

# Catalyse

Vertrouwd adviseur voor vernieuwing en blijvende financiële verbeteringen in de gezondheidszorg

Een korte geschiedenis van de toekomst van de zorgfinanciering in Nederland: 2013-2020



# Catalyse

Catalyse Business Consultants BV

Adres	Lijsterbeslaan 37 3053 NH Rotterdam
KvK	24357345
BTW nummer	NL8130.84.532.B02
Telefoon	088-2424000
E-mail	service@catalyse.nl
Internet	www.catalyse.nl

- Siemen Jongedijk**
- Frank Lekanne Deprez**
- John Hofland**
- Geoffrey Vermeulen**
- Edo Bouman**
- Ies Paalvast**

## Duurzame verbeteringen realiseren

Catalyse werkt al jaren met bestuurders, managers en ondernemingsraden in de gezondheidszorg om gerichte structurele verbeteringen aan te brengen:

1. Structurele productiviteitsverbetering in teams
2. Management control op alle niveaus
3. Kostenreductie en versterken procesbeheersing
4. Een toekomstbestendige organisatie realiseren
5. Planningstandaardisatie over alle locaties

Het resultaat is een organisatie die betere en goedkopere zorg voor klanten levert, op alle fronten sterk staat, waar slimme beslissingen genomen worden en winst een gezond rendement betekent.

Catalyse brengt verbetering in efficiency, productiviteit en werkklimaat in de zorgorganisaties door middel van kortlopende en intensieve trajecten.

Wij zijn gericht op concrete implementaties en werken nauw samen met de klant. Ons uiteindelijke doel is om zichtbare verbeterde werksituaties te realiseren die doen wat ze moeten doen: Betere en goedkopere zorg voor klanten, betere leveringsbetrouwbaarheid, sterkere besluitvorming en hogere winsten.

## Eerste hulp bij zwevend overheidsbeleid

Een korte geschiedenis van de toekomst van de zorgfinanciering in Nederland: 2013-2020 is exclusief voor besturen en management van zorginstellingen, provincies, gemeenten en zorgverzekeraars.

Overheidsinitiatieven in de gezondheidszorg stapelen zich in rap tempo op. Het is niet makkelijk om tussen alle ontwikkelingen een duidelijke lijn te blijven zien.

We richten ons op de vraag welke veranderingen er in hoog tempo aankomen en met welke diensten en organisatie zorginstellingen behouden kunnen blijven.

## Een spannende tijd met moeilijke keuzes

Sinds 2009 heeft Catalyse vergezichten ontwikkeld over de Nederlandse gezondheidszorg tot 2025. De voorziene ontwikkelingen leken ons toen nog te radicaal om breder naar buiten te brengen.

Uiteindelijk worden deze lijnen richting 2014-2018 met aantreden van het kabinet Rutte II zeer duidelijk en ook versneld ingezet. Ons doel is om samenhang aan te brengen en met zorginstellingen zichtbare verbeterde werksituaties te realiseren.

## 2012-2015 Een periode vol unieke kansen

Politieke partijen geven zorgverzekeraars, gemeenten en zorgaanbieders twee of drie jaar de kans om de samenwerking in de wijk in praktijk op te zetten. Als dat overtuigend lukt, dan komt er geen verdere sanering door de zorg simpelweg duurder te maken.

VWS beleid dwingt tot meer zorg in de eigen omgeving, minder verblijfszorg en een breder aanbod woonzorg. Echter financiële belemmeringen voor integrale zorg in de buurt worden nu met o.a. het experiment regelarme zorg weggenomen.

## De juiste keuzes zijn altijd moeilijk, maar het is tijd keuzes nu niet aan anderen over te laten

De grenzen tussen ZvW/AWBZ/WMO vervagen razendsnel getuige de initiatieven en beleidsmaatregelen die momenteel besproken worden.

Catalyse werkt als vertrouwd adviseur om deze verbeteringen met én voor u in uw organisatie te realiseren. Wij zijn professionals op senior niveau met minimaal 14 jaar professionele consultancy ervaring met jaren ervaring bij BIG-4 adviesbureaus.



