingevuld kan worden vanuit het ZZP en het vervolgens omzetten van deze behoefte in aanvullende producten die privaat aangeboden worden. Ook het coachen van medewerkers op de nieuwe vraaggerichte houding vraagt iets van de competenties van managers. Hierbij zit een spanningsveld in enerzijds sturen op kosten en anderzijds op kwaliteit, service en klantvraag.

Cultuur

De algemene stelling van alle ondervraagden is dat de huidige cultuur binnen de V&V en de GGZ is niet de meest ideale voedingsbodem is om de zorgzwaartebekostiging eenvoudig te implementeren.

Een V&V - organisatie gaf het volgende aan over cultuur: *‘Kernwaarden medewerkers zijn mensgericht, grote betrokkenheid onderling en informeel werken. De waarden van het eigen gezin zijn flink dominant aanwezig zijn en sterker dan de werkwaarden. De bedrijfsvisie is onderontwikkeld en dat proberen we nu te introduceren. Mensen aanspreken op hun medewerkerschap is echt een revolutie. Dit raakt het paradigma van de organisatie. Er is langzaam een verandering aan het ontstaan in de cultuur. Cultuur is een moeilijk begrip. Een sturingsinstrument om cultuur te veranderen is er niet, alleen verklaringsmodellen. We proberen de cultuur wel te beïnvloeden, bijvoorbeeld door leidinggevendenden te wisselen en voorbeeldgedrag’*.

Een andere V&V - organisatie geeft aan dat de cultuur dient te veranderen naar meer accurate, resultaatgericht en bedrijfsmatiger manier van werken. Dit, in combinatie met het leveren van belevingsgerichte zorg en het centraal stellen van de autonomie van de cliënt.

Een derde V&V - organisatie geeft aan dat er een cultuurverandering in gang gezet is die goed aansluit bij de stelselwijziging. Het gaat hierbij om kernwaarden als transparantie, geloof in eigen kunnen, energiek, toewijding en synergie. Hiervoor is binnen de nieuwe cultuur ondernemingszin, meer naar buitengerichtheid en flexibiliteit nodig.

De respondenten van de GGZ instellingen gaven aan dat er geen cultuuromslag hoeft plaats te vinden als gevolg van de invoering van zorgzwaartebekostiging. Visie moet leidend zijn en niet een stelselwijziging. Opmerkelijk genoeg zetten de ondervraagde organisaties wel in op een zakelijker manier van denken en handelen, ingegeven vanuit het financieel tekort.

6.6 Bevindingen ten aanzien van de dilemma's

1. Klantintimiteit versus kostenleiderschap

De klant krijgt in het nieuwe stelsel helder voor ogen waar hij recht op heeft op basis van zijn toebedeelde ZZP. Dit schept mogelijk verwachtingen van de cliënt naar de aanbieder toe. De vraag is of de aanbieder deze verwachtingen altijd kan waarmaken. De ondervraagde V&V organisaties zien dit punt vooralsnog niet echt als een groot dilemma. Wel wordt hard gewerkt aan het ontwikkelen van een goede zorgleefplanbespreking met de klant. De ene organisatie heeft haar medewerkers al getraind op dit gesprek terwijl de andere nog beleid aan het maken is hoe deze bespreking moet gaan plaats vinden. De meeste V&V respondenten spreken ook de verwachting uit dat niet alle behoeften van de klant beantwoord kunnen worden vanuit het ZZP tarief. Dit vraagt dus om ondernemerschap van de organisatie ten einde op een andere manier de behoefte van de klant invulling te geven en te financieren.

Alle V&V organisaties zijn van mening dat de dialoog met de klant meer aandacht moet krijgen, waardoor de klant zelf meer invloed heeft op de wijze waarop het ZZP invulling krijgt.

De ondervraagde GGZ organisaties houden zich niet echt bezig met dit dilemma.

2. Aanpassingen in de portfoliomix

Vrijwel elke instelling onderzoekt de consequenties voor de samenstelling van de portfolio als gevolg van de invoering van zorgzwaartebekostiging. Zowel binnen de V&V als de GGZ is de discussie gaande of alle ZZP's geleverd moeten worden. Dit geldt met name voor de lage ZZP1 en ZZP2, waarbij de zorgvraag dermate beperkt is dat deze ook door alternatieven gedekt kunnen worden (bijvoorbeeld ambulante hulp, thuiszorg, deeltijd). Geen van de ondervraagde instellingen heeft aangegeven op dit moment al de keuze te hebben gemaakt in het beperken van de zorgzwaartepakketten, het blijft tot nu toe nog bij gedachten.

Hiernaast kan bij portfolio ook gedacht worden aan het ontwikkelen van private diensten als aanvulling op de collectief gefinancierde ZZP's. Voor alle V&V organisaties geldt dat zij zich hier op oriënteren of al mee bezig zijn. Geen van de GGZ organisaties blijkt hier mee bezig te zijn.

Twee instellingen in de V&V bevinden zich in een transitie, nadat zij de keuze hebben gemaakt om zorgzwaartepakketten te concentreren op bepaalde locaties en of afdelingen. Dit doen zij om de benodigde deskundigheid te kunnen garanderen. Dit betekent dat, bij toename of afname van zorgzwaarte, cliënten gedwongen zullen worden om te verhuizen gedurende het verblijf in het verzorging- of verpleeghuis. Deze keuze is financieel ingegeven, terwijl het daarnaast ook de doorstroming moet verbeteren. Als sprake is van verplichte verhuizingen kan zo ook beter gestuurd worden op een eventuele de wachtlijst per ZZP.

De discussie bij de GGZ spitst zich toe op het onderscheid ZZP B en C. Alle GGZ instellingen geven aan de focus te leggen op behandeling en minder op begeleiding. Bij een van de instellingen heeft dit al voor de komst van de ZZB geleid tot het afstoten van deze doelgroep naar de V&V. Een van de andere instellingen stelt dat zij op basis van de zorgprofielen heeft vastgesteld dat de oudere patiënten beter passen in het profiel van de V&V. Bij deze doelgroep staat begeleiding en somatiek voorop, terwijl het psychiatrische beeld is uitgedoofd. Met de V&V wil zij afspraken maken indien er sprake is van incidentele behandeling, of om aan kennisdeling te gaan doen.

Een andere instelling, die zowel V&V als GGZ bedient, kiest er vooralsnog voor deze ontwikkelrichting van overheveling van GGZ naar V&V niet te volgen. Cultuurverschillen tussen de divisies van deze organisatie zijn zo groot dat het de ontwikkeling van de doorvoering van een uniforme invoering van de ZZB binnen de gehele organisatie in de weg staat. Vooralsnog is er voor gekozen deze scheiding tussen V&V en GGZ ten aanzien van de invoering van de ZZB te handhaven en alleen expertise te delen. Op een later moment zal bezien worden of samenwerking ook op andere terreinen mogelijk is.

Als laatste benoemen we dat een V&V instelling zelf een GGZ toelating heeft aangevraagd, omdat de lokale zorgaanbieders GGZ ouderen niet bedient.

Binnen de V&V geeft een van de respondenten aan dat het belangrijk is om bij de keuze voor het samenstellen van de portfolio niet alleen te kijken naar het tarief, maar ook te bezien wat je er voor moet leveren en hoe zich dit tot elkaar verhoudt (effort). Hiertoe is inzicht in de kostprijs nodig. Het kan namelijk financieel interessant zijn om lage(re) ZZP's aan te bieden. Uiteindelijk gaat het om de verhouding opbrengsten ten opzichte van de kosten.

3. Klein- versus grootschaligheid

De meeste V&V respondenten laten zich door de ZZB niet van de wijs brengen voor wat betreft het naleven van de visie op kleinschalig wonen. Op basis van de berekening van de ZZP in de kleinschalige woonvormen wordt het aantal bewoners per groep wel onder de loep genomen.

Over het algemeen stelden de organisaties dat de betaalbaarheid van kleinschaligheid door zorgzwaartebekostiging zwaarder onder druk komt te staan. Het is in ieder geval niet mogelijk een groepswoning van zes bewoners stand alone in de wijk exploitabel te maken. Dit was overigens ook niet mogelijk in de oude financieringssystematiek. Verder valt op dat een aantal V&V respondenten aangeeft het noodzakelijk te achten de extramurale tak van de V&V in te schakelen om kleinschalige woonvoorzieningen in de wijk te ondersteunen. Hiermee wordt in het bijzonder het toezicht in de nachtsituatie betaalbaar.

Eén van de organisaties overweegt haar bouwplannen voor kleinschalige woonvoorzieningen in de wijk stop te zetten en kleinschaligheid binnen een meer grootschalige setting te realiseren.

Eén van de GGZ instellingen herkent zich in dit dilemma en overweegt om kleinschalige voorzieningen in de wijk niet te realiseren, maar in plaats hiervan

kleinschaligheid te realiseren in een grootschaliger voorziening. De overige GGZ instellingen herkenden zich verder niet in dit dilemma.

4.ZZP gericht op individuele klant versus solidariteit

De stelling van de ondervraagde V&V organisaties is dat de solidariteit afneemt vanwege het uitgangspunt van individuele benadering van de klant met zijn zorgzwaartepakket. Zij vinden het daarom belangrijk te investeren in de relatie met de klant. Enerzijds duidelijk krijgen over wat de wensen en behoefte zijn van de klant, om daarop aan te sluiten met wat de organisatie wel en niet kan bieden.

De verwachting van de geïnterviewde V&V organisaties is dat met name het personeel moeite heeft met differentiatie van zorg naar klanten. Personeel is gewend gelijkmatig verdeeld te zorgen voor alle bewoners, ongeacht de individueel vastgestelde zorgzwaarte. Het onderscheid in zorgzwaarte vraagt een andere attitude van medewerkers. De ene bewoner heeft nu eenmaal meer zorg nodig dan de andere. Deze ontwikkeling wordt met name zichtbaar in het verzorgingshuis.

Het merendeel van de V&V en GGZ ondervraagde organisaties verwacht niet dat het solidariteitsvraagstuk op korte termijn sterk zal gaan spelen voor de bewoners en of diens vertegenwoordiger. Incidenteel verwacht men van bewoners of diens vertegenwoordigers een vraag over verdeling van zorg per cliënt. De verwachting is dat dit marginaal zal zijn waardoor niet echt sprake is van een dilemma.

Binnen de kleinschalige setting voor mensen met dementie blijft de solidariteit wel overeind. Dit betekent dat de ondervraagde V&V organisaties de opbrengst van de ZZP's van de groep samenvoegt van waaruit de exploitatie ingericht wordt. De individuele benadering van de bewoner blijft hierbij gewaarborgd.

5.Rehabilitatievisie sluit niet aan bij de manier waarop de ZZP worden ingevuld namelijk vanuit de ziekte of het ziektebeeld.

Deze vraag doet zich met name voor in de GGZ. De ondervraagde GGZ organisaties herkennen dit dilemma. Er is de afgelopen jaren fors geïnvesteerd in het aanvullend zijn op het vermogen van de klant. Voor uitvoerenden in de GGZ is het daarom moeilijk om binnen het kader van de ZZP's uit te gaan van het tegenovergestelde, namelijk de ziekte van de cliënt. De ondervraagde bestuurders gaven aan dat dit dilemma niet te zwaar aangezet moet worden. Cliënten komen niet voor niets bij de GGZ met een hulpvraag. Van hulpverleners mag verwacht worden dat zij de vertaalslag kunnen maken van ziektebeeld naar de zienswijze voor de behandeling of het verblijf in de GGZ instelling. De systematiek wordt soms te makkelijk als excuus gebruikt. Zorgzwaartebekostiging biedt naar mening van de respondenten voldoende mogelijkheid om de functioneringsgerichte rehabilitatievisie toe te passen.

Dit vraagstuk blijkt uit de gegeven antwoorden niet te spelen binnen de V&V.

7 Analyse

7.1 Inleiding

In hoofdstuk 4 is de theorie van strategische keuzes en bedrijfsvoering in verbinding gebracht met het onderwerp zorgzwaartebekostiging. In dit kader zijn in het schema in paragraaf 4.3 bepaalde veronderstellingen gedaan ten aanzien van de verbinding tussen de gekozen generieke strategie en de inrichting van de bedrijfsvoering, toegepast op zorgzwaartebekostiging. Dit hoofdstuk gaat in op de vraag wat wij van deze veronderstellingen hebben terug gezien in de praktijk. Dit betekent dat de veronderstellingen vanuit de theorie worden gespiegeld aan de praktijk.

Allereerst wordt de analyse opgemaakt van de algemene bevindingen uit de interviews. Vervolgens worden de bevindingen ten aanzien van generieke strategieën, ontwikkelrichtingen en bedrijfsvoering geanalyseerd om uiteindelijk te komen tot een analyse van de veronderstellingen uit paragraaf 4.3. Ten slotte wordt ingegaan op de dilemma's die voorafgaand aan het empirisch onderzoek zijn geformuleerd. De vraag wordt beantwoord in hoeverre zij uitkomen in de praktijk. De verschillen tussen de sectoren GGZ en V&V worden per paragraaf benoemd.

7.2 Analyse van de algemene bevindingen van de interviews

Voor deze analyse maken wij onderscheid tussen de stand van zaken en de opbrengst van zorgzwaartebekostiging voor de ondervraagde organisaties.

7.2.1 Analyse van de stand van zaken invoering

Op basis van de bevindingen uit de interviews kan opgemerkt worden dat de V&V drukker is met zorgzwaartebekostiging dan de GGZ. In deze paragraaf analyseren wij een aantal mogelijke verklaringen hiervoor.

Een eerste verklaring kan gezocht worden in het gegeven dat de GGZ, voorafgaand aan de invoering van de zorgzwaartebekostiging, al enigszins gewend was aan een toekenning van zorgzwaartes. Hierbij werd al onderscheid gemaakt in behandeling en ondersteunende begeleiding. V&V werd bekostigd op basis van bezet bed. Deze voorsprong van de GGZ ten opzicht van de V&V zou kunnen impliceren dat de GGZ al verder is met de aanpassingen in de bedrijfsvoering. Deze relatie hebben wij echter niet aangetroffen.

Het aandeel zorgzwaartebekostiging in de totale omzet van de organisaties ten opzichte van andere financieringsbronnen, bijvoorbeeld ZWV en WMO, zou ook een rol kunnen spelen in de mate waarin zorgzwaartebekostiging aandacht krijgt in organisaties. In eerste instantie lijkt op basis van de eerste uitkomsten van de interviews dat het deel zorgzwaartebekostiging in de GGZ organisaties kleiner is dan in de V&V organisaties. Bij nader inzien is dit onderscheid maar marginaal

aanwezig. De ondervraagde V&V organisaties hebben een vergelijkbare verdeling van financieringsbronnen als binnen de ondervraagde GGZ organisaties. In beide sectoren komt gemiddeld 35% van de opbrengst voort uit de zorgzwaartebekostiging en overige deel uit andere financieringsvormen. Er is ons inziens wel een gevoelsmatig verschil. Uit de interviews concluderen wij dat de GGZ organisaties geneigd zijn de focus te leggen op kortdurende en acute zorg, vergoed uit de ziektekostenverzekering en gericht op herstel.

Ook de marktpositie van de GGZ en de V&V organisaties lijkt niet echt van invloed. In eerste instantie dachten wij dat de ondervraagde GGZ organisaties vanwege hun monopolypositie in het geografische gebied zich niet zo druk maken over zorgzwaartebekostiging, omdat de afspraken met het zorgkantoor wel gegarandeerd zouden zijn. De V&V organisaties die wij gesproken hebben, hebben echter in hun werkgebied net als de GGZ organisaties een sterke positie naar het zorgkantoor. Dus ook hier is het verschil in drukte niet te herleiden.

Concluderend denken wij dat de voorsprong van de V&V gelegen is in het verschil van culturen tussen de twee branches. GGZ lijkt meer tegendraads van nature. Kort gezegd worden de wijzigingen vanuit Den Haag over het algemeen niet echt hartelijk ontvangen. Binnen de V&V is dit in zekere zin ook wel de eerste reactie, maar worden wijzigingen toch wel snel geaccepteerd. Dit is ook bij zorgzwaartebekostiging gebeurd, waarna de V&V organisaties intensief aan de slag zijn gegaan met de invoering van de zorgzwaartebekostiging. Binnen de V&V sector is nog wel discussie over specifieke doelgroepen, zoals ademhalingsproblematiek en Huntington, aangevoerd door de betreffende patiëntenorganisaties. Deze discussie weerhoudt de V&V organisaties er niet van door te pakken op de invoering van zorgzwaartebekostiging.

De stelling dat de V&V sector verder is dan de GGZ sector wordt onderbouwd door drie van de vijf deskundigen die wij hebben gesproken. Zij zien dat er binnen de GGZ sector nog gediscussieerd wordt over strategische thema's van het nieuwe stelsel. Zo wordt ondermeer nog een discussie gevoerd over de wijze waarop invulling is gegeven aan de componenten b (voortgezet verblijf met behandeling) en c (verblijf met ondersteuning). Zolang dergelijke discussies nog gaande zijn blijft echte acceptatie uit en daarmee de noodzakelijke aanpassingen in de bedrijfsvoering.

7.2.2 Analyse van de opbrengst van zorgzwaartebekostiging

De ondervraagde V&V organisaties zien zorgzwaartebekostiging als een goed instrument om inzichtelijk te maken welke zorg en diensten geleverd moeten worden per cliëntencategorie. Tot nu toe was dit een black box voor de intramurale sector waarin de toedeling van zorg en behandeling subjectief over de verschillende doelgroepen werd verdeeld. De V&V organisaties hebben met de zorgzwaartebekostiging een leidraad in handen gekregen waarmee de zorg per individuele zorgzwaarte inzichtelijk gemaakt wordt.