## 1. Grotere rol voor eerstelijnszorg

Als eerste wordt in de bezuinigingen een grotere rol toegedacht aan de eerstelijnszorg, waar je zonder verwijzing en op eigen initiatief naartoe kunt: bijv. huisarts, tandarts, fysiotherapeut, verloskundige, maatschappelijk werker of psycholoog.

Doel is om meer gezondheidsproblemen in de eerste lijn op te lossen, dus zonder onnodige verwijzingen naar ziekenhuis of specialist. Tevens zijn er nieuwe verplichtingen om de goedkoopste medicijnen voor te schrijven, langer open te blijven, consult en begeleiding via internet te doen, zo min mogelijk door te verwijzen en zorg over te nemen uit de ziekenhuizen. Regionaal verwachten we verdere integratie van SEH en huisartsenpost in spoedposten.

Huisartsen, verloskundigen en logopedisten ontvangen daarvoor een lagere vergoeding per patiënt: een jaarlijkse korting van de zorgverzekeraar van € 74 miljoen op huisartsen en van € 2 miljoen en € 5 miljoen op verloskunde en logopedie. Huisartsen zijn gebonden aan max. 2,5% kostenstijging per jaar.

## 2. Spoedeisende hulp wordt ontlast

Om onnodig bezoek aan eerste hulp te voorkomen gaan patiënten eerst naar huisarts(enpost), dan pas naar de eerste hulp. De eerste hulp is per definitie alleen voor acute spoedeisende zorg die niet door de huisarts gegeven kan worden.

Als stok achter de deur moet de patiënt een eigen bijdrage betalen (€50). Huisartsen, SEH en HAP zijn onder populatiegebonden bekostiging gebonden aan max. 2% kostenstijging per jaar tot 2014, mogelijk tot 2017. Ziekenhuizen mogen zorg van huisartsen in combinatie met eerste hulp gaan leveren.

## 3. Geen verwijsbrief nodig voor paramedici

Voor paramedische zorg is geen verwijzing van de huisarts meer nodig. Patiënten kunnen hier direct naar fysiotherapeut, oefentherapeut, mondhygiënist, huidtherapeut, diëtist, ergotherapeut, logopedist, podotherapeut. De therapie worden vergoed uit de (aanvullende) zorgverzekering van de patiënt. Per 2015 verdwijnt vergoeding psychische hulp, fysio en manueel therapeut uit basisverzekering ziektekosten.



#### 4. Substitutie specialist in buurtgezondheidscentrum

Zorgverzekeraars zullen met ziekenhuizen afspraken maken voor versteviging van de eerste lijn om relatief eenvoudige zorg op te pakken van de tweede lijn. De komende jaren wordt geïnvesteerd in geïntegreerde eerstelijns centra met ambulante specialisten, zoals internisten. Op deze manier kan de zorg voor minder complexe chronisch zieken op één locatie, dichtbij de verzekerde en in onderlinge afstemming plaatsvinden.

Zorgverzekeraars mogen in elke regio het voortouw nemen om de zorg zodanig te (re)organiseren dat uit het beschikbare regionale zorgbudget zo veel mogelijk goede zorg kan worden verleend. Dat houdt in dat verzekeraars nieuwe vormen van samenwerking zullen gaan stimuleren, dan wel eisen, tussen specialisten, huisartsen en wijkverpleegkundigen voor de zorg van specifieke patiënt-populaties, bijvoorbeeld diabetici of COPD-patiënten. Dit kan leiden tot de komst van wijk- of buurtgezondheidscentra, waarin huisarts, wijkverpleegkundige, fysiotherapeut en andere zorgverleners samenwerken onder één dak.

Vanaf 2015 is er extra geld voor wijkverpleegkundigen olopend tot 250 miljoen in 2017. Dit wordt gekort op de medische zorg in de tweede lijn (substitutie).

#### 5. Sterke concentratie van ingrepen in de ziekenhuizen en interventieklinieken

Aan de andere kant is er een sterke concentratie in de tweede lijn voor specialistische, complexe en acute zorg en operaties. De complexe zorg wordt al jaren regionaal georganiseerd in gespecialiseerde interventieklinieken. Er zijn al 29 van dit soort centra.

Vergelijkbaar liggen er plannen om complexe traumata, hartinfarcten, herseninfarcten en acute vaatproblemen in speciale traumacentra onder te brengen. Patiënten kunnen de noodzakelijke voor- of nazorg krijgen in het ziekenhuis in de buurt.