De opbrengst van zorgzwaartebekostiging gaat in dit kader voor de V&V organisaties nog verder. Vooral in de lagere ZZP's wordt zichtbaar dat er nog al eens teveel zorg is geleverd. Zorg die in feite ook niet echt noodzakelijk was voor de doelgroep. Het meest in het oogspringende voorbeeld is het koffierondje in

het verzorgingshuis, ook bij mensen die prima zelf nog een kopje koffie kunnen zetten. Hier wordt hier een paradigma geraakt: de bewoner die met een warme deken wordt omarmd en waarvoor de zorg volledig wordt overgenomen door de verzorgende. De schijnbare grenzeloosheid aan zorg en de zorg overnemen van de klant wordt nu ter discussie gesteld en aangepakt. Overigens is dit niet alleen een mooie opbrengst maar tevens een noodzaak omdat de ZZP tarieven een strakke inzet van zorg en eventueel behandeling vereist. Robbert Huijsman maakt in dit kader de relativiserende opmerking dat er ook V&V organisaties zijn die al wel zakelijk omgaan met de inzet van zorg. Dus alleen zorg en diensten leveren waar opbrengsten tegen overstaan, uit het ZZP of private middelen.

Naast het inzicht in het te leveren zorgvolume per zorgzwaarte geeft het onderscheid in zorgzwaarte ook helderheid over de verdeling van zorg en behandeling over psychogeriatrisch- en de somatische cliëntgroepen. Omdat een eenheidstarief werd gehanteerd voor alle doelgroepen werden intern de middelen toebedeeld. Dit resulteerde vaak in relatief meer behandeling voor somatische cliënten wat ten koste ging van de psychogeriatrische cliënten. De ZZP's heffen deze subjectiviteit op, wat als een opbrengst wordt ervaren in de V&V organisaties.

Tevens wordt door zorgzwaartebekostiging, per ZZP zichtbaar welk deel van het tarief voor zorg, behandeling of facilitair bedoeld is. Voor veel V&V organisaties een jarenlange strijd, die nu wordt beslecht.

In de verzorgingshuizen wordt de individuele benadering van zorgzwaartebekostiging omarmd, vanwege de aansluiting bij de relatief zelfstandige doelgroep.

Voor de psychogeriatrische doelgroep in kleinschalige woonvormen is deze vanzelfsprekendheid er niet. In het kleinschalig wonen gaat het om het groepswonen waarin juist de herkenbaarheid van het dagelijkse leven centraal staat met daarbinnen aandacht voor de individuele behoefte van de bewoners. De inzet van personeel en middelen wordt ingezet voor de groep in zijn geheel. Er is een integrale werker op de woning die zorg draagt voor de zorg en het welzijn van de bewoners. De hoogste ZZP is daarom leidraad voor de inzet van het deskundigheidsniveau. R. Huijsman, een van de deskundigen, is een heel andere mening toegedaan: *'zet op kleinschalige woonvoorzieningen als deze een huismoeder en koop de overige benodigde deskundigheid in'*.

De visie op kleinschalig wonen is leidend bij het inrichten van de bedrijfsvoering in plaats van de zorgzwaartebekostiging. De deskundige vanuit het zorgkantoor die wij hierover spraken, onderbouwd dit uitgangspunt met zijn uitspraak dat het tarief van de aanwezige ZZP's in de kleinschalige setting bij elkaar gebracht kan worden ten behoeve van de inzet van personeel en middelen voor de groep, zolang dit transparant wordt gemaakt naar de klant. Een andere deskundige twijfelt of deze stelling juist is. In de VG sector is inmiddels jurisprudentie waaruit blijkt dat het individuele pakket leidend is t.o.v. de solidariteit.

Uiteindelijk zien de GGZ organisaties zorgzwaartebekostiging toch vooral als een verkapte vorm van bezuinigingen. Ons inziens is dit niet het geval, omdat het macrobudget per sector als vertrekpunt is gebruikt, gerelateerd aan de inkomsten. De ZZP geeft inzicht in het niveau van de individuele verstrekking en

kan leiden tot kostenverhoging ten opzicht van de huidige situatie. Door de herverdeling gaat de ene organisatie er op achteruit en de ander er op vooruit. Uit de bevindingen constateren wij dat de GGZ organisaties die er op achteruit gaan vooral aandacht hebben voor het ontstane financiële tekort en hiermee minder oog hebben voor de invoering van de zorgzwaartebekostiging in de volle omvang. Naast de reductie van de opbrengst in het kader van de zorgzwaartebekostiging is de financiële druk extra hoog in de ondervraagde GGZ organisaties, door de problematiek van de bevoorschotting van de DBC's en het kapitaalslastenvraagstuk.

zorgzwaartebekostiging lijkt de discussie rondom de core business van de GGZ extra aan te scherpen: waar willen wij voor zijn en waar willen wij in wil uitblinken. De discussie lijkt zich toe te spitsen op behandeling versus wonen wat in sommige organisaties al resulteert in het uitfaseren van delen van de ouderenpsychiatrie naar de V&V.

7.3 Analyse van de bevindingen voor de keuze voor generieke strategie

Zowel de ondervraagde GGZ als de V&V organisaties geven aan dat de invoering van zorgzwaartebekostiging geen invloed heeft op de generieke strategische keuze. Zij vinden dat visie leidend is ten opzichte van de financieringssystematiek. Deskundige Hans Oosterkamp, die namens VWS organisaties ondersteund heeft door middel van supportanalyses, geeft aan dat hij herkent dat organisaties op dit moment vooral bezig zijn met de bedrijfsvoering waar het gaat om zorgzwaartebekostiging. Hij meent dat het strategische element van zorgzwaartebekostiging pas over anderhalf twee jaar naar voren zal komen als de bedrijfsmatige invoering geregeld is. Organisaties richten zich nu vooral op overleven en zorgen dat de administratie op orde is.

Hoewel organisaties aangaven dat zorgzwaartebekostiging geen invloed heeft op de generieke strategie, constateren wij dat in de vertaalslag van visie, zorgzwaartebekostiging wel invloed heeft. Dit blijkt uit bijvoorbeeld de discussie over groepsgroottes in kleinschalige woonvoorzieningen die onder invloed van zorgzwaartebekostiging mogelijk groter moet worden. Verder zien wij dat zorgzwaartebekostiging visie op individuele zorg juist kan ondersteunen. Een van de ondervraagde GGZ instelling overweegt om, als gevolg van de invoering van zorgzwaartebekostiging kleinschalige woonvoorzieningen niet meer te realiseren. Het is de vraag in hoeverre instellingen zich realiseren dat dit soort keuzes de generieke strategie raakt: hoe bewust wordt er eigenlijk gestuurd door de bestuurder? De financiële gevolgen van de zorgzwaartebekostiging lijken hier een hogere prioriteit te krijgen dan een bewuste keuze en uitwerking van de generieke strategie als klantintimiteit of productleiderschap.

Waar het gaat om de generieke strategie zeggen de meeste GGZ- organisaties dat zij productleiderschap nastreven. De ondervraagde instellingen konden niet aantonen hoe productleiderschap tot uiting komt voor de doelgroep GGZ ouderen. De essentie van productleiderschap lijkt eerder tot uiting te komen in

kortdurende behandeling (evidence based programma's, medicatie, etc). Voor verblijfslocaties is geen helder beeld verkregen waaruit blijkt dat productleiderschap als generieke strategische keuze aan de orde is.

Bij productleiderschap is daarnaast het excelleren in het product het een belangrijk uitgangspunt, waarbij de cliënt bereid is hier meer voor te betalen. De doelgroep van de GGZ die te maken heeft met zorgzwaartebekostiging is echter het tegendeel van koopkrachtig te noemen. Verder is het zorgkantoor zeker niet bereid om extra middelen in te zetten voor excellente zorg.

7.4 Analyse ten aanzien van de ontwikkelrichting

Zoals al in 3.2.2 gesteld kan een organisatie op verschillende wijzen richting kiezen om haar generieke strategie te bereiken. Aaker¹⁹ noemt in dit opzicht vooral groeistrategieën, waar een organisatie zich op kan richten. Ansoff²⁰ geeft aan dat er naast deze groeistrategieën er ook sprake kan zijn van afstoten van producten en van consolidatie (marktbehoud van bepaalde producten).

Het gaat uiteindelijk steeds om de meest geschikte product-marktcombinaties, ofwel een portfoliomix vinden bij veranderingen in de externe omgeving, zoals nu door de wijziging van de financieringssystematiek.

Bij de analyse van de bevindingen uit de interviews, waar het gaat om de ontwikkelrichtingen van de organisaties, blijkt dat zij vooral bezig zijn met het vinden van de optimale portfoliomix en in mindere mate met het ontwikkelen van alternatieve groeistrategieën. Wat wel een interessante groeiontwikkeling is, is de ontwikkeling van aanvullende diensten in de richting van de private markt. Deze ontwikkeling staat echter nog in de kinderschoenen.

Zorgzwaartebekostiging maakt inzichtelijk dat niet elke behoefte van de cliënten gedekt kan worden uit de ZZP tarieven. Opvallend is dat vooral de V&V organisaties getriggerd worden om aan die behoefte te voldoen. Zij doen dit door aanvullende diensten te ontwikkelen en aan te bieden. Hierbij kan gedacht worden aan bijvoorbeeld facilitaire services, maar ook uitvaartservice. Deze worden dan uit private middelen gefinancierd.

GGZ - organisaties zijn hier niet mee bezig. Verklaring hiervoor kan zijn dat de doelgroep zelf niet kapitaalkrchtig is en banden met familie vaak verbroken zijn. Een andere verklaring kan zijn dat de V&V een trend kent waarin een verschuiving van zorg naar kwaliteit van leven en welzijn gaande is. Er wordt al langer nagedacht over het scheiden van wonen en zorg waardoor het denken in te onderscheiden huurovereenkomsten, zorgovereenkomsten en servicepakketten makkelijker is in de V&V dan bij de GGZ.

Het grensvlak ouderenpsychiatrie en V&V is veelvuldig aan de orde gekomen in de interviews bij beide sectoren. De profielen uit de systematiek prikkelt deze discussie zeker. Zo sluit de ZZP 6 uit de GGZ goed aan bij de ZZP 7 van de V&V,

¹⁹ David A. Aaker, Marktgericht strategisch beleid, 6^e herziene druk, 2002

²⁰ Ansoff, I., Corporate Strategy, Penguin Books, London, 1987

als bij de oudere cliënt het psychiatrische beeld dooft en de somatiek toeneemt. De analyse hierbij is het zoeken naar wat nu de meest passende zorg voor de cliënt is. Dit roept de vraag op in hoeverre GGZ - organisaties de zorg voor ouderen, nog wel wil bedienen en of deze zorg niet beter overgedragen kan worden aan de V&V. Hierbij speelt ons inziens zeker het punt dat GGZ - organisaties zich vooral willen richten op behandeling en minder op ondersteunende begeleiding.

In de V&V speelt vooral de discussie hoe de zorg rond de psychiatrische patiënt met een somatische grondslag gefinancierd kan worden vanuit een ander oogpunt. Vaak werd deze zorg bekostigd vanuit een samenwerkingsverband met de GGZ. Hierdoor is nu sprake van een relatief kostbare zorg als men dezelfde zorg met dezelfde deskundigheden wil blijven leveren. De aanvraag voor toelating voor de GGZ van een van de respondenten speelt hier ons inziens strategisch goed op in. Hierdoor is sprake van een nieuwe toetreders in een nieuwe markt met een nieuw product. Hiermee geeft deze organisatie vorm aan een groeistrategie, mede omdat er vanaf 2010 geen sectorvreemde ZZP's meer toegestaan zijn.

Verder kwamen wij bij de zoektocht naar de gewenste portfoliomix voor V&V organisaties een spanningsveld tegen. Dit spanningsveld gaat over de keuzevrijheid van de cliënt om te gaan wonen waar men wil en/of zorg af te nemen bij de zorgaanbieder van keuze vs. financiële haalbaarheid voor zorgaanbieders van het al dan niet aanbieden van alle ZZP's ten opzichte van de publieke taak. Dit spanningsveld gaat vooral over het aanbieden van ZZP 1 en ZZP 2 intramuraal. Bij een ZZP 1 is er voor zorgverlening gemiddeld (inclusief bandbreedte) vier uur zorg per week beschikbaar per cliënt. Daadwerkelijk blijft hier dan drie uur zorgverlening per week van over. Voor een ZZP 2 gaat het om ongeveer acht uur zorg per week. Op basis van deze uren wordt het voor een zorgaanbieder bij grote concentraties van ZZP 1 en 2 in een kleine locatie praktisch en financieel onmogelijk om een nachtdienst in te zetten. Enerzijds zijn er gewoonweg niet genoeg uren vanuit de ZZP's beschikbaar om deze zorg in te zetten. Anderzijds is het vanuit het tarief: 59,78 euro voor ZZP 1 en 75,13 euro voor ZZP 2 (prijsspeil februari 2009) niet mogelijk om hier een kwalitatief verantwoorde nachtdienst op in te zetten.

Daarnaast gelden als leveringsvoorwaarden voor V&V vanuit de NzA onder andere dat er een adequaat systeem van alarmering en alarmopvolging én fysiek 24-uurs toezicht dient te zijn. Als antwoord hierop bieden zorgaanbieders aan om ZZP 1 en ZZP 2 aan te leveren vanuit de extramurale situatie. Hierbij maakt de cliënt dan geen gebruik van zijn/haar recht op de indicatie verblijf. Ook zijn er organisaties die ZZP 1 en ZZP2 niet meer intramuraal willen opnemen. Dit betekent dat de cliënt in deze situatie geen gebruik kan maken van zijn/haar recht op intramuraal verblijf bij de zorgaanbieder van keuze.

Dit staat echter op gespannen voet met de publieke taak die zorgorganisaties hebben, zeker als er sprake is van een monopolie binnen een bepaalde regio.

Der deskundige van het zorgkantoor zei hierop dat zorgkantoren wettelijk gezien hier geen sancties richting de zorgaanbieders op kunnen stellen, omdat het privaatrechtelijke stichtingen betreft en daarom niet verplicht gesteld kunnen worden om deze ZZP's gedwongen te gaan leveren. Wel gaf hij aan dat

als dit daadwerkelijk zou gaan gebeuren en hierdoor onvoldoende aanbod ontstaat voor deze doelgroep, het zorgkantoor nieuwe toetreders toe zal laten om aan hun eigen zorgplicht te kunnen blijven voldoen.

7.5 Analyse ten aanzien van de bedrijfsvoering

Structuur

Vooralsnog lijkt de ZZB, op één uitzondering van de V&V respondenten na, weinig invloed te hebben op de structuur van de ondervraagde organisaties. Desalniettemin hebben wij de indruk dat de structuurwijzigingen die hebben plaats gevonden in de ondervraagde organisaties, indirect enigszins beïnvloed zijn door de stelselwijziging. Dit wordt vooral zichtbaar in de functie waarin de verantwoordelijkheden zijn belegd ten aanzien van de coördinatie van het verantwoordingsproces. Deze functie heeft in veel organisaties vorm gekregen of krijgt momenteel vorm. De klantcoördinator, relatiebeheerder, klantkenner (V&V) of persoonlijk begeleider (GGZ) zijn hier vormen van. Deze functie komt voort uit het besef dat het beheersen van het logistieke proces van de klant, dat met een indicatie binnen komt, zorg krijgt en weer uitstroomt, van cruciaal belang is voor de organisatie, ten einde te voldoen aan de verantwoordingseisen en daarmee het waarborgen van de inkomsten.

Het lijkt er op dat er een algemene trend gaande is om verantwoordelijkheden en bevoegdheden lager in de organisatie te gaan beleggen. Dit laat zich verklaren door de keuze om óf dichterbij de klant te staan en zo beter op de klantwens te kunnen anticiperen, óf omdat daar daadwerkelijk invloed uitgeoefend kan worden op de kosten.

Systemen

Voor zowel de GGZ als de V&V was het in de oude systematiek niet noodzakelijk verantwoording af te leggen over de geleverde zorg betreffende inzet in uren en discipline. Zorgzwaartebekostiging maakt hieraan een einde. Concreet betekent dit dat de toedeling van middelen naar de verschillende zorgonderdelen in organisaties niet langer door de instelling zelf bepaald kan worden, maar plaatsvindt op basis van indicatie en bekostiging. Dit vraagt om andere stuurinformatie.

De meeste instellingen gaven aan nadrukkelijk te sturen op kosten en kwaliteit. In veel mindere mate kwam aan de orde dat in de toekomst andere stuurinformatie noodzakelijk is. Tijdens de interviews kwam naar voren instellingen op organisatie niveau inzicht hebben in het verschil in inkomsten tussen de huidige systematiek en de zorgzwaartebekostiging, maar op pakketniveau nog geen inzicht te hebben of de inkomsten in verhouding staan met de te leveren diensten. Wil je de juiste keuze maken in de mix van ZZP zul je op zijn minst moeten weten of je kunt leveren voor het gestelde tarief, op welke ZZP je rendement behaald kan worden en met welke ZZP je verlies maakt. Organisaties zijn er wel mee bezig, maar het lijkt er op dat dit op dit moment nog geen gemeengoed is binnen zowel de V&V als de GGZ is.

De ZZB brengt een extra sturingsmechanisme op gang, nl. het sturen op individueel cliëntniveau. Instellingen zijn er nog niet klaar voor om hier op te

anticiperen. Tot nu toe is de aandacht vooral uitgegaan naar financiële effecten op instellingsniveau, hetgeen vanuit de historie verklaard kan worden. Immers, instellingen waren gewend om op deze wijze te werken. Het lijkt er op dat nog niet bij elke instellingen in beeld is dat sturen op individueel cliëntniveau en het afleggen van verantwoordelijkheid in de toekomst noodzakelijk is.

Personeel

Het valt ons op dat instellingen medewerkers nog niet getraind hebben in het voeren van zorgleefplanbesprekingen, terwijl verwacht wordt dat organisaties per 1 juli 2009 aan deze voorwaarde gaan voldoen. Hier kunnen organisaties tijdens de materiële controle op aangesproken worden. Bij het niet voldoen aan deze regel kan financiële korting toegepast worden.

Het tweede wat opvalt is de wijze waarop men omgaat met het deskundigheidsniveau van het personeel. Zo worden er zowel binnen de V&V als de GGZ het deskundigheidsniveau van personeel neerwaarts bijgesteld. Het lijkt erop de betreffende GGZ organisaties hier wat kort door de bocht gaan. De deskundigheid wordt verlaagd, van verpleegkundige (HBO) naar woonbegeleiders (MBO). Dit gebeurt bij de ondervraagde organisaties niet op basis van visie of kennis van de ZZP's, maar wordt financieel ingegeven. Het is de vraag of dit terecht is.

Waar het gaat om V&V organisaties zegt R. Huijsman: *'Laat de historische budgetten per afdeling los en organiseer de omvang van het personeel aan de hand van de totale ZZP mix. De zorgzwaarte bepaalt het aantal medewerkers en het niveau van de medewerkers. Het niveau van de medewerker vereist een veel lossere koppeling tussen medewerker en afdeling.'* Hij geeft hier ook aan dat dit niet geldt voor een kleinschalige psychogeriatrische setting. *'Je zou ook kunnen zeggen: we zetten in op niveau 2 en daar waar nodig is aanvullen met niveau 3, je zou er bij wijze van spreken goede moeders op kunnen zetten met aanvullende korte trainingen die je herhaalt en koop de benodigde deskundigheid extern in.'*

Het valt op dat nog niet alle ondervraagde organisaties bezig zijn met flexibilisering en het optimaal invullen van de benodigde capaciteit. Het lijkt er vooralsnog op dat de urgentie om hier voortgang mee te maken nog onvoldoende opgepakt wordt. Dit kan te maken hebben met het taaiheid van dit onderwerp: in de meeste gevallen zal aanpassen van de formatie ten aanzien van deskundigheid gaan via natuurlijk verloop. Waar het gaat om het opzetten van bijvoorbeeld een flexpool spelen ook zaken als bereidheid van personeel om op wisselende afdelingen te werken een rol.

Vaardigheden

Alle organisaties zijn bezig met de ontwikkeling van vereiste registratieve vaardigheden. De zorgzwaartebekostiging heeft voor beide sectoren tot gevolg dat medewerkers meer administratieve en bedrijfsmatige competenties dienen te ontwikkelen. Concreet betekent dit dat medewerkers alert moeten zijn dat zij niet meer leveren dan in de ZZP is vastgelegd. Indien de zorgzwaarte toeneemt van de cliënt, dienen zij tijdig herindicaties aanvragen.

Verder is er een opvallend het verschil tussen de GGZ en de V&V organisaties. Waar de GGZ organisaties zich vooral richten op registratie vaardigheden, beginnen de V&V organisaties zich al meer te richten op sociale vaardigheden

zoals het aangaan van de dialoog met de cliënt over het zorgplan. Dit laat zich verklaren in de fase waarin de sectoren zich t.a.v. de invoering van zorgzwaartebekostiging bevinden.

Managementstijl

Uit de bevindingen concluderen we dat zorgzwaartebekostiging invloed heeft op de managementstijl. De benodigde competenties om zorgzwaartebekostiging de juiste inbedding te geven liggen op het gebied van ondernemingszin, innovatie, naar buiten gericht zijn, flexibiliteit en afspraak is afspraak. Dit stelt hoge eisen aan het huidige management.

Het coachen van medewerkers op de nieuwe vraaggerichte houding vraagt nieuwe competenties en een andere managementstijl van managers. Managers moeten bedrijfsmatiger kunnen werken en innovatief zijn, terwijl de medewerkers nog niet zo ver zijn. Hierdoor kan er een spanningsveld ontstaan tussen enerzijds het sturen op kosten en anderzijds het sturen op kwaliteit/service/klantvraag met verantwoordelijkheden laag in de organisatie en een coachende rol van het management.

Dit spanningsveld werd door twee bestuurders benoemd. Zij gaven aan dat er nu vooral reactief gestuurd werd door managers. Slechts een organisatie was ook daadwerkelijk bezig om een scholingsprogramma op te stellen om managers op te leiden richting de gewenste managementstijl.

Dus alhoewel herkend wordt dat er een aanpassing benodigd is van de huidige managementstijl is er nog geen sprake van scholing of sterke sturing op de benodigde competenties van het management.

Cultuur

De bevindingen uit de interviews geven aan dat de cultuur binnen de V&V organisaties flinke aanpassingen behoeft om zorgzwaartebekostiging in te kunnen voeren. Dit zal vooral dienen te gaan richting een cultuur die meer resultaatgericht, zakelijker en bedrijfsmatiger is. Dit is gezien de huidige cultuur van de V&V sector niet verbazingwekkend. Deze is immers geënt op warme overnemende zorg en eigenlijk nauwelijks op registraties of resultaatgericht werken.

Binnen de GGZ instellingen lijkt op dit moment nog onvoldoende besef te bestaan om de doelstellingen van zorgzwaartebekostiging te kunnen realiseren. De GGZ instellingen zijn van mening dat een stelselwijziging niet leidend moet zijn in de cultuur, maar visie. De GGZ instellingen bevindt zich hiermee feitelijk nog in de fase van ontkenning en loopt hiermee, als zij niet oppast, achter de zakelijke feiten aan. Hiermee lopen zij grote risico's. De invoering van ZZB, met al haar verplichtingen is een feit, en heeft grote impact op de organisatie. Wil je aan het roer blijven staan is het belangrijk te anticiperen en zeker in te zetten op meer bedrijfsmatig en cliëntgericht denken.

1. Klantintimiteit versus kostenleiderschap

De individuele benadering van zorgzwaartebekostiging lijkt een appel te doen op klantintimiteit terwijl de tariefstelling om kostenleiderschap lijkt te vragen. Het gaat naar ons idee niet om het een of het ander. Ons inziens gaat het hier om het goed managen van de verwachting van de klant. Enerzijds door goed de dialoog aan te gaan over de behoefte van de klant en hoe het aanbod van de aanbieder hierop kan aansluiten. Anderzijds door invulling te geven aan de behoefte door op een andere manier dan vanuit de collectieve financiering invulling te geven aan de behoefte van de klant.

Jet Wieggers, adviseur van Plexus, onderbouwt dit door te stellen dat het mogelijk is om alle drie de generieke strategieën toe te passen. Als advies geeft zij overigens wel te focussen op één van de strategische keuzes. De twee overgebleven strategieën vragen ook aandacht maar er hoeft niet op geëxcelleerd te worden. Zolang het uitgangspunt de behoefte van de klant is maakt het niet uit welke generieke strategie meer focus krijgt. Uiteindelijk gaat het erom hoe slim je dingen organiseert, ten einde invulling te geven aan de behoefte van de klant. Zij geeft aan dat je creatief moet zijn in de wijze van invullen van deze behoefte, bijvoorbeeld door middel van de inzet van vrijwilligers, het bieden van extra service en het betrekken van de particuliere markt.

2. Aanpassingen in de portfoliomix

Onder invloed van zorgzwaartebekostiging vinden een aantal ontwikkelingen plaats die van invloed zijn op de samenstelling van de portfolio:

- Aanbod versus voldoen aan publieke taak
- Groeistrategie versus private aanbod
- GGZ psychiatrie versus V&V gerontopsychiatrie, psychogeriatric
- Inkomsten versus uitgaven (effort)
- Concentreren
- Klein versus grootschaligheid

Het is opzienbarend dat zorgzwaartebekostiging het portfoliovraagstuk in deze mate triggert. Dit, omdat de teneur van de bestuurders tijdens de interviews eigenlijk was dat ZZB geen grote invloed heeft op de organisatie. Portfolio mag toch gezien worden als een belangrijk strategisch vraagstuk van een organisatie.

3. Klein- versus grootschaligheid

Het is opvallend dat de meeste V&V instellingen zich herkennen in het dilemma, maar visie leidend laten zijn t.o.v. de druk op de tarieven. De ondervraagde V&V organisaties ondervangen de financiële druk door de groeps grootte iets op te rekken, functiedifferentiatie toe te passen of de extramurale tak van de V&V in te schakelen om kleinschalig wonen in de wijk te ondersteunen.

Overigens is het opmerkelijk dat deze discussie nú plaatsvindt. Immers, de groep waar het om gaat (met name PG en GP) ontvangt met de ZZP meer

middelen dan voorheen. Bestuurders hebben blijkbaar geen inzicht in de kosten en opbrengsten van kleinschalig wonen.

Verwachting is dat er in de toekomst een groot beroep gedaan zal worden op de creativiteit van zorgaanbieders om visie leidend te laten blijven, en invulling te blijven geven aan kleinschaligheid met zorgzwaartebekostiging als financieringsbron. Dit betekent dat organisaties buiten bestaande paradigma's zullen moeten treden om deze vorm van zorg te kunnen handhaven, dan wel op een andere manier moeten gaan aanbieden. In de beschouwing zullen wij hier nader op terug komen.

4. ZZP gericht op individuele klant versus solidariteit

Op dit moment wordt dit in de praktijk nog niet als dilemma ervaren. De cliënt wordt weliswaar via zorgzwaartebekostiging gestimuleerd te participeren in zijn of haar zorgproces, maar begeeft zich zelf nog in het paradigma van 'verzorgd worden' en 'ieder heeft recht op hetzelfde'. Het dilemma verzwakt verder nog door de combinatie van het beeld dat bij personeel leeft ten aanzien van zorg. Het is de vraag of een stelselwijziging mondigheid van de gemiddelde cliënt kan stimuleren als de cliënt er zelf nog niet aan toe is.

Binnen de GGZ sector is het dilemma voor cliëntparticipatie lastiger dan in de V&V. De keuze van de cliënt komt regelmatig niet overeen met de professionele inzichten van de behandelaar of begeleider. Zo kan het zijn dat een cliënt zelf wil beschikken over zijn of haar dagindeling, terwijl dit voor de gemoedstoestand van de cliënt niet aan te bevelen is. Van personeel moet getraind worden om te bezien in welke mate de cliënt al dan niet kan participeren in de wijze van behandelen of begeleiding. Dit vraagt niet alleen een paradigmashift bij het personeel, maar ook bij de cliënt die veelal een lange historie heeft bij de GGZ en volledig geïnstitutionaliseerd.

Bijzonder is de opmerking van een van de bestuurders van de GGZ die aangaf dat *'het dilemma van het tekort aan middelen is groter dan het solidariteitsvraagstuk. Cliënten zullen ontevredener worden omdat er minder middelen beschikbaar worden gesteld.'* Dit lijkt een passende opmerking in het kader van de fase waarin GGZ instellingen verkeren als het gaat om de invoering van het gedachtegoed achter zorgzwaartebekostiging.

Welzijnsactiviteiten maken geen deel uit van de ZZP. Niet ieder cliënt is draagkrachtig genoeg om deze te bekostigen. Wel zijn er gedachten om voor deze specifieke voorzieningen te bezien in hoeverre het mogelijk is om mensen van elkaar te laten accepteren dat men naar vermogen bijdraagt. Dit kan bijvoorbeeld in de vorm van een bijdrage in natura (bijv. koken op een groep), of door middel van een financiële bijdrage. De vraag is of dit uitmiddelen mogelijk blijft.

5. Rehabilitatievisie sluit niet aan bij de manier waarop de ZZP worden ingevuld namelijk vanuit de ziekte of het ziektebeeld.

Uit de bevindingen blijkt dat de GGZ het dilemma goed herkennen maar tegelijkertijd aangeven dat er niet al te zwaar aan getild moet worden. De analyse hiervan kan zijn dat zij het deskundigheidsniveau van hun personeel

dermate hoog achten dat deze goed om kunnen gaan met dit dilemma in de praktijk.

Het is opmerkelijk dat binnen de V&V sector de omgekeerde beweging waar het gaat om de rehabilitatie nu pas wordt ingezet. Daar waar de functioneringsgerichte rehabilitatie de laatste jaren gemeengoed is geworden binnen de GGZ, lijkt deze zich binnen de V&V nu pas te gaan ontwikkelen. De regie in handen van de patiënt en de cliënt laten doen wat hij nog kan, in plaats van de cliënt de 'ontzorgen'. Onze analyse hierop is dat er sprake is van een cultuuromslag binnen de V&V, waarbij het overnemen van de zorg van familie en van de cliënt zelf langzaam plaats maakt voor warme zorg waarbij de cliënt zelf de regie in handen blijft houden. In die zin kan de V&V hier iets van de GGZ leren.

7.7 Analyse van de veronderstellingen

De door ons gemaakt veronderstellingen ten aanzien van de invoering van de zorgzwaartebekostiging zijn in te delen in drie onderdelen:

7.7.1 Samenhang tussen zorgzwaartebekostiging en strategie

Er zijn geïnterviewden die een duidelijke keuze hebben gemaakt voor een bepaalde generieke strategie. Als dit afgezet wordt tegen het schema van 4.3 kan geconcludeerd worden dat de veronderstellingen die gedaan zijn ten aanzien van de relatie zorgzwaartebekostiging en de kenmerken van de ontwerpvariabelen per generieke strategie overeenkomen.

De meest in het oog springende is de respondent in de V&V die kiest voor kostenleiderschap. De manier waarop deze organisatie met zorgzwaartebekostiging omgaat komt vrijwel overeen met de veronderstellingen uit het schema van 4.3.

Ook bij de respondent die zegt te kiezen voor klantintimiteit zien we dat er grotendeels gewerkt wordt conform de stellingen. De beheersing van de financiën speelt bij deze respondent echter eveneens een grote rol om de financiële haalbaarheid te garanderen.

Bij de GGZ respondent die zeg te kiezen voor productleiderschap zien we eveneens dat er op grote lijnen overeenstemming is op de ontwerpvariabelen. Met name gericht op de wijze waarop de portfolio is samengesteld. De uitgesproken innovatieve kracht zien we in mindere mate terug bij de vertaling van productleiderschap.

Bij de overige respondenten zagen we dat er, ondanks dat er een uitgesproken keuze werd gemaakt voor een bepaalde generieke strategie, er in de antwoorden van de vragen in de interviews duidelijk een minder uitgesproken keuze voor deze bepaalde generieke strategie was en er eigenlijk sprake was van een mix van de generieke strategieën.

Dit roept vragen op in hoeverre het noodzakelijk is om een bepaalde generieke strategie te hebben en/of te volgen. Veel van deze respondenten geven aan dat de klant en de visie meer leidend is dan een bepaalde generieke strategie in hoe de organisatie acteert.

Bij geen van de organisaties zien wij een directe invloed van zorgzwaartebekostiging op de keuze van de generieke strategie. Alle respondenten geven aan: niet de financieringssystematiek maar de visie is bepalend voor de generieke strategie. Echter, we hebben wel indirecte invloed geconstateerd van zorgzwaartebekostiging op de strategie. Ingegeven door de teruggang in inkomsten als gevolg van de invoering van zorgzwaartebekostiging. Het meest helder wordt dit zichtbaar bij de instelling die aangeeft kleinschaligheid in de wijk niet meer te willen realiseren en zich te gaan beperken tot kleinschaligheid in grootschaligheid.

Ook hebben we gezien dat onder invloed van zorgzwaartebekostiging afgeleide keuzes van de visie zijn herzien. Dit wordt bijvoorbeeld zichtbaar bij de aanpassing van de groepsgroottes bij kleinschalig wonen van zes naar acht bewoners.

7.7.2 Samenhang tussen zorgzwaartebekostiging en bedrijfsvoering

De relatie met zorgzwaartebekostiging wordt zichtbaar bij de ontwerpvariabelen van de bedrijfsvoering. Bij de respondent die kiest voor kostenleiderschap zien we de relatie terug bij alle ontwerpvariabelen. Zo is de organisatiestructuur aangepast, zijn alle zorgprocessen herijkt en is personeel nadrukkelijk getraind op zorginzet naar zorgzwaartepakket. Ook is er een specifiek systeem geïntroduceerd dat de inzet van zorg volgt per cliënt en wordt gestuurd op aanpassingen in de cultuur.

Bij de respondent die aangeeft klantintimiteit te hebben zien we ook in de bedrijfsvoering dat de ontwerpvariabelen aangepast zijn als gevolg van de invoering van zorgzwaartebekostiging. Zo is er het systeem van de cliëntagenda ingevoerd die leidend is voor de inzet van zowel geplande als ongeplande zorg. Ook zijn bij deze respondenten alle zorgprocessen doorgelicht. Voor alle medewerkers worden momenteel scholingsprogramma's ontwikkeld die sturing dienen te geven aan gewenste managementstijl, van stijl van leidinggeven tot aan de attitude ten opzichte van de cliënt. Daarnaast wordt de structuur aan de hand van wijkgericht werken aangepast.

Bij de overige respondenten zien we dat de relatie tussen zorgzwaartebekostiging en bedrijfsvoering het meest tot uitdrukking komt bij personeel en systemen.

Het lijkt het er op dat het bewustzijn ten aanzien van zorgzwaartebekostiging zich met name nog beperkt tot de basale financiële bedrijfsvoering om de registratie zo goed mogelijk op orde te hebben, en ook het personeel te trainen op scores. Er wordt slechts mondjesmaat een begin gemaakt met het trainen van het personeel op de relatie cliëntaanbieder.

Onze analyse is dat er binnen de V&V wel degelijk sprake is van bewustzijn ten aanzien van de achterliggende gedachten van zorgzwaartebekostiging, maar dat er nog tijd nodig is om hier daadwerkelijk vorm aan te geven. De GGZ instellingen verkeren in een andere fase. Zij zijn eigenlijk nog bezig met het bediscussiëren van het stelsel zelf en zijn hierdoor nog niet toegekomen aan de echte vertaalslag van de zorgzwaartebekostiging naar de bedrijfsvoering, hetgeen ook iets over huidige werkwijze zegt.

7.7.3 **Omvang van organisaties**

Een van de selectiecriteria van te interviewen organisaties was de omvang. De derde veronderstelling gaat over de vraag of er verschillen zijn te constateren in de wijze van omgang met zorgzwaartebekostiging tussen landelijke, regionale en lokale aanbieders. Wij hebben geen enkele relatie kunnen ontdekken in verschil van omgang met ZZB tussen de ondervraagde organisaties. Onze analyse is dat de steekproef te klein is om hier relevante opmerkingen over te maken.

7.7.4 **Klein of grootschalig**

Een ander selectie criterium betreft de leveren van zorg in groot- en of kleinschalige voorzieningen. Een vierde veronderstelling ging over de vraag in hoeverre zijn er verschillen te constateren in de wijze van anticiperen tussen organisaties die klein of grootschalige zorg of combinaties hiervan aanbieden? Doordat in de loop van de interviews bleek dat alle organisaties zich richten op het kleinschalig aanbod hebben wij geen verband kunnen leggen op dit onderdeel.