De regionale ziekenhuizen hebben een flink aantal behandelingen moeten afstoten als gevolg van de invoering van nieuwe kwaliteits- en volumennormen. Voor sommige ziekten is het aantal behandellocaties zelfs gehalveerd. Dit leidt tot concentraties van relatief laagcomplexe monodisciplinaire zorg en relatief hoogcomplexe multidisciplinaire en acute zorg als rode lijn door veranderingen in ziekenhuizen.



## 6. Saneren van kleine ziekenhuizen

Na concentratie komt ook saneren. De huidige situatie waarin de ziekenhuizen veelal het gehele zorgaanbod trachten aan te bieden zal veranderen.

Op termijn zullen niet alle ziekenhuizen een breed scala aan zorg aanbieden. De aandoening zal hierbij centraal staan. De specialisatie zal zijn weerslag hebben op de diagnostiek, de poli's en op de infrastructuur van de ziekenhuizen.

Zo zullen niet alle ziekenhuizen meer poli's hebben voor minder complexe zorg en zal de Intensive Care niet overal beschikbaar zijn. Als ziekenhuizen te klein zijn om bijvoorbeeld de afdeling gynaecologische zorg 24 uur per dag te bemensen, zullen ze die moeten sluiten omdat het niet meer tegen de vergoedingen open te houden is.

Verzekeraars staan in hun recht om met een nieuwe inkoopprocedure instellingen niet meer toe te laten. Met een beperkter aanbod per instelling en meer onderaannemerschap wordt de noodzaak groter voor samenwerkingsverbanden en schaalvergroting.

## 7. WMO aanspraak wordt voorliggende voorziening

WMO contracten komen onder verdere prijsdruk omdat meer mensen langer voorzieningen gebruiken (bijv. extra huurtoeslag door langer thuis wonen). Als reactie op de snel uitdijende omvang van de taken van gemeenten en de beperkte compensatie vanuit het rijk zullen prijsdruk, druk op toegang en druk op doelmatigheid toenemen. Ook eisen gemeenten nu al dat zorgaanbieders de ondersteuningsmix leveren met welzijnswerkers en zelfs vrijwilligers uit bijstand/ww.

Europese aanbestedingsprocedures voor huishoudelijke hulp zijn niet meer verplicht. Wel zijn gemeenten verplicht basistarieven vast te stellen bij nieuwe contracten met zorgaanbieders. Sommige gemeenten dwingen nog scherpere tarieven af bij thuiszorg en schoonmaakbedrijven. Andere gemeenten hebben bedacht zelf te bemiddelen naar alfa hulpen in de gemeente. Weer andere gemeenten zoeken de oplossing in het al dan niet gedwongen opleggen van minder uren huishoudelijke verzorging, hetzij met doelmatigheidsafspraken, hetzij in de indicatiestelling of gewoon een vast budget per indicatie (niet in uren).



## 8. Extramurale begeleiding van AWBZ naar de WMO

Extramurale begeleiding en begeleiding van de vanaf 2013 geëxtramuraliseerde ZZP1 t/m3 en daarna ZZP4 gaan naar gemeentelijke voorzieningen. Vanaf 2014 worden gemeenten verantwoordelijk voor alle cliënten die extramurale begeleiding ontvangen in de AWBZ. Decentraliseren geldt ook voor vervoer en voor licht verstandelijk gehandicapten (lvg) jongeren en voor kinderen met Jeugd-GGZ zorg (vanaf 2013). Alleen bij verblijf (ZZP of VPT) blijft begeleiding vanuit de AWBZ.