8 Conclusies, aanbevelingen en beschouwing

8.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt achtereenvolgens de onderzoeksvraag en wijze van onderzoek verwoord, waarna deze in de conclusies beantwoord wordt. Daarna worden aanbevelingen gedaan, aangevuld met tips van de bestuurders die deel hebben genomen aan het verkennend onderzoek. Dit onderzoek eindigt met een beschouwing.

8.2 Onderzoeksvraag

Vanaf 1 januari 2009 wordt het huidige financieringstelsel van AWBZ zorg voor de care sector vervangen door zorgzwaartebekostiging. Als gevolg hiervan ontvangen instellingen niet langer geld voor beschikbare capaciteit, maar voor de geleverde prestatie per cliënt. De hoogte van dit bedrag is afhankelijk van de zorgzwaarte van de cliënt. De invoering van de zorgzwaartebekostiging heeft een dermate grote impact op zorgaanbieders dat deze aanleiding vormt op zijn minst een kritische blik op de strategie te werpen of bijstelling van planvorming zoals deze in de oude bekostigingssystematiek gelden. Financieringseffecten, de toenemende keuzevrijheid van cliënten, de duidelijker gedefinieerde rechten van cliënten en de toenemende verantwoordelijkheid richting de cliënt zijn belangrijke elementen bij strategische (her)positionering. De stelselwijziging heeft consequenties voor cliënten en instellingen. Immers, het gaat om verandering ten aanzien van de geboden zorg en de bejegening van cliënten en over de financiering hiervan.

Op grond van deze ontwikkeling is de vraag in hoeverre organisaties de confrontatie met de stelselwijziging aan gaan en op welke wijze zij hierop anticiperen. De centrale vraag hierbij is in welke mate de invoering van zorgzwaartebekostiging invloed heeft op de generieke strategie, ontwikkelrichting en bedrijfsvoering in de V&V en GGZ Ouderenpsychiatrie.

Om deze vraag te beantwoorden is eerst de context en systematiek van zorgzwaartebekostiging bestudeerd. Door middel van literatuurstudie zijn de opties in generieke strategische keuzes, ontwikkelrichtingen en bedrijfsvoering beschreven en is de theoretische verdiepingsslag gemaakt. Hierna is vanuit deze theorie het conceptueel model ontwikkeld. Met behulp van dit model kan een relatie gelegd worden tussen generieke strategie, ontwikkelrichtingen en consequenties hiervan voor de bedrijfsvoering, toegepast op de zorgzwaartebekostiging. Hieruit zijn veronderstellingen en dilemma's gedefinieerd die vervolgens door middel van een verkennend onderzoek aan bestuurders in zowel de V&V als GGZ sector zijn voorgelegd. Doel was om te bezien in hoeverre deze veronderstellingen en dilemma's in de praktijk uitkomen en herkend worden. Hieruit zijn allereerst de feitelijke bevindingen

beschreven en vervolgens geanalyseerd aan de hand van het conceptueel model.

8.3 Conclusies

De belangrijkste conclusie is dat ondervraagde bestuurders geneigd zijn zich te beroepen op het feit dat zij hun strategische keuzes niet af laten hangen van een nieuwe bekostigingssystematiek. Uit het onderzoek blijkt echter dat er wel degelijk invloed te bespeuren is.

Generieke strategie en portfolio

Niet elke instelling past de door haar gekozen strategie overal even consistent toe, terwijl zij beweren dit wel te doen. Zo wordt de keuze voor de generieke strategie regelmatig ondermijnt door financiële tegenvallers. Via de portfoliokeuzes wordt echter wel degelijk impliciet de generieke strategie wordt aangepast of gewijzigd. V&V en GGZ instellingen bezien in hoeverre zij naar aanleiding van de cliëntprofielen een doelgroep wel of niet willen bedienen, heroverwegen eerder genomen besluiten over het realiseren van kleinschalig groepswonen in de wijk of passen groepsgroottes aan bij kleinschalig wonen. Verder zijn er instellingen die overwegen cliënten met gelijksoortige zorgzwaartepakketten op een locatie of afdeling te concentreren, waarbij cliënten die in de loop van tijd voor een ander pakket worden geïndiceerd mogelijk moeten verhuizen. Door de verandering van de portfolio wordt men gedwongen na te denken over logistiek, iets wat voorheen veel minder het geval was.

Er is dus wel degelijk sprake van het maken van strategische keuzes, waarbij de samenhang met de generieke strategie niet altijd even goed te duiden is.

De invoering van ZZB stimuleert organisaties tot ondernemerschap. Het tarief van de ZZP is ontoereikend om aan de vraag van elke individuele cliënt te kunnen voldoen. In principe is het tarief toereikend voor basiszorg. V&V instellingen anticiperen op de bredere zorgvraag door het ontwikkelen van aanvullende diensten en producten, die de cliënt zelf dient te betalen, of door het inzetten van vrijwilligers en mantelzorgers. GGZ instellingen hebben dit ondernemerschap nog niet ontdekt.

Bedrijfsvoering

Er is een relatie te leggen tussen generieke strategie, de bedrijfsvoering en zorgzwaartebekostiging. Het gaat hierbij om de ontwerpvariabelen strategie, structuur, systemen, personeel, vaardigheden, managementstijl en cultuur. Afhankelijk van de gekozen strategie, wordt de bedrijfsvoering ingericht, waarop zorgzwaartebekostiging invloed heeft. Organisaties worden gedwongen na te denken over hoe zij willen anticiperen op de stelselwijziging.

Zorgzwaartebekostiging maakt duidelijk welke zorg geleverd moet worden per cliënt. Het systeem biedt handvatten om inzichtelijk te maken wat er nu echt gebeurt in de organisatie, waardoor het mogelijk is om waardeketens te maken. Alle V&V instellingen geven aan dat de systematiek werkt als katalysator om transparantie te bevorderen. Alle instellingen geven aan dat de invoering alle

ontwerpvariabelen raakt en dat deze ontwerpvariabelen in relatie met elkaar staan.

GGZ instellingen zien de invoering van zorgzwaartebekostiging vooral als verkapte bezuiniging, hebben het stelsel nog niet geaccepteerd en hebben als gevolg daarvan slechts de meest noodzakelijke aanpassingen in de bedrijfsvoering doorgevoerd.

Zorgzwaartebekostiging is echter een feit, waar instellingen vanaf heden mee te maken hebben. Instellingen die niet tijdig anticiperen op de stelselwijziging lopen achter de feiten aan en nemen daarmee grote financiële risico's. Met name voor GGZ instellingen piept en kraakt het in de achtbaan, na een langzame start is het risico groot dat de wagon de bocht uitgeslingerd wordt.

Opmerkelijk is dat uit het onderzoek blijkt dat de meeste instellingen nog niet in staat zijn om de kosten en opbrengsten per pakket op cliëntniveau met elkaar in verband te brengen. Ondertussen nemen instellingen wel besluiten over de keuze van de portfolio, waarmee de vraag gesteld kan worden hoe bewust er eigenlijk gestuurd wordt.

De conclusie die getrokken kan worden is dat de invoering van zorgzwaartebekostiging nog maar aarzelend op gang komt en er onvoldoende urgentiebesef is van het belang en de impact daarvan voor instellingen.

Paradigma's

Zorgzwaartebekostiging raakt paradigma's in beide sectoren. Bij de GGZ wordt de discussie rond 'behandelen en begeleiden' aangewakkerd. Hoewel in de oude systematiek GGZ instellingen al bekostigd werden op zorgzwaarte en het onderscheid behandelen en begeleiden al gemaakt werd, was er niet of nauwelijks sprake van deze discussie. Nu hier echter verantwoording over afgelegd dient te worden blijkt bij het grootste deel van de populatie op dit moment niet de behandeling, maar ondersteunende begeleiding voorop te staan. Het is de vraag of de keuze nu echt ingegeven wordt door de zorgzwaartebekostiging of visie. GGZ instellingen zien zichzelf graag als medisch specialisme en worden nu geconfronteerd met hun eigen werkelijkheid.

Bij de V&V raakt het het paradigma 'verzorgen en ontzorgen': nu is men gewend te werken in een omgeving met warme overnemende zorg. Bij zorgzwaartebekostiging staat de autonomie van de cliënt centraal. Dit vraagt van zowel medewerkers als cliënten een omslag in denken en handelen.

8.4 Aanbevelingen

Algemeen

De zorgkloof tussen vraag en aanbod van zorg zal de komende decennia groeien. De markt neemt niet af maar zal toenemen. Het verdient dan ook aanbeveling voor zorgaanbieders niet te blijven denken vanuit deze zorgkloof en slechts vanuit collectief gefinancierde middelen, maar zich juist te richten op de klantbehoefte en hier een passend aanbod op te formuleren. Waarbij de collectief gefinancierde middelen slechts een deel van dit zorgaanbod financieel afdekken en dus ook slechts zorgen voor een deel van de inkomsten. Met

creativiteit en ondernemerszin moet het mogelijk zijn het gewenste aanbod te creëren.

De totstandkoming van het individuele zorgleefplan dient in nauw overleg met de cliënt te gebeuren. Dit vraagt van personeel een omslag naar een meer zakelijke manier van denken over de zorgverlening. Cliënten krijgen óók te maken met veranderingen. Van passieve consument dienen zij de omslag te maken naar een actieve kritische medevormgever van hun eigen zorg.

Het verdient dan ook aanbeveling om veel aandacht te besteden aan de informatie en communicatie over de zorgzwaartebekostiging naar personeel en cliënten. Deze is van essentieel belang om de zorgzwaartebekostiging die plaats te geven die deze verdient en om te zorgen dat de cliëntparticipatie daadwerkelijk bevorderd wordt.

Aanbevelingen voor de strategie

De invloed van de zorgzwaartebekostiging op de generieke strategie lijkt in eerste instantie niet direct zichtbaar. Generieke strategie lijkt voornamelijk ingegeven te worden door de visie op zorg. Het effect van zorgzwaartebekostiging op de strategie van een organisatie is echter groter dan menigeen denkt. Onderwerpen als ontwikkelrichting en portfoliomix worden direct geraakt door de invoering van de zorgzwaartebekostiging. Zo worden zaken als het al dan niet kleinschalig vormgeven van zorgverlening direct beïnvloed als gevolg van zorgzwaartebekostiging. Het verdient dan ook aanbeveling om bewust stil te staan bij de effecten van zorgzwaartebekostiging op zowel de generieke strategie als de ontwikkelrichting van de organisatie. Zorg dat je niet in een achtbaan terecht komt waarbij je geen regie meer hebt en overgeleverd bent aan de koers en snelheid van de achtbaan!

De aanbeveling of een bepaalde generieke strategie beter is dan de ander bij de invoering van zorgzwaartebekostiging is niet eenduidig aan te geven. Wel geldt dat ongeacht de strategie, de klantvraag altijd centraal dient te staan.

Uit de bevindingen bleek dat er verschillen bestaan tussen de twee sectoren in de wijze waarop zij denken over en handelen ten opzichte van de zorgzwaartebekostiging. Het is onze mening dat de sectoren kunnen leren van elkaar. Binnen de GGZ is functioneringsgerichte rehabilitatie, waarbij de focus ligt op wat de cliënt nog wél kan, al een aantal jaren gemeengoed. In de praktijk betekent dit dat medewerkers de cliënt stimuleert om zelf de regie te houden en tegelijkertijd om te gaan met de beperking. Deze laatste staat echter niet op de voorgrond. Binnen de V&V is de cultuur, hoewel goed bedoeld, sterk gericht op verzorgen, neigend tot betutteling.

De GGZ kan leren van de V&V als het gaat om het aanvliegen van de invoering. De tot nu toe voornamelijk afwijzende houding van de GGZ ten opzichte van de zorgzwaartebekostiging staat in contrast met de positieve grondhouding van de V&V. De invoering is een feit en verzet in deze fase is een achterhoede gevecht. Het verdient aanbeveling om open te staan voor de opvattingen van de andere sector en tijdig aanpassingen te verrichten.

Portfoliomix

Als gevolg van de zorgzwaartebekostiging is er veel discussie over de ideale portfoliomix. De portfoliodiscussie over welk zorgzwaartepakket wel en welke niet in de mix, kun je alleen goed voeren als je weet welke effort je moet leveren ten opzichte van het tarief dat je krijgt voor de afzonderlijke zorgzwaartepakketten. Het ontwikkelen van interne kostprijzen helpt hierbij. Het is daarom aan te bevelen om goed inzichtelijk te maken wat je feitelijke levering kost.

Daarnaast verdient het aanbeveling voor de overheid om te onderzoeken bij de verdere ontwikkeling van zorgzwaartebekostiging welke alternatieven er mogelijk zijn in het aanbieden van collectief gefinancierde zorg. Hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan de ontwikkeling van vouchers en PGB.

Bij zorgzwaartebekostiging gaat het er mede om meer keuzevrijheid te realiseren voor de cliënt. Deze keuzevrijheid ligt onder andere in het samenstellen van het gewenste arrangement per zorgzwaartepakket en de locatie waar het zorgzwaartepakket wordt aangeboden. Hierbij is er een aantal aanbevelingen rondom specifieke doelgroepen en zorgzwaartepakketten te doen.

Zo is er de vraag wat te doen in de V&V sector met de lage zorgzwaartepakketten 1 en 2. Het verdient aanbeveling te onderzoeken op welke manieren deze zorgzwaartepakketten intramuraal goed opgepakt kunnen worden. Bijvoorbeeld in een juiste verhouding met de hogere zorgzwaartepakketten vanuit een locatie, waardoor de nachtzorg toch goed gegarandeerd kan worden. Of te onderzoeken op welke wijze deze zorgzwaartepakketten 1 en 2 extramuraal, bijvoorbeeld in serviceflats al dan niet in combinatie met een woningbouwcorporatie uitgezet kunnen worden. Verder verdient het aanbeveling te onderzoeken of het mogelijk is om de combinatie van intra- en extramuraal werken verder uitgewerkt en uitgenut kunnen worden om zo efficiënter middelen in te kunnen zetten.

Er is een specifieke doelgroep in beide sectoren die vraagt om een nadere verkenning waar het gaat om de juiste indicatie en waar het gaat om het juiste zorgaanbod. Het gaat hier om de oudere cliënt met psychiatrische stoornissen of beperkingen. In beide sectoren merkten wij dat dit een doelgroep is waar gezocht wordt naar het juiste zorgaanbod. In de psychiatrie verblijven deze mensen vaak al langdurig en mag de vraag gesteld worden of een ZZP B op zijn plaats is. Binnen de verzorging en verpleging lijkt met de indeling van de zorgzwaartepakketten V&V onvoldoende antwoord te kunnen worden gegeven op deze zorgvraag.

Wij kwamen dan ook alternatieven tegen hoe organisaties deze doelgroep bedienen. De een kiest voor overheveling naar de andere sector, de tweede voor samenwerking, de derde voor het aanvragen van toelating tot de andere sector.

Wij bevelen aan deze doelgroep, verblijvend in beide sectoren en vaak geholpen vanuit het snijvlak van beide sectoren, nog eens goed onder de loep te nemen, waarbij gekeken wordt naar de specifieke zorgbehoeften van deze cliënten in

combinatie met de benodigde deskundigheid en in combinatie met het benodigde tarief om een passend antwoord te geven op hun zorgvraag. Daarbij verdient het ook aanbeveling dat er, wellicht gezamenlijk door beide sectoren, een beargumenteerde visie ontwikkeld wordt over binnen welke sector deze doelgroep het best geholpen kan worden. Hierbij bestaat uiteraard ook de mogelijkheid dat een deel van de doelgroep beter binnen de GGZ en een deel beter binnen de V&V geholpen kan worden.

Bedrijfsvoering

De doelstellingen van zorgzwaartebekostiging zijn gericht op individuele financiering van de zorg van de cliënt en op het bieden van meer keuzevrijheid van de cliënt bij de vormgeving van de benodigde zorg. Uiteindelijk gaat het er om de cliënt te boeien en te binden: Anticipeer tijdig en alert op de stelselwijziging. Wees er op tijd bij: *'als je de klant hebt heb je het geld'*.

Het verdient aanbeveling om snelheid te maken met het doorlichten van alle bedrijfsonderdelen om te bekijken of deze klaar zijn voor zorgzwaartebekostiging en het bereiken van de doelstellingen die hiermee gepaard gaan. De consequenties worden in 2009 al voelbaar, in de komende jaren gaat het écht voelbaar worden.

Een flexibele inzet van personeel met een deskundigheidsniveau afgestemd op de vereiste zorghandelingen is van belang om doelmatig om te gaan met de zorgzwaartepakketten. Het verdient dan ook aanbeveling om het deskundigheidsniveau van het personeelsbestand af te zetten tegen de zorgzwaartepakketten van de cliënten.

Daarnaast verdient het aanbeveling om te zorgen dat personeel flexibel ingezet kan worden, waarbij de flexibiliteit zowel betrekking heeft op de tijden van inzetbaarheid als de groottes van de contracten, zodat tijdig aanpassingen kunnen worden aangebracht als de mix van de aanwezige zorgzwaartepakketten verandert.

Door de stelselwijziging ontstaan er wijzigingen in de vrijheid die zorginstellingen hebben in de wijze waarop zij middelen intern verrekenen. Instellingen zullen zich moeten realiseren dat de huidige wijze van toewijzing van middelen gepaard moet gaan met de zorgzwaartes die op een afdeling worden bediend. Nu kennen de meeste instellingen een verrekeningsstelsel op basis van historie. Het is hiervoor noodzakelijk om de toedeling van middelen transparant te maken en te anticiperen op de nieuwe toedeling van middelen als gevolg van de zorgzwaartebekostiging. Verder bevelen we organisaties aan kritisch na te gaan welke stuurinformatie noodzakelijk is om de doelstellingen te kunnen volgen en hierop de systemen in te richten. Hierbij adviseren wij om niet alleen naar kosten te kijken, maar ook naar cliënttevredenheid en betrokkenheid.

De cultuur van zorgorganisaties zal sterk beïnvloed worden door de invoering van de zorgzwaartebekostiging. De omslag naar een meer zakelijke, resultaatgerichte en bedrijfsmatige cultuur zal echter niet tot stand komen door de invoering van zorgzwaartebekostiging alleen. Hier is tijd en aandacht voor

nodig. Het is een illusie te denken dat dit van de een op de andere dag kan ontstaan.

Het verdient dan ook aanbeveling om het boekje: 'Help, onze ijsberg smelt' van Kotter te lezen en aan de hand daarvan een plan van aanpak op te stellen om te komen tot de daadwerkelijke cultuurverandering. Een aantal elementen van deze veranderingsstrategie zoals het kweken van urgentiebesef, het ontwikkelen van een visie en strategie op de noodzakelijke veranderingen en het communiceren van deze visie dienen echter al opgepakt te zijn door de bestuurder voor de daadwerkelijke omslag van het financieringsstelsel.

8.5 Tips van bestuurders

Alle bestuurders hebben een tip gegeven voor medebestuurders in relatie tot het onderwerp zorgzwaartebekostiging, die hieronder verwoord is.

V&V instellingen

'Gebruik vooral je eigen potentieel in je organisatie om de verandering te doen. Struikel niet over externe bureaucratie'.

'Niet te veel MBA-ers aan de top, je moet je hart laten spreken'.

'Kies niet te snel voor alles kwaliteit als uitgangspunt, maar denk bedrijfsmatig. Realiseer je dat de overheid en de klant niet wil betalen voor de kwaliteitsvisie die veel bestuurders hoog houden, realiseer je dat de klant niet wil betalen voor wat je nu gratis aanbiedt'.

'Visie is leidend en de stelselwijziging is een mooie tool om je strategie te ondersteunen'.

'Zie het als financieel systeem en niet meer dan dat, laat je organisatie niet te veel beïnvloeden, visie is leidend. Wijzig je strategische keuzes niet als gevolg van zorgzwaartebekostiging'.

'Laat je niet gek maken door de ZZB. Richt je niet op de hoogte van het pakket maar op wat je moet leveren voor het pakket. De effort relateren aan de opbrengst. ZZP 4 is misschien wel veel lucratiever dan de hoge ZZP 7 en 8'.

'Koppel strategie aan de vraag, niet aan de manier waarop deze gefinancierd wordt'.

'De zorg moet bedrijfsmatiger worden, dit moet al starten in het onderwijs'.

GGZ Instellingen

'Laat je niet gek maken, dit is de zoveelste stelselwijziging, over een paar jaar is er weer wat anders'.

‘Deel je zorgen en dilemma’s met andere aanbieders, iedereen heeft het zelfde probleem en heeft verschillende oplossingsrichtingen waar je gebruik van kan maken’.

‘Als je weet waarom je er bent laat je dan niet gek maken, door deze kostenverandering. Denk op lange termijn en dan is de zorgzwaartebekostiging makkelijk in te vlechten, laat zorgzwaartebekostiging niet leidend zijn’.

8.6 Beschouwing

‘Zorgzwaartekostiging, bedrijfsvoering in de achtbaan’, kwam spontaan bovendrijven tijdens onze reflecties op de interviews. Ondanks het feit dat dit niet op empirie berust, bespeuren wij een tendens, die als metafoor vergeleken kan worden met een rondje in de achtbaan. Daarbij is een achtbaan te zien als een oneindige weg naar boven en daar aangekomen is het heel hard en grillig naar beneden denderen.

Tijdens de gestage weg naar boven wordt de nieuwe financieringsvorm met enige afstand bekeken door de aanbieders. De visie is leidend en een stelsel, bedacht in Den Haag, heeft hierop geen invloed. Er wordt terloops een informatiebijeenkomst van ZZB bijgewoond, de eerste interne bijeenkomsten worden gehouden en er wordt netjes voldaan aan de opdrachten van het zorgkantoor, zoals het scoren van de huidige cliëntpopulatie. Steeds hoger in de achtbaan neemt de spanning voor wat er komen gaat toe. Bij de werkelijke invoering, 1 januari van dit jaar, kwam de wagon op het hoogste punt van de achtbaan. Daarop volgt een hard en grillig pad naar beneden, opzij, over de kop, een hobbel en weer over de kop. De personele formatie moet worden aangepast; Het functieniveau moet anders; Het registratiesysteem moet op de kop, het productenboek en het aanbod moet beschreven, ook leesbaar voor de klant; 2% korting wordt al doorgevoerd. Enigszins misselijk komt het hele spul beneden. Nee hoor, het raakt de strategie niet, net zoals het vorige rondje in de achtbaan (bijvoorbeeld invoering AZR en AWBZ functies) dat niet deed. En zo zal het volgende rondje dat naar alle waarschijnlijkheid ook niet doen. Dat gebeurt alleen als de bestuurder zélf beslist dat de strategie moet worden aangepast en zoiets mag natuurlijk niet worden gedicteerd uit het Haagse.

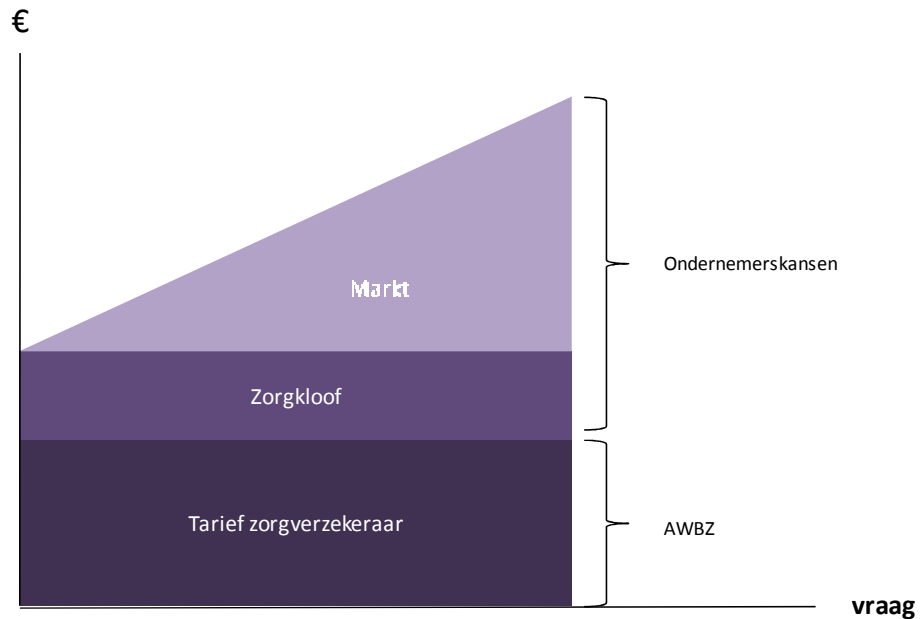
Uiteindelijk is niets minder waar. Zorgzwaartebekostiging raakt wel degelijk de kern van de organisatie. Hoe kan het eigenlijk ook anders nu er voor het eerst in de intramurale geschiedenis, inzicht is in de zorg per cliëntgroep, met een specifieke zorgzwaarte. En daarbij de eis gesteld wordt dat de cliënt betrokken wordt bij de zorg en behandeling die hij krijgt. Aanbieders grijpen dit inzicht aan om de eigen organisatie door te lichten. Welke zorgzwaarte hebben wij in huis? Is ons personeelsbestand qua volume en deskundigheid hierop afgestemd? Zijn onze systemen dusdanig ingericht dat we kunnen sturen op zorgzwaarte en inzet van personeel? Is de verdeling van middelen over zorg, behandeling en beheer in goede verhouding? Past de waardeketen van cliënt in- door en uitstroom nog wel? Moeten we in dit kader bijvoorbeeld niet veel intensiever op het verwachtingsmanagement voor opname insteken?

De uitkomst van deze vragen scherpt onherroepelijk, naast ingrijpen in de bedrijfsvoering, de discussie over de portfolio van de organisatie. Zo ligt de discussie binnen de GGZ over behandeling versus wonen er niet om. Een discussie die kan uitmonden in de overgang van een essentieel deel van de ouderenpsychiatrie van de GGZ naar de V&V. Ook het mogelijk uitfaseren van de cliëntgroep behorend bij V&V ZP 1 en 2, jarenlang woonachtig in het verzorgingshuis, naar de servicewoningen in samenwerking met woningbouwcorporatie, levert een ware paradigmashift op. Uiteindelijk brengt ZZB de discussie op gang. De uitkomsten van hiervan hebben wel degelijk invloed op de strategie van de organisatie.

Dat deze stelselwijziging en niet de branche zelf transparantie teweegbrengt is opmerkelijk. Blijkbaar zijn de sectoren, cq. de individuele instellingen niet in staat geweest om dit op eigen kracht te doen. Waarom hebben de sectoren dit niet zelf opgepakt? Helemaal nu blijkt dat er een grote behoefte was aan dit inzicht. Ook voor de invoering van de ZZB was deze behoefte. Toen wilde men al gerichter de middelen inzetten bij de klantgroepen die het nodig hadden. Wij kunnen alleen maar concluderen dat er onvoldoende intrinsieke kracht is of urgentie besef is geweest in de sectoren.

In het verlengde van de twee bovenstaande inzichten vinden wij het opvallend dat veel organisaties de zorgzwaartebekostiging als een verkapte bezuiniging zien vanuit Den Haag. Dit brengt een negatieve spiraal op gang die er voor zorgt dat het als een opgelegde strategie wordt ervaren. De zorgkloof is meerdere malen genoemd. ZZB heeft niet de doelstelling gehad om de zorgkloof op te heffen. Er is immers uitgegaan van het oorspronkelijke macrobudget. Dat neemt niet weg dat de zorgzwaartebekostiging in verschillende gevallen heeft geleid tot een nadrukkelijker inzicht in het aanwezig zijn van een zorgkloof.

Wij komen steeds meer tot het besef dat de wijze waarop de overheid, de aanbieders van zorg en de cliënt zich tot elkaar verhouden op een andere manier ingericht moet gaan worden. De overheid zou alleen het tarief moeten vaststellen op basis van de betaalbaarheid vanuit de AWBZ. Deze betaalbaarheid moet een afspiegeling zijn van wat de maatschappij over heeft voor deze zorg. Het is vervolgens aan het samenspel tussen de aanbieders en de cliënten en diens vertegenwoordigers, om de verwachtingen te managen. Het paradigma van de instelling die voor alles moet zorgen en afhankelijk is van het vastgestelde tarief, moet om. Met ondernemerszin en creativiteit zal men te werk moeten gaan. Familieparticipatie, vrijwilligers binden en boeien, producten en diensten privaat ontwikkelen, weldoeners bereid vinden en binden zijn voorbeelden van de manier waarop je invulling geeft aan die ondernemerszin en creativiteit. Op deze manier is er geen zorgkloof, maar is de behoefte van de klant leidend en is het aan de aanbieder om hier invulling aan te geven. De collectieve middelen vormen enkel een onderdeel hiervan. Jet Wiegers ondersteunde deze mening met figuur 8. voor ons treffend.



Figuur 8. Marktkansen in gezondheidszorg – model Plexus

Overigens heeft de reis naar Zuid Afrika dit inzicht extra versterkt. Daar zijn de collectieve middelen per definitie niet het uitgangspunt van waaruit het aanbod vorm krijgt. De creativiteit rondom het realiseren van prachtige initiatieven heeft ons uitermate geïnspireerd.

In dit kader vinden wij het opvallend dat maar één directeur / bestuurder de inkomsten en de geleverde inspanning met elkaar in relatie brengt. Dit was overigens voor onszelf ook een nieuwe insteek, terwijl die eigenlijk zo logisch is. Dit geeft ook wel de mate aan waarin organisaties nog de focus hebben op de collectieve inkomsten, zonder daar met een ondernemersblik naar te kijken. Of wel, welke effort moet ik leveren voor het tarief? Het gaat bij deze exercitie niet alleen om de inzet van deskundigheid of behandelaars maar ook om kosten voor medicatie of andere hulpmiddelen, zoals een aangepast matras. Het gaat om het inzicht in de totale interne kostprijs voor een ZZP, op basis waarvan je misschien wel andere keuzes maakt ten aanzien van je ZZP mix.

Ook de overheid heeft een weinig realistisch beeld van het effect van het nieuwe stelsel. Het lijkt erop dat de overheid met de invoering van dit stelsel er vanuit gaat dat met de implementatie over een periode van 3 jaar de invoering klaar is en geborgd. De cliënt is dan ineens mondig en alles gebeurt zoals het moet gebeuren. Het personeel is in staat zich volledig te richten op de individuele behoefte van de cliënt. Het beeld wat hier opgeroepen wordt is die van een maakbare samenleving. Dit zal ons inziens toch niet zo gaan. Een dergelijke verandering die paradigma's en cultuur raakt heeft veel langer tijd nodig. Gaandeweg zal ook blijken dat sommige zaken veel te strikt en niet ter zake doende zijn ingericht, zoals de eisen die gesteld worden aan het zorgleefplan en het ondertekenen ervan. Overigens is het voor ons de vraag of de cliënt nu echt zo mondig is of wordt als verwacht wordt. Natuurlijk zijn er mondige cliënten. Maar een massaal opstaan van de mondige bewoner blijft vooralsnog uit. 20 Jaar geleden dacht de manager al dat de doelgroep fors zou

veranderen op basis waarvan het aanbod zou moeten aanpassen. Deze aannames zijn vaak gebaseerd op eigen normen en waarden. Uiteindelijk heeft bijvoorbeeld de gemiddelde verzorgingshuisbewoner nog steeds voornamelijk behoefte aan veiligheid en zoekt het vertier in gezamenlijke activiteiten zoals de bingo. Ons inziens ligt het aansluiten bij de behoefte en wens van de klant veel meer in de kleine dingen. Een goed gesprek op het juiste moment bij een kopje koffie maakt hierover meer duidelijk dan het houden van zorgleefplan besprekingen met hordes verzorgenden en behandelaars erbij met als ultieme finale de ondertekening ervan.

Zorgzwaartebekostiging levert een goede grondlegger op voor een juiste afstemming tussen vraag en aanbod. De overheid heeft haar werk gedaan en zou nu de invloed op de zorgmarkt moeten gaan minimaliseren. De bestuurder kan dan volwaardig aan het roer staan en neemt zelf regie over de achtbaan, waarbij hij de behoefte van de klant centraal stelt.

Nawoord

Ieder heeft de studie op haar eigen wijze beleefd, met eigen doelen en eigen achtergronden. Aanleiding om een persoonlijk nawoord te schrijven.

Lia

Om na tien jaar weer eens diep in de boeken te duiken was er de wens om weer een verdiepingslag te kunnen maken. De opleiding heeft deze verdiepingslag zeker gebracht. Na twee jaar kijk ik tevreden terug. Vooraan te mogen staan bij alle ontwikkelingen en trends van de gezondheidszorg in Nederland. Alleen daarom al is de studie de moeite waard. Onze leergang bestond uit een groep van veel vrouwen en weinig mannen. Bij elkaar een groep mensen uit verschillende werkvelden en achtergronden die elkaar veel ruimte tot verdieping bood.

Als afsluiting van de studie stond de thesis gepland. Het schrijven van deze scriptie voor onze MBA - Health heeft indruk bij mij heeft gemaakt. Als titel hebben we gekozen voor: 'Zorgzwaartebekostiging, bedrijfsvoering in een achtbaan'. Het proces van het schrijven is door mij ook ervaren als het zitten in een achtbaan. Een achtbaan van emoties, van kennis vergaren, van het opdoen van leuke, indringende en boeiende indrukken tijdens de interviews met alle organisaties waar we binnen mochten komen en kijken. En indrukken tijdens ons samenzijn, tijdens het doen van de verschillende interviews, onze dagen in Winterswijk en Grou, het veelvuldig mailverkeer.

Het doen van een scriptie met drie vrouw tegelijk vraagt veel organisatietalent. En voor ons afzonderlijk het talent om partners, werkomgeving en vrienden en familie vriendelijk duidelijk te maken dat ze even op de tweede plaats stonden. Maar wat ben ik achteraf blij dat we het zo gedaan hebben. We zijn zo verschillend van elkaar, dat de mix heeft gezorgd voor een extra dimensie. Een mix van gezamenlijke passie voor de zorg, structuur, filosofie, visie, liefde, doorzettingsvermogen, kennis, en nog veel meer. Het heeft diepgang opgeleverd in de scriptie die ik alleen zeker niet bereikt had. Ik ben Gea en Saskia daar zeer dankbaar voor. Het was niet altijd gemakkelijk om elkaar te vinden, letterlijk en figuurlijk of om elkaar altijd te begrijpen. Maar juist dit element heeft er denk ik voor gezorgd dat er een extra dimensie is toegevoegd aan deze scriptie.



Tijdens het schrijven van de scriptie zijn we begeleid door Elly Breedveld. Hoewel we van te voren al samen hadden bedacht dat onze voorkeur bij Elly lag als het ging om het begeleiden, kwamen we er tijdens de afgelopen maanden achter hoe waardevol deze begeleiding was. Steeds weer wist Elly de zere en ware vinger te leggen op onvolkomenheden, vragen te stellen waar we zelf ook wel twijfels hadden, door te vragen waar wij stopten en niet te vergeten zeer

waardevolle opmerkingen en suggesties voor aanvullingen te maken. Elly: je bent een moordwif! Veel dank voor al je tijd, toewijding, en liefde voor de wetenschap die je ons hebt bijgebracht. Het had niet beter gedaan kunnen worden.

De tijd die het vraagt om een scriptie te schrijven is tijd die je niet aan andere zaken of mensen kunt besteden. En als je al een druk bestaan hebt, dan betekent dit dan ook woekeren met de tijd. En woekeren met de aandacht die je graag aan andere dingen of mensen wilt besteden. Zo is er in mijn boekenkast een stapel boeken bijgekomen die allemaal vragen om gelezen te worden, en vraagt mijn dwarsfluitleraar zich af waarom mijn niveau niet meer zo stijgt.... En zijn er vrienden die zich afvragen: hoe zag ze er ook al weer uit? Je leert er wel goed van delegeren en efficiënt omgaan met zaken. Prioritering is veel minder een issue geworden, zullen we maar zeggen.

Al met al wil ik hier ook graag nog een aantal mensen bedanken. Ten eerste de belangrijkste vrouw in mijn leven: Henny. Schat, wat ben je toch belangrijk voor me. Steeds weer cijferde je jezelf weg en stond je me bij. In tijden van boosheid, frustratie als het weer eens niet snel genoeg naar mijn zin was, maar ook als het wel lukte lachte je met me mee. Steeds weer zocht je naar een manier om mij, maar ook Gea en Saskia het naar het zin te maken tijdens het schrijven van de scriptie. Van Achterhoekse theebeschuitjes tot heerlijke maaltijden en mooie foto's voor de voorkant van onze scriptie.

En Marga Verhoef, mijn managementassistent wil ik graag persoonlijk bedanken. Alle gepleegde telefoontjes om afspraken voor de interviews te maken, het schuiven in mijn agenda. Waarschijnlijk werd je er soms horendol van. Maar zo als je ziet: aan alles komt een eind. Een zee van tijd en ruimte in agenda's lijken voor ons te liggen.

En als laatste wil ik mijn ouders bedanken. Zij waren het die altijd vonden dat je het beste uit jezelf moest halen. Ik hoop dat ik dit keer ook weer gedaan heb.

Saskia

Een lange gekoesterde wens ging in juni 2007 in vervulling. De start van de MBA. Ondersteund en gestimuleerd door mijn thuisfront ging ik aan de slag. De studiedagen op de Veluwe waren inspirerend en leuk. De dynamiek van het dagelijkse leven werd doorbroken. Heerlijk die andere setting met nieuwe mensen. De opdrachten waren leerzaam en ook pittig omdat de doorbraak soms uitbleef. Als het inzicht kwam, vloeide de tekst eruit en kon ik er geen genoeg van krijgen. De reis naar Afrika was bijzonder. Een eyeopener door de manier waarop je met weinig zoveel kan doen. En de harde constatering dat we heel gelukkig moeten zijn met wat we in Nederland hebben. Wat zorgkloof... niet zeuren maar aanpakken!



En toen de sublieme finale: de scriptie. Een lange grillige weg, met als hoogtepunten de interviews met bestuurders en deskundigen en de discussies in ons groepje. Mijn scriptiegenoten Lia en Gea hebben mij er doorheen getrokken, zo is het gegaan. De synergie is er. Gea met haar gave te structureren en ons bij de les te houden. Lia met haar visie en vermogen te verbinden. Mijn

inzicht in de link tussen het onderwerp en het besturen van organisaties groeide gestaag gedurende de scriptie periode en is er gelukkig op het laatste moment uit gekomen. Dit inzicht heeft kunnen groeien door de enerverende discussies met Lia en Gea. De gerichte en professionele ondersteuning van Elly. De steun van mijn ouders thuis met Ole en Jip en de warme verzorging van Hennie en Frans. Uiteindelijk heeft de inspiratie en onvoorwaardelijke steun van Pieter ertoe geleid dat het allemaal goed is gekomen. Jullie hebben de hoofdrol gespeeld in het volbrengen van mijn MBA pad. Bedankt!

En nu ben ik blij dat we onze scriptie met een goed gevoel af kunnen ronden. Heerlijk om nu weer te gaan geven. Investeren in Monteverdi, mijn verpleeghuis. En genieten van het leven met Ole, Jip en Pieter!

Gea

Het besluit om een MBA opleiding te gaan doen was een welbewuste keuze, omdat ik behoefte had aan uitbreiding van kennis en ervaring met nieuwe, actuele inzichten. De opleiding heeft gebracht wat ik verwacht en gehoopt had. De modules waren inspirerend en verrijkend. Niet alleen vanwege de inhoud en de manier waarop deze werd gebracht, maar zeker ook vanwege de gedachtewisselingen met de groep die bovendien gepaard gingen met flink wat humor. Dat maakte dat ik steeds weer uitkeek naar de studiedagen. De opdrachten waren boeiend, tijdrovend en soms pittig, maar altijd met directe toepassingsmogelijkheden in mijn werk.

Als laatste onderdeel van de studie dan nog de thesis. De keuze om met Lia en Saskia de thesis te doen is voortgekomen uit onze gemeenschappelijke interesse voor zorg voor ouderen en ontwikkelingen die zich binnen dit veld afspelen. De afgelopen maanden hebben we keihard gewerkt om een passende uitspraak te kunnen doen of de



stelselwijziging in verband kan worden gebracht met generieke strategieën van zorginstellingen. Behalve dat het thema heel actueel is, passeerde bij de uitwerking veel van modules van de opleiding de revue. Dat maakte dat het schrijven van deze scriptie voor mij inderdaad de beoogde verdiepingsslag is geworden.

Een duidelijk doel van het samenzijn en heldere vraagstelling en een gemeenschappelijk referentiekader zorgen ervoor dat je eensgezind aan de slag kunt gaan. De taakverdeling is gedurende het proces duidelijk geworden. Onderdelen zijn apart voorbereid en later tot een gemeenschappelijk en afgestemd deel geworden van de totale thesis. De samenwerking bracht ongedachte hersenspingsels en nieuwe inzichten die we afzonderlijk niet of met veel meer moeite zouden hebben kunnen bereiken. Woorden uitgesproken en daarna vertaald in een gestructureerd stuk vertonen ineens een onverwachte samenhang en onvermoed inzicht. Gesprekken door de één geleid en waarbij de ander gericht doorvraagt op een onderdeel geven meer informatie en leggen ongedachte verbanden bloot. Kort gezegd: de interactie leidde tot inspiratie en tot een grotere ambitie.

Ik wil mijn scriptiegenoten Lia en Saskia heel erg bedanken voor de samenwerking. Het heeft behalve professionele, ook andere inzichten gegeven over bijvoorbeeld liefde, relaties, Sonja Bakker, kaneelbeschuitjes en de romantiek van de Achterhoek. Henny, jij hebt ons in de watten gelegd tijdens de werkdagen in Winterswijk, het was onmisbaar!

Belangrijk in dit proces is de inbreng van Elly geweest. Zij kon verbinding leggen tussen verscheidene onderdelen en richting geven aan onze, soms warrige, geesten. Zij was er op het juiste moment met de juiste adviezen. Het heeft geleid tot gebruik van de juiste literatuur, richting voor onze vraagstelling en het vasthouden aan ons oorspronkelijk idee. El, je bent een vakvrouw!

Het succesvol afronden van een masteropleiding naast een drukke baan hangt in sterke mate samen met de bereidheid van collegae om alle studieafwezigheid te compenseren. Ook hen wil ik bedanken voor hun steun en het bestuur van GGZ Friesland voor de mogelijkheid om dit traject te doorlopen.

Tenslotte het thuisfront, familie, vrienden en alle anderen die behoren tot de 'warme kring'. Frans, de belangrijkste man in mijn leven die me opnieuw heeft laten zien waarom dat zo is. Bedankt voor de steun, het geduld en de ruimte die gegund werd om zoveel vrije tijd op te geven voor deze studie. De komende tijd gaat alle aandacht weer naar jullie!



Foto's: H. Beemsterboer

Literatuurlijst

- Aaker, D.A. - *Marktgericht strategisch beleid*, zesde herziene druk, Sdu Uitgevers, 2005
- Ansoff, I., *Corporate Strategy*, Penguin Books, London, 1987
- Boer & Croon – *Naar een waardecreatie in de zorg*, 2008
- Boer en Croon - *Corporate Finance Lexicon*, vijfde druk, februari 2007
- Commissie structuur en financiering gezondheidszorg - *Bereidheid tot verandering*, Den Haag, 1987
- GGZ Friesland - *Kwaliteitshandboek*, oktober 2008
- HHM - *Handboek veelgestelde vragen zorgzwaartebekostiging*, versie 2.0, februari 2009
- HHM - *Zorgzwaartepakketten V&V en GGZ* 2009, 4 november 2008
- Huijsman, R. - *Kleinschaligheid staat als een huis*, artikel in *The best of Billboard*, December 2008.
- Kingma, M. en Werf, van der H. - *Eerste verkenning effecten van de invoering van zorgzwaartebekostiging voor niet grootschalige woonvormen*, HHM rapport MK/07/2725, 2007,
- Ministerie van VWS - *Voortgangsrapportage zorgzwaartebekostiging*, 18 november 2008
- Porter & Teisberg - *Redefining Health Care*, Harvard Business School Press, 2006
- Porter, M. - *Concurrentiestrategie*, Wolters-Noordhof Groningen, 1998
- Tracey, M., Wiersema, F. - *De discipline van marktleiders: Kies uw klanten, verklein uw focus en domineer uw markt*, Scriptum books, 1995.
- Van Assen, M., Norermans, R, Wigman, J. - *Operational excellence nieuwe stijl*, Academic Service, 2007
- Weggeman M. - *leidinggeven aan professionals? Niet doen!* 2007, Scriptum Schiedam).
- Weggeman, M., Wijnen, G., Kor, R. - *ondernemen binnen de onderneming*, Deventer
- Zorgzwaartebekostiging en convenant AWBZ 2005-2007*, Kamerstuk, 29 september 2005

Websites

Actiz – www.actiz.nl

GGZ Nederland – www.ggz nederland.nl

VWS – www.zorgzwaartebekostiging.nl

Bijlagen

Bijlage 1. Zorgzwaartepakketten V&V en GGZ - voorbeelden

Zorgzwaartepakketten sector Verpleging & Verzorging 2009

ZZP 1 VV		Beschut wonen met enige begeleiding	
Cliëntprofiel			
<p>Deze cliëntgroep heeft enige begeleiding nodig, in een beschutte woonomgeving, omdat ze niet meer helemaal zelfstandig kan wonen.</p> <p>De cliënten hebben ten aanzien van hun <i>sociale redzaamheid</i> vooral behoefte aan enige begeleiding op het gebied van het nemen van besluiten, het komen tot oplossingen, deelname aan het maatschappelijk leven, het uitvoeren van complexere taken en het huishoudelijk leven. De begeleiding bestaat uit toezicht of stimulatie. Betreffende het uitvoeren van complexere taken kan ook overname van zorg nodig zijn.</p> <p>De cliënten hebben in het algemeen weinig ondersteuning nodig ten aanzien van de <i>psychosociale/cognitieve functies</i>. Vanwege bijvoorbeeld eenzaamheid of lusteloosheid kan bij deze cliënten af en toe behoefte bestaan aan hulp, toezicht of sturing ten aanzien van motivatie, geheugen en denken en het psychosociaal welbevinden.</p> <p>Ten aanzien van <i>ADL</i> zijn de cliënten meestal zelfstandig. Zij kunnen wel behoefte hebben aan toezicht en stimulatie betreffende kleine verzorgings-taken en wassen en kleden, zodat de cliënt zich goed blijft verzorgen. Ten aanzien van <i>mobilititeit</i> zijn de cliënten in het algemeen redelijk zelfstandig. Betreffende het verplaatsen buitenshuis, het lopen van korte afstanden, kunnen cliënten wel behoefte hebben aan toezicht en stimulatie (bijvoorbeeld door aan te geven hoe ergens te komen). Bij deze cliënten is geen sprake van <i>verpleging</i>.</p> <p>Bij deze cliënten is meestal geen sprake van <i>gedragsproblematiek</i>. Bij deze cliënten is meestal geen sprake van <i>psychiatrische problematiek</i>.</p> <p>De <i>aard van het begeleidingsdoel</i> is bij de cliënten vaak stabilisatie. Het <i>beperkingenbeeld</i> van deze cliënten verandert meestal langzaam. De <i>zorgverlening</i> is volgens afspraak en direct oproepbaar (bijvoorbeeld 24 uur per dag via een alarmeringssysteem) of voortdurend in de nabijheid te leveren.</p> <p>De <i>dominante grondslag</i> voor dit cliëntprofiel is een somatische ziekte/aandoening. Dit kan ook een (beginnende) psychogeriatrische ziekte/aandoening zijn.</p> <p><i>Voorbeelden van cliëntgroepen</i> zijn: De 'lichte' bewoner in het verzorgingshuis.</p>		<p>Gemiddelde scores beperkingen</p> <p>Aard van de psychiatrische problematiek</p> <p>Aard van het begeleidingsdoel</p>	
Functies en tijd per cliënt per week			
Woonzorg		Dagbesteding	
Functie	BG	PV	VP
	ja	ja	nee
Gemiddeld: 4,0 uur		Zie omschrijving in toelichting.	Bij de zorgverlening is/zijn geen behandelaar(s) betrokken.
		Totaaltijd Inclusief dagbesteding: 3,0 tot 5,0 uur	
Verblijfskenmerken			
Setting: beschut wonen.			
Nachtdienst: oproepbare wacht.			
Leveringsvoorwaarde: volgens afspraak en direct oproepbaar, of voortdurend in de nabijheid.			

ZGP 2 VV					Beschut wonen met begeleiding en verzorging		
Cliëntprofiel							
<p>Deze cliëntgroep kan niet meer zelfstandig wonen en heeft vanwege vooral somatische problematiek dagelijks behoefte aan begeleiding en verzorging in een beschutte woonomgeving.</p> <p>De cliënten hebben ten aanzien van hun <i>sociale redzaamheid</i> in het algemeen weinig ondersteuning nodig. Met name kan behoefte bestaan aan toezicht of stimulatie betreffende deelname aan het maatschappelijk leven en besluitnemings- en oplossingsvaardigheden. Bij het uitvoeren van complexere taken en het huishoudelijk leven kan ook behoefte bestaan aan het overnemen van zorg. Er kan sprake zijn van een beginnend verlies van regie over het dagelijks leven.</p> <p>De cliënten kunnen ten aanzien van alle <i>psychosociale/cognitieve functies</i> af en toe behoefte hebben aan hulp, toezicht en sturing, met name vanwege beperkingen met betrekking tot geheugen en denken, concentratie en motivatie.</p> <p>Ten aanzien van <i>ADL</i> hebben de cliënten betreffende de kleine verzorgingstaken, het wassen en het aan- en uitkleden dagelijks behoefte aan hulp. Betreffende eten en drinken en de toiletgang bestaat bij de cliënten soms behoefte aan toezicht en stimulatie.</p> <p>Ten aanzien van <i>mobilititeit</i> hebben de cliënten betreffende het verplaatsen binnenshuis soms hulp nodig (voor veel cliënten is bijvoorbeeld een rollator voldoende). Voor het verplaatsen buitenshuis hebben cliënten (naast eventueel de hulp van een rollator) behoefte aan toezicht en stimulatie.</p> <p>In een beperkt aantal gevallen is sprake van <i>verpleegkundige</i> aandacht.</p> <p>Bij deze cliënten is meestal geen sprake van <i>gedragsproblematiek</i> en ook geen sprake van <i>psychiatrische problematiek</i>.</p> <p>De <i>aard van het begeleidingsdoel</i> is bij deze cliënten vaak stabilisatie of begeleiding bij achteruitgang. De zorgbehoefte kan in de tijd wisselend van aard zijn en er is behoefte aan zorg op meerdere momenten per dag. De <i>zorgverlening</i> is op afspraak en direct oproepbaar (bijvoorbeeld 24 uur per dag via een alarmeringssysteem) of voortdurend in de nabijheid te leveren. Het <i>beperkingenbeeld</i> van deze cliënten verandert langzaam.</p> <p>De <i>dominante grondslag</i> voor dit cliëntprofiel is meestal een somatische ziekte/aandoening en soms een (beginnende) psychogeriatrische ziekte/aandoening.</p> <p><i>Voorbeelden van cliëntgroepen</i> zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ De 'gemiddelde' bewoner van het verzorgingshuis (kan eventueel ook in het verpleeghuis wonen). ■ Tijdelijk verblijvenden in het verzorgingshuis ten behoeve van herstel na bijvoorbeeld ziekenhuisopname of als gevolg van een tijdelijk falend cliëntensysteem. 				<p>Gemiddelde scores beperkingen</p>			
Aard van de psychiatrische problematiek							
Aard van het begeleidingsdoel							
Functies en tijd per cliënt per week							
Woonzorg		Dagbesteding		Behandelaars (BH)		Totaaltijd	
Functie	BG	PV	VP	Zie omschrijving in toelichting.	Bij de zorgverlening is/zijn geen behandelaar(s) betrokken.	Inclusief dagbesteding: 5,5 tot 7,5 uur	
	ja	ja	ja				
Gemiddeld: 6,0 uur							
Verblijfskenmerken							
Setting: beschut wonen.							
Nachtdienst: wakende wacht.							
Leveringsvoorwaarde: volgens afspraak en direct oproepbaar of voortdurend in de nabijheid.							

ZZP 7 VV **Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op begeleiding**

Clïëntprofiel

Deze cliëntgroep heeft op grond van een chronische ziekte specifieke begeleiding nodig in combinatie met zeer intensieve verzorging en verpleging in een beschermende woonomgeving.

De cliënten hebben ten aanzien van hun *sociale redzaamheid* volledige begeleiding nodig, overname van taken is noodzakelijk. Met name bestaat er sterke behoefte aan het bieden van dagstructurering. Ze kunnen niet of nauwelijks zelfstandig deelnemen aan het maatschappelijk leven, communiceren, zelfstandig besluiten nemen, complexe taken initiëren en regie voeren over hun eigen leven. Deze cliënten hebben behoefte aan een vaste structuur en hulp bij het organiseren van de dag. De cliënten hebben ten aanzien van de *psychosociale/cognitieve functies* continu hulp, toezicht of sturing en begeleiding nodig, omdat er onder andere sprake is van beperkingen op het gebied van oriëntatie, geheugen en denken, concentratie en motivatie. Daarnaast kan extra begeleiding nodig zijn om familieleden te leren omgaan met de veranderde persoon.

De cliënten hebben ten aanzien van de verschillende aspecten van *ADL* veel hulp nodig. Met name bij kleine verzorgingstaken, de persoonlijke zorg voor tanden, haren, nagels en huid en bij het wassen kan ook behoefte zijn aan overname van zorg. De cliënten hebben ten aanzien van *mobiliteit* binnenshuis veelal hulp nodig. Ten aanzien van mobiliteit buitenshuis is overname van zorg nodig (er is altijd een begeleider nodig). *Verpleging* is nodig om de chronische ziekte in de gaten te houden en eventueel passende maatregelen te nemen.

Er is bij deze cliënten vaak sprake van *gedragsproblematiek*, waardoor in die situaties vaak of continu hulp, toezicht of sturing nodig is. De aard van de gedragsproblematiek is divers, maar reactief gedrag met betrekking tot interactie en verbaal agressief gedrag komen in veel situaties voor. Een deel van de cliënten vertoont *psychiatrische problematiek*, zowel passief als actief van aard.

De *aard van het begeleidingsdoel* heeft meestal betrekking op begeleiding bij geleidelijke achteruitgang. De cliënten hebben een structurele behoefte aan zorg, op meerdere momenten per dag. De zorgverlening is voortdurend in de nabijheid van 24 uur per dag direct te leveren.

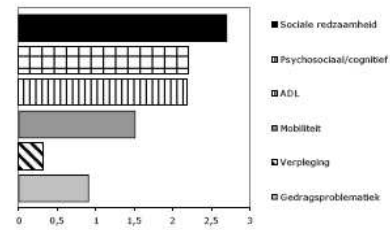
Het *beperkingenbeeld* van deze cliënten verandert vaak langzaam.

De *dominante grondslag* voor dit cliëntprofiel is een somatische ziekte/aandoening dan wel een psychogeriatrische ziekte/aandoening.

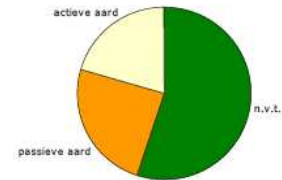
Voorbeelden van cliëntgroepen zijn:

- Volwassenen met ernstig en blijvend niet aangeboren hersenletsel.
- Cliënten met een ernstige mate van dementie in combinatie met gedragsproblemen (vooral voorkomend bij jong dementerenden).
- Mensen met de ziekte van Korsakov.
- Ouderen met complexe lichamelijke problematiek in combinatie met actieve psychiatrische problematiek.
- Ouderen die als gevolg van doofblindheid op latere leeftijd specifieke zorg nodig hebben.

Gemiddelde scores beperkingen



Aard van de psychiatrische problematiek



Aard van het begeleidingsdoel



Functies en tijd per cliënt per week

Woonzorg				Dagbesteding	Behandelaars (BH)	Totaaltijd
Functie	BG	PV	VP	Zie omschrijving in toelichting.	Bij de zorgverlening is/zijn (een) behandelaar(s) betrokken. Dit is gemiddeld 2 uur.	Inclusief dagbesteding: 20,0 tot 24,5 uur
	ja	ja	ja			
Gemiddeld: 19 uur						

Verblijfskenmerken

Setting: beschermd wonen.
 Nachtdienst: wakende wacht.
 Leveringsvoorwaarde: voortdurend in de nabijheid of 24 uur per dag direct aanwezig.

ZZP 2B GGZ Voortgezet verblijf met structuur en uitgebreide begeleiding (B-groep)

Clïentprofiel

Deze cliëntgroep heeft vanwege een psychiatrische aandoening een vorm van behandeling (geneeskundige zorg) nodig die het verblijf in een instelling noodzakelijk maakt. Daarnaast is er continu begeleiding nodig. De cliënten hebben een structuur, stabiliteit, bescherming en veiligheid biedende verblijfsomgeving nodig waarin toezicht wordt gehouden en die weinig eisen stelt. Behandelaar is integraal verantwoordelijk voor behandelplan en verblijf.

De cliënten hebben ten aanzien van hun *sociale redzaamheid* dagelijkse uitgebreide begeleiding nodig. Er is sprake van verlies van zelfregie en van een verstoord dag- en nachtritme. Cliënten hebben problemen met het onderhouden van sociale relaties, het deelnemen aan het maatschappelijk leven en het invullen van de dag. Daarnaast zijn er beperkingen in de besluitnemings- en oplossingsvaardigheden en bij het initiëren en uitvoeren van complexere taken.

De cliënten hebben in het algemeen uitgebreide ondersteuning nodig ten aanzien van alle *cognitieve/psychische functies*.

De *aard van het behandel-/begeleidingsdoel* kan ontwikkelingsgericht zijn, zodanig dat terugkeer naar huis dan wel plaatsing in een beschermende woonomgeving mogelijk wordt. De behandeling is daarbij met name gericht op het herstel van het persoonlijk functioneren. Er is echter ook een groep cliënten die als chronisch is te beschouwen. Voor deze groep is stabilisatie en continuering van de situatie het uitgangspunt. Tevens kan sprake zijn van begeleiding bij achteruitgang. Deze groep zal permanent behandeling nodig blijven hebben om verdere/nieuwe terugval te voorkomen.

Ten aanzien van *ADL* hebben de cliënten in het algemeen enige behoefte aan toezicht of stimulatie met betrekking tot de persoonlijke verzorging, de intensiteit daarvan is beperkt.

Ten aanzien van *mobiliteit* hebben de cliënten in het algemeen geen hulp nodig.

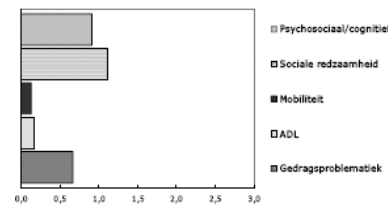
Bij deze cliënten kan terugkerend sprake zijn van enige *gedragsproblematiek*, maar die is hanteerbaar in de context van voortdurende begeleiding. Dit speelt met name bij manipulatief gedrag en reactief gedrag met betrekking tot interactie.

De *psychiatrische problematiek* is bij deze cliënten in het algemeen zodanig ontwikkeld dat de psychiatrische symptomen onder controle zijn en dat deze in het dagelijks leven geen overheersende rol meer spelen. Er is sprake van een goede reactie op (depot)medicatie.

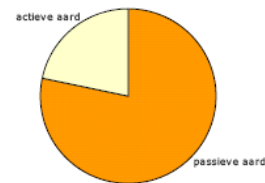
De *zorgverlening* is voortdurend in de nabijheid te leveren.

De *dominante grondslag* voor dit cliëntprofiel is psychiatrische aandoening, psychische stoornis (waartoe ook verslaving behoort).

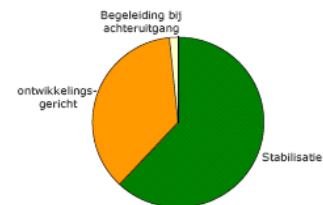
Gemiddelde scores beperkingen



Aard van de psychiatrische problematiek



Behandel-/begeleidingsdoel



Functies en tijd per cliënt per week

Verblijfszorg				Dagbesteding	Behandelaars (BH)	Totaaltijd
Functie	BG	PV	VP	Indien dagbesteding:	Bij de zorgverlening is/zijn (een) behandelaar(s) betrokken. Dit is gemiddeld 1,1 uur.	Exclusief dagbesteding: 9,5 tot 11,5 uur Inclusief dagbesteding: 12,0 tot 14,5 uur
	ja	ja	ja	Gem. aantal dagdelen: 4 Gem. groepsgrootte: 6		
Gemiddeld: 9,5 uur						

Verblijfskenmerken

Setting: behandelafdeling
 Nachtdienst: wakende wacht/in nabijheid.
 Leveringsvoorwaarde: voortdurend in de nabijheid.

ZZP 7B GGZ Beveiligd voortgezet verblijf vanwege extreme gedragsproblematiek met zeer intensieve begeleiding (B-groep)

Clïentprofiel															
<p>Deze cliëntgroep heeft vanwege een zeer ernstige psychiatrische aandoening zeer intensieve behandeling (geneeskundige zorg) nodig die het verblijf in een instelling noodzakelijk maakt. Daarnaast is zeer intensieve begeleiding nodig met daarnaast intensieve verzorging, een buitengewoon gestructureerd klimaat en grote mate van beveiliging en bescherming. De verblijfsomgeving moet hier op zijn afgestemd. Er is een specifieke bouwkundige setting en specifiek beveiligingsklimaat nodig. Behandelaar is integraal verantwoordelijk voor behandelplan en verblijf.</p> <p>De cliënten hebben ten aanzien van hun <i>sociale redzaamheid</i> dagelijks zeer intensieve begeleiding nodig die voortdurend nabij is, met daarnaast een buitengewoon sterk gestructureerde dagindeling. Cliënten zijn niet in staat sociale relaties te onderhouden en de dag in te vullen. Deelname aan het maatschappelijk leven is vanwege de extreme gedragsproblematiek niet aan de orde. Verder ontbreken alle besluitnemings- en oplossingsvaardigheden en moet het initiëren en uitvoeren van eenvoudige en complexere taken volledig worden overgenomen.</p> <p>De cliënten hebben intensieve ondersteuning nodig ten aanzien van alle <i>cognitieve/psychische functies</i>.</p> <p>De <i>aard van het behandel-/begeleidingsdoel</i> kan ontwikkelingsgericht zijn, zodanig dat terugkeer naar huis dan wel plaatsing in een beschermende woonomgeving mogelijk wordt. Er is echter ook een groep cliënten die als chronisch is te beschouwen. Voor deze groep is stabilisatie en continuering van de situatie het uitgangspunt. Deze groep zal permanent een behandeling nodig blijven hebben om verdere/nieuwe terugval te voorkomen.</p> <p>Ten aanzien van <i>ADL</i> hebben de cliënten betreffende de verschillende aspecten behoefte aan enige hulp. Bij deze cliënten is regelmatig tot vaak <i>verpleegkundig handelen</i> nodig (medicatie en gezondheidsbescherming).</p> <p>Ten aanzien van <i>mobilititeit</i> hebben de cliënten in beperkte mate hulp nodig. Uit veiligheidsoverwegingen kan geen sprake zijn van het zelfstandig verplaatsen buitenshuis.</p> <p>Deze cliënten kennen verschillende vormen van extreme <i>gedragsproblematiek</i>. Dit betreft verbaal agressief, lichamelijk agressief, destructief, manipulatief, dwangmatig, ongecontroleerd en reactief gedrag. Hierbij is continu behoefte aan hulp, toezicht of sturing. Daarbij is zelfverwendend of zelfbeschadigend gedrag eveneens te verwachten. De cliënten doen een groot beroep op hun sociale omgeving en zetten deze continu onder druk. Ze zijn ongevoelig voor correctie, hebben geen inzicht in hun eigen aandeel bij interactieproblemen en hebben een zeer beperkt leervermogen. <i>Ze kunnen frequent en onvoorspelbaar fors gewelddadig reageren.</i></p> <p>De <i>psychiatrische problematiek</i> is bij deze cliënten over het algemeen actief van aard (de psychopathologie is floride). De psychiatrische symptomen zijn moeilijk onder controle te krijgen. Er is regelmatig sprake van intensivering van de behandeling en begeleiding en er is regelmatige bijstelling van de medicatie nodig.</p> <p>De <i>zorgverlening</i> is voortdurend in de nabijheid te leveren. De <i>dominante grondslag</i> voor dit cliëntprofiel is psychiatrische aandoening, psychische stoornis (waartoe ook verslaving behoort).</p>															
<p>Gemiddelde scores beperkingen</p> <table border="1"> <caption>Gemiddelde scores beperkingen</caption> <thead> <tr> <th>Beperking</th> <th>Gemiddelde score</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Psychosociaal/cognitief</td> <td>2.2</td> </tr> <tr> <td>Sociale redzaamheid</td> <td>2.5</td> </tr> <tr> <td>Mobiliteit</td> <td>0.8</td> </tr> <tr> <td>ADL</td> <td>1.0</td> </tr> <tr> <td>Gedragsproblematiek</td> <td>2.0</td> </tr> </tbody> </table>				Beperking	Gemiddelde score	Psychosociaal/cognitief	2.2	Sociale redzaamheid	2.5	Mobiliteit	0.8	ADL	1.0	Gedragsproblematiek	2.0
Beperking	Gemiddelde score														
Psychosociaal/cognitief	2.2														
Sociale redzaamheid	2.5														
Mobiliteit	0.8														
ADL	1.0														
Gedragsproblematiek	2.0														
<p>Aard van de psychiatrische problematiek</p> <table border="1"> <caption>Aard van de psychiatrische problematiek</caption> <thead> <tr> <th>Aard</th> <th>Percentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>actieve aard</td> <td>95%</td> </tr> <tr> <td>passieve aard</td> <td>5%</td> </tr> </tbody> </table>				Aard	Percentage	actieve aard	95%	passieve aard	5%						
Aard	Percentage														
actieve aard	95%														
passieve aard	5%														
<p>Behandel-/begeleidingsdoel</p> <table border="1"> <caption>Behandel-/begeleidingsdoel</caption> <thead> <tr> <th>Doel</th> <th>Percentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Stabilisatie</td> <td>33%</td> </tr> <tr> <td>ontwikkelingsgericht</td> <td>33%</td> </tr> <tr> <td>Begeleiding bij achteruitgang</td> <td>33%</td> </tr> </tbody> </table>				Doel	Percentage	Stabilisatie	33%	ontwikkelingsgericht	33%	Begeleiding bij achteruitgang	33%				
Doel	Percentage														
Stabilisatie	33%														
ontwikkelingsgericht	33%														
Begeleiding bij achteruitgang	33%														
Functies en tijd per cliënt per week															
Verblijfszorg			Dagbesteding	Behandelaars (BH)	Totaaltijd										
Functie	BG	PV	VP	Indien dagbesteding: Gem. aantal dagdelen: 5 Gem. groepsgrootte: 3	Bij de zorgverlening is/zijn (een) behandelaar(s) betrokken. Dit is gemiddeld 2,3 uur.	Exclusief dagbesteding: 27,5 tot 33,5 uur Inclusief dagbesteding: 32,5 tot 39,5 uur									
	ja	ja	ja												
Gemiddeld: 28,5 uur															
Verblijfskenmerken															
Setting: gesloten behandelafdeling															
Nachtdienst: wakende wacht/in nabijheid.															
Leveringsvoorwaarde: voortdurend in de nabijheid.															

ZP 1C GGZ Beschermwd wonen met begeleiding (C-groep)																		
Clïëntprofiel																		
<p>Deze cliëntgroep heeft vanwege een lichte psychiatrische aandoening, begeleiding en vooral bescherming en stabiliteit nodig, in een veilige en weinig eisende woonomgeving.</p> <p>De cliënten hebben ten aanzien van hun <i>sociale redzaamheid</i> in het algemeen dagelijks begeleiding nodig, die naar intensiteit beperkt kan zijn. Er is sprake van enig verlies van zelfregie en mogelijk van een verstoord dag- en nachtritme. Cliënten hebben in beperkte mate problemen met het onderhouden van sociale relaties, het deelnemen aan het maatschappelijk leven en het invullen van de dag.</p> <p>De cliënten beschikken vaak wel over vaardigheden om, zo nodig met enige ondersteuning, een (gezamenlijke) huishouding te voeren.</p> <p>De cliënten hebben in het algemeen ondersteuning nodig ten aanzien van de <i>cognitieve/psychische functies</i>. Dit speelt met name bij concentratie, geheugen en denken, motivatie en het psychosociaal welbevinden.</p> <p>De <i>aard van het begeleidingsdoel</i> is stabilisatie en continuering van de situatie, dan wel ontwikkelingsgericht.</p> <p>Ten aanzien van <i>ADL</i> hebben de cliënten in het algemeen enige behoefte aan toezicht of stimulatie met betrekking tot de persoonlijke verzorging, de intensiteit daarvan is beperkt.</p> <p>Ten aanzien van <i>mobilititeit</i> hebben de cliënten in het algemeen geen hulp nodig.</p> <p>Bij deze cliënten is in het algemeen geen sprake van <i>gedragsproblematiek</i>.</p> <p>De <i>psychiatrische problematiek</i> is bij deze cliënten in het algemeen passief van aard (er is geen floride psychopathologie). De psychiatrische symptomen zijn zodanig onder controle dat deze in het dagelijks leven geen overheersende rol spelen. Er is sprake van een goede reactie op (depot)medicatie.</p> <p>De <i>zorgverlening</i> is volgens afspraak en direct oproepbaar te leveren.</p> <p>De <i>dominante grondslag</i> voor dit cliëntprofiel is psychiatrische aandoening, psychische stoornis (waartoe ook verslaving behoort).</p>				<p>Gemiddelde scores beperkingen</p> <table border="1"> <caption>Gemiddelde scores beperkingen</caption> <thead> <tr> <th>Beperking</th> <th>Gemiddelde score</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Psychosociaal/cognitief</td> <td>~0,8</td> </tr> <tr> <td>Sociale redzaamheid</td> <td>~0,8</td> </tr> <tr> <td>Mobiliteit</td> <td>~0,2</td> </tr> <tr> <td>ADL</td> <td>~0,1</td> </tr> <tr> <td>Gedragsproblematiek</td> <td>~0,2</td> </tr> </tbody> </table>			Beperking	Gemiddelde score	Psychosociaal/cognitief	~0,8	Sociale redzaamheid	~0,8	Mobiliteit	~0,2	ADL	~0,1	Gedragsproblematiek	~0,2
Beperking	Gemiddelde score																	
Psychosociaal/cognitief	~0,8																	
Sociale redzaamheid	~0,8																	
Mobiliteit	~0,2																	
ADL	~0,1																	
Gedragsproblematiek	~0,2																	
				<p>Aard van de psychiatrische problematiek</p> <table border="1"> <caption>Aard van de psychiatrische problematiek</caption> <thead> <tr> <th>Aard</th> <th>Percentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>actieve aard</td> <td>~15%</td> </tr> <tr> <td>passieve aard</td> <td>~85%</td> </tr> </tbody> </table>			Aard	Percentage	actieve aard	~15%	passieve aard	~85%						
Aard	Percentage																	
actieve aard	~15%																	
passieve aard	~85%																	
				<p>Aard van het begeleidingsdoel</p> <table border="1"> <caption>Aard van het begeleidingsdoel</caption> <thead> <tr> <th>Aard</th> <th>Percentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ontwikkelingsgericht</td> <td>~45%</td> </tr> <tr> <td>Stabilisatie</td> <td>~55%</td> </tr> </tbody> </table>			Aard	Percentage	ontwikkelingsgericht	~45%	Stabilisatie	~55%						
Aard	Percentage																	
ontwikkelingsgericht	~45%																	
Stabilisatie	~55%																	
Funcities en tijd per cliënt per week																		
Woonzorg				Dagbesteding	Behandelaars (BH)	Totaaltijd												
Functie	BG	PV	VP	Indien dagbesteding:	Bij de zorgverlening is/zijn	Exclusief dagbesteding:												
	ja	ja	nee	Gem. aantal dagdelen: 4	geen behandelaar(s)	3,5 tot 5,5 uur												
Gemiddeld: 4,5 uur				Gem. groepsgrootte: 5	betrokken.	Inclusief dagbesteding:												
						6,5 tot 8,5 uur												
Verblijfskenmerken																		
Setting: beschut/beschermwd wonen (geclusterd of groepswonen, dichtbij of in 'moederhuis'), kleinschalige beschermende woonvormen, dependances.																		
Nachtdienst: wacht op afroep/slaapwacht.																		
Leveringsvoorwaarde: volgens afspraak en direct oproepbaar.																		

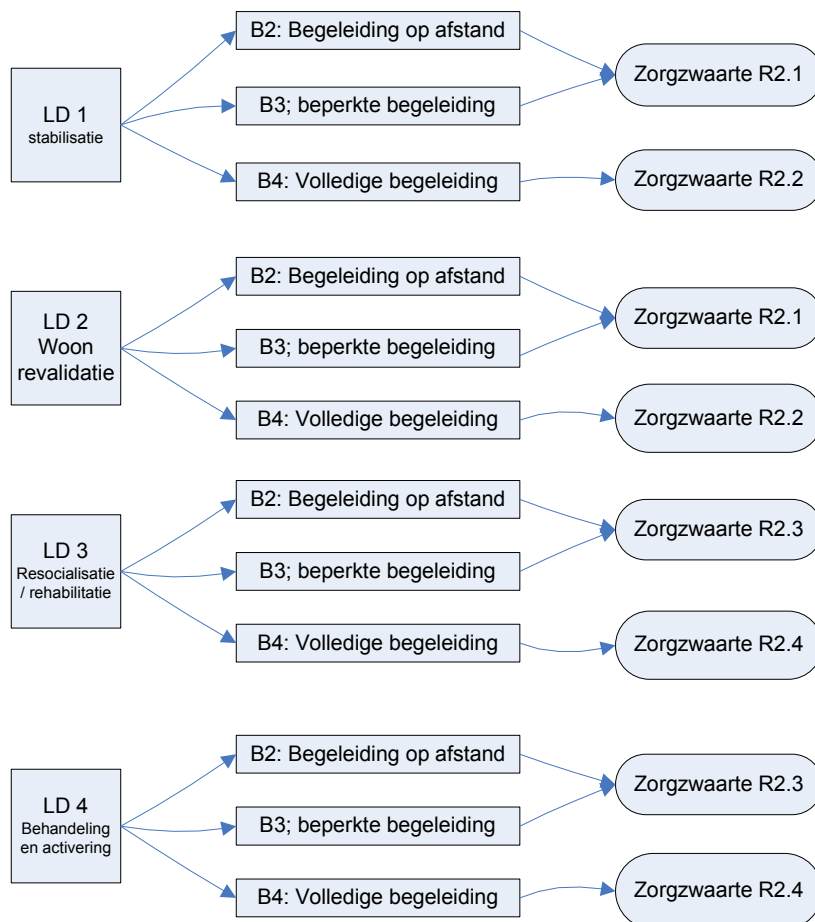
Bijlage 2. Intensiteit ZPZ verpleeg- en verzorgingshuizen

In onderstaand schema²¹ is de intensiteit van de verschillende ZPZ's voor de V&V schematisch weergegeven, zodat een beeld wordt verkregen van het onderscheid tussen de verschillende pakketten. Een '0' betekent dat op dit aspect geen zorg nodig is. De '+-jes' kunnen als volgt worden geïnterpreteerd: ++ = toezien/stimuleren, +++ = hulp en +++++ = overname.

ZPZ	Begeleiding Sociale redzaamhei d	Psycho- sociaal functionere n	Verzorging Persoonlijke zorg	Mobiliteit	Motorisch functionere n	Verpleging	Probleem- gedrag
VV 1	+	0	+	+	0	0	0
VV 2	+++	+	++	+	+	+	0
VV 3	++++	++	++++	+++	++	+	0
VV 4	++++	+++	++	+	+	+	+
VV 5	+++++	++++	++++	++++	++	+	+
VV 6	++++	+++	+++++	+++++	+++	++	0
VV 7	+++++	+++++	++++	+++	++	++	+++
VV 8	+++++	+++	+++++	+++++	+++++	++++	+
VV 9	+++	++	+++	+++	++	++	0
VV 10	+++++	++++	+++++	+++++	++++	+++	+

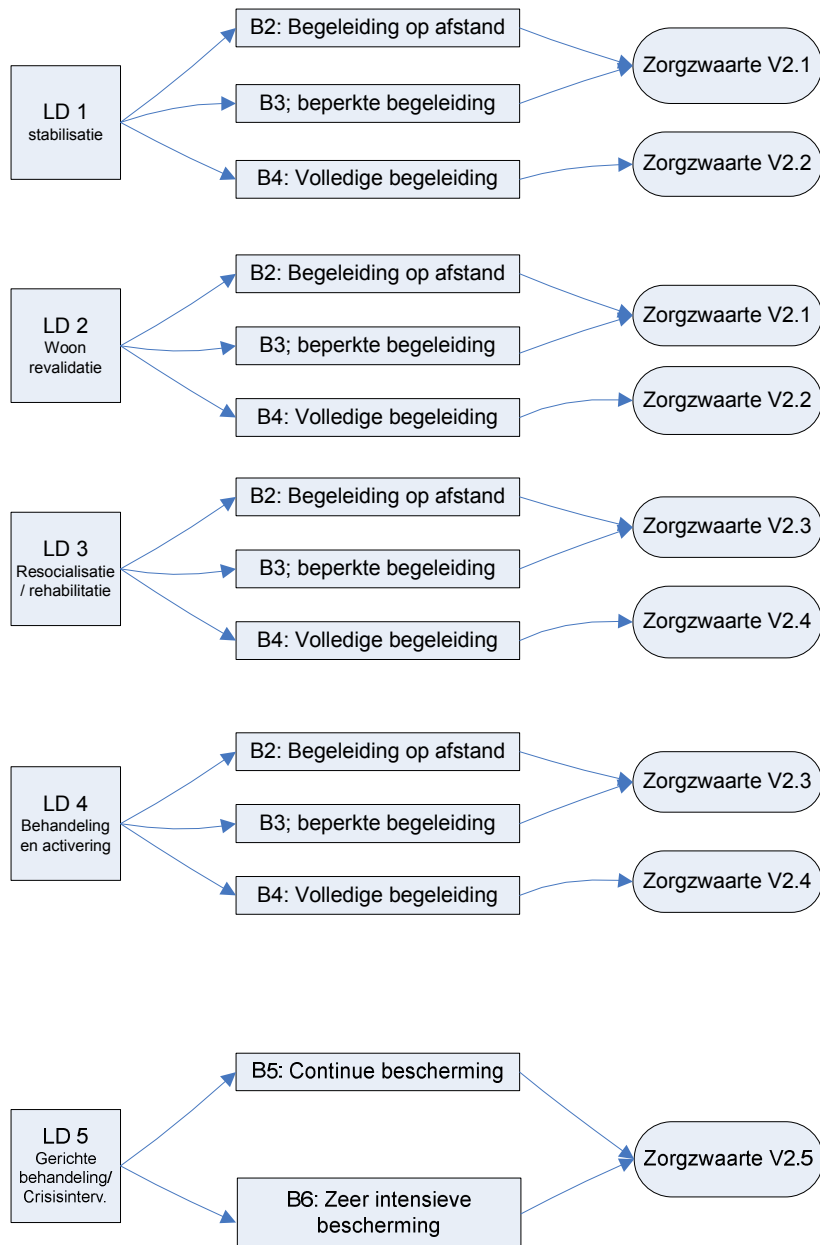
²¹ Zorgzwaartepakketten V&V 2009, 4 november 2008 PJ/08/2877/imz

Bijlage 3. Processchema bekostiging GGZ regeling kleinschalig wonen²²



²² Bron: kwaliteitshandboek GGZ Friesland.

Bijlage 4. Processchema bekostiging GGZ klinische zorg > 365 dagen



Bijlage 6. Intensiteit ZP GGZ

In onderstaand schema²³ is de intensiteit van de verschillende ZP's voor de GGZ schematisch weergegeven, zodat een beeld wordt verkregen van het onderscheid tussen de verschillende pakketten. De '+-jes' kunnen als volgt worden geïnterpreteerd: ++ = toezien/stimuleren, ++++ = hulp en ++++++ = overname.

ZP	Begeleiding Sociale redzaamheid	Psycho- sociaal functione- ren	Verzorging	Verpleging	Probleem- gedrag	Verblijf vanwege behandeling
GGZ 1B	+	+	+	0	0	ja
GGZ 2B	++	++	+	0	++	ja
GGZ 3B	+++	+++	++	0	++	ja
GGZ 4B	+++	+++	+++	+	+++	ja
GGZ 5B	++++	++++	+++	+	++++	ja
GGZ 6B	++++	++++	++++	+++	+++	ja
GGZ 7B	+++++	++++	+++	++	+++++	ja

	Begeleiding Sociale redzaamheid	Psycho-sociaal functioneren	Verzorging	Verpleging	Probleem- gedrag	Verblijf vanwege behandeling
GGZ 1C	+	+	+	0	0	nee
GGZ 2C	++	++	+	0	++	nee
GGZ 3C	+++	+++	++	0	++	nee
GGZ 4C	+++	+++	+++	+	+++	nee
GGZ 5C	++++	++++	+++	+	++++	nee
GGZ 6C	++++	++++	++++	+++	+++	nee

²³ Zorgzwaartepakketten GGZ 2009, 4 november 2009, HHM PJ/08/2878/imz

Bijlage 6. Vragenlijst verkennend onderzoek

Vragen Interviews.

Algemeen

Kunt u aangeven op welke wijze u momenteel met de zorgzwaartebekostiging (verder ZZB genoemd) bezig bent? In welk stadium bent u: het bezien van consequenties, of visieontwikkeling, planvorming of heeft u al daadwerkelijke acties ondernomen?

De invoering van de ZZB lijkt gepaard te gaan met enerzijds druk op de financiën van de organisatie en anderzijds druk op grond van een gewenst verhoogde klantparticipatie. Deze twee ontwikkelingen lijken op gespannen voet met elkaar te staan. Herkent u dit dilemma binnen uw organisatie? Zo ja, hoe gaat u hier mee om en welke oplossingsrichtingen zijn/worden gekozen?

Cliënten

Welke gevolgen heeft de invoering van de ZZB voor klantgericht werken?

De ZZB veronderstelt dat er meer klant gericht gewerkt zal gaan worden. Denkt u dat u na de invoering van de ZZB daadwerkelijk meer cliënt gericht zal gaan werken dan u nu doet? Zo ja, waar baseert u dit op? Zo nee, waarom niet?

Welke gevolgen heeft de invoering van ZZB denkt u voor de individuele zeggenschap van cliënten?

Wordt deze daadwerkelijk groter in uw organisatie als gevolg van de ZZB zoals de overheid verwacht? Zo nee, waarom niet; zo ja welke maatregelen zijn/worden genomen om de individuele zeggenschap van cliënten te vergroten?

Wat denkt u dat er gebeurt met de keuzemogelijkheden voor cliënten als gevolg van de invoering van de ZZB? Bent u van mening dat de invoering van de ZZB de keuzemogelijkheden van cliënten zal vergroten?

Indien dit het geval is, in welk opzicht?

Hoe heeft uw organisatie geanticipeerd op het bieden van keuzemogelijkheden? Of heeft u plannen om hierop te anticiperen? Indien niet, waarom denkt u dat de invoering van ZZB de keuzemogelijkheden van cliënten niet vergroot?

Heeft u aanpassingen gedaan / of wilt u aanpassingen doen om de keuzemogelijkheden voor cliënten te vergroten? Zo ja, welke zijn dit?

Welke gevolgen heeft ZZB volgens u voor de solidariteit tussen cliënten?

Denkt u dat door de individuele zorgzwaartebekostiging de solidariteit van cliënten onderling beïnvloed wordt? Zo ja, op welke wijze denkt u dat gaat gebeuren?

Hoe gaat u hiermee om, welke oplossingsrichtingen zijn/worden gekozen?

Herkent u dat er druk kan komen op de solidariteit tussen cliënten als zij zich bewuster worden van het geld dat “hangt” aan hun ZZP?

Door VWS en in de uitgebrachte gebruikersgids wordt geschetst aan cliënten wat zij kunnen c.q. mogen verwachten van hun ZZP. Herkent u het dilemma tussen de beschikbare tijd op basis van de ZZP en de discussie over de tijdseenheden met de cliënt? Zo ja, hoe gaat u hiermee om en welke oplossingsrichtingen zijn/worden gekozen?

Wordt er door u of binnen uw organisatie een knelpunt ervaren tussen de geschetste verwachtingen en de mogelijkheden die u als organisatie heeft voor de te bieden zorg? Kunt u hier voorbeelden van noemen?

Binnen de GGZ wordt er gewerkt aan de rehabilitatie van cliënten. De ZZP's gaan uit van de ziekte en beperkingen van cliënten.

Levert dit in de praktijk probleem op? Zo ja, waar bestaan deze uit en welke oplossingen heeft u hiervoor?

Bedrijfsvoering

Welke aanpassingen heeft u gedaan in uw bedrijfsvoering om de invoering van de ZZB goed te laten verlopen als het gaat om het gebied van:

Structuur:

Wat betekent de invoering van de ZZB voor de inrichting van uw organisatie?

Heeft u aanpassingen in uw organisatiestructuur toegepast of denkt u dit te gaan doen? Hierbij valt te denken aan centraliseren of juist decentraliseren van verantwoordelijkheden

Hoe zijn de taken/bevoegdheden en verantwoordelijkheden met betrekking tot de ZZB in uw organisatie vastgelegd?

In hoeverre is uw organisatiestructuur passend bij de ZZB?

Groot of kleinschaligheid

Denkt u dat de haalbaarheid van kleinschalige zorgverlening afneemt of toeneemt door de invoering van de ZZB?

Bepaalt of heeft de invoering van de nieuwe financieringssystematiek uw keuze om al dan niet kleinschalig te werken beïnvloed?

Indien u heeft gekozen voor kleinschaligheid, voor welke variant volgens de opsomming van Huisman heeft u dan gekozen? Kunt u aangeven waarop deze keuze gebaseerd is?

Personeel

Op welke wijze zijn medewerkers in uw organisatie betrokken bij de invoering van de ZZB?

Hoe heeft u medewerkers voorbereid, of gaat u hen voorbereiden op de komst van de ZZB?

Gaat u als gevolg van de ZZB functie- en deskundigheid differentiatie toepassen?

Hoe gaat u anticiperen of heeft u geanticipeerd op een flexibeler personeelsformatie?

Sleutelvaardigheden

Welke vaardigheden van medewerkers binnen uw organisatie zijn van belang bij de ZZB?

Bent u van mening dat medewerkers andere sleutelvaardigheden moeten aanleren dan nu het geval is en welke zijn dit dan?

Welke acties hebt u ondernomen of gaat u ondernemen om deze vaardigheden te aan te leren?

Systemen

In hoeverre hebt u uw (administratieve) systemen aangepast om de door u gewenste en de overheid vereiste stuur- en verantwoordingsinformatie te verkrijgen?

Op welke stuurinformatie richt u zich? Welke aspecten ten aanzien van de ZZB worden nauwgezet gevolgd en gecontroleerd?

Welke nieuwe spelregels heeft u opgesteld in uw organisatie naar aanleiding van de ZZB?

Managementstijl

In hoeverre heeft de invoering van ZZB invloed op de managementstijl (wordt deze directiever, of richt deze zich meer op het stimuleren van professionals in relatie tot klantintimiteit of innovatie?)

Hoe hebt u de expertise in huis georganiseerd met betrekking tot de ZZB?

Wat zijn belangrijke competenties bij leidinggevendenden voor het laten welslagen van (de invoering) van de ZZB?

Cultuur

Wat zijn de kernwaarden binnen uw organisatie?

Past de ZZB binnen de gemeenschappelijke waarden en normen van uw organisatie?

In hoeverre is het nodig geweest om of dient er in de nabije toekomst aandacht besteed te worden aan draagvlak binnen de organisatie met betrekking tot de ZZB?

Denkt u dat uw organisatiecultuur zal moeten veranderen als gevolg van de stelselwijziging en zet u hier op in?

Onderscheidend vermogen van organisaties.

Wat vindt u zelf het onderscheidend vermogen van uw organisatie ten opzichte van andere organisaties? Waaruit blijkt dit? Heeft u er over nagedacht om uw onderscheidend vermogen aan te passen omdat de ZZB er aankomt? En waaruit zou dat moeten blijken? Welke ideeën heeft u hierover?

Strategische keuzes

Kunt u aangeven welke van deze generieke strategieën uw organisatie aanhangt en waarom en waaruit blijkt dat?

Denkt u dat u op basis van de invoering van de ZZB aanpassingen zult gaan doen in deze generieke strategie of dat er verschuivingen zullen gaan optreden hierin?

Portfoliomix.

Heeft u op basis van de invoering van de ZZB aanpassingen gedaan in uw portfoliomix of overweegt u dit?

Worden expliciete keuzes gemaakt op het vlak van (het afstoten van bepaalde) diensten en doelgroepen naar aanleiding van de invoering van de ZZB.

Zo ja, welke aanpassingen heeft u gedaan en waarom heeft u hier voor gekozen?

Zo nee, waarom niet?

We hebben het bij onze vragen tot nu toe steeds gehad over dilemma's in kosten en klantintimiteit, maar is het in de wereld met ZZB ook mogelijk om je op innovatie te richten?

Do's en dont's

Heeft u nog tips of valkuilen die u aan uw collega-bestuurders mee zou willen geven als het gaat om de invoering van de zorgzwaartebekostiging?