### Extramurale AWBZ Begeleiding naar WMO

2012	Indicatie voor extramurale begeleiding BEG
2013	Nieuwe aanvragen Begeleiding (met 25% -50% korting) voortaan via WMO-loket van gemeente
2014	Thuiszorg Begeleiding alle 200.000 cliënten incl. BG in 2013 geëxtramuraliseerde ZZPs gaan over naar WMO. Begeleiding wordt betaald via WMO en geïndiceerd via WMO. Gemeenten staan vrij om daar verder invulling aan te geven
2015	Begeleiding van extramurale cliënten gaat verder als een gemeentelijke voorziening

## 9. Intramurale begeleiding van AWBZ naar gemeente

Vanaf 2013 bestaat Begeleiding in AWBZ alleen nog in combinatie met Verblijf. In 2014 wordt aanspraak op Begeleiding beperkt doordat dagbesteding vervalt voor nieuwe cliënten. In april 2013 wordt bekend hoe gemeenten deze nieuwe intramurale cliënten een adequate dagvoorziening kunnen geven. Vanaf 2015 regelen gemeenten de extra begeleiding zelf. Dagbesteding voor gehandicapten, ouderen of psychiatrische patiënten gaat verder als voorziening.

### Intramurale AWBZ Begeleiding naar gemeenten

2012	ZZP indicatie met begeleiding (Dagbesteding)
2013	Begeleiding binnen AWBZ alleen nog met Verblijf
2014	Dagbesteding aanspraak vervalt voor nieuwe cliënten met Indicatie voor Verblijf. In april 2013 oplossing om vanuit gemeenten deze intramurale cliënten toch een adequate voorziening te geven
2015	Dagbesteding van gehandicapten en ouderen gaat verder als een gemeentelijke voorziening, maar met 75% van het budget in 2012



## 10. Jeugdzorg over naar gemeenten

Decentralisatie van de jeugdzorg heeft als doel om preventie en zwaarder zorgaanbod veel sterker aan elkaar te verbinden. Dat betekent een integratieslag van jeugdpsychiatrie, zorg voor jongeren met een licht verstandelijke beperking, jeugdbescherming en jeugdreclassering. Met de focus op preventie en inclusiviteit is eigen kracht en versterking van het netwerk van de jeugd leidend. Onder lokale regie, één gezin, één plan, één regisseur wordt zonder bureaucratie zorg van de juiste zwaarte ingezet.

In 2015 wordt jeugdzorg geheel overgeheveld naar gemeenten met 300 miljoen minder budget en extra groei target van 150 miljoen (-33% 2012, 2015 €40 mio, 2016 €100 mio, vanaf 2017 €150 mio minder). Bestuur en de financieën voor alle voorzieningen (incl. gespecialiseerde) komt bij gemeenten te liggen.

Consultatiebureau's, schoolartsen/-verpleegkundigen en (jeugd)maatschappelijk werk zijn verantwoordelijk voor signalering en advisering binnen 'hun' populatie en krijgen de bevoegdheid om direct deskundigheid en zorg in te schakelen waar ze risico's zien. Ook hier moet versterken van de eerste lijn doorverwijzing naar de langdurige tweedelijnszorg voorkomen.

## 11. AWBZ Persoonlijke verzorging naar gemeente

De grondslag voor PV is "het ondersteunen bij of het overnemen van zorg in verband met een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening, of beperking, verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap, gericht op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid." (Art4 Besluit zorgaanspraken AWBZ)

Dit contrasteert met hoe een gemeente 't formuleert: "Persoonlijke verzorging is bedoeld om u zo lang mogelijk zelfstandig te laten wonen. Door ouderdom, ziekte of handicap bent u onvoldoende in staat om uzelf te verzorgen." Dit betekent dat in de overgang ook op het terrein van persoonlijke verzorging een geheel andere benadering van zorg wordt ingestoken.

Alle kortdurende verzorging korter dan 6 maanden wordt mantelzorg. In 2014 gaat de norm gebruikelijke zorg omhoog van 60 minuten naar 90 minuten per dag en wordt aanspraak op extramurale verzorging beperkt: PV alleen als voor meer dan 6 maanden. In beleidsstukken is al gesproken om de norm in de toekomst naar 150 minuten verder op te rekken. De thuiszorg zal oa. hierdoor tot 2017 +/- 5% verliezen.





## 12. AWBZ Intramurale verzorging en verblijf worden geëxtramuraliseerde verzorging en begeleiding

De al jaren eerder ingezette extramuralisering zet nu definitief door: Per 1-1-2013 worden nieuwe cliënten met zorgvraag ZZP1-2, VG1 en 2 en GGZ 1 en 2 in hun eigen omgeving geholpen en krijgen indicatie voor extramurale zorg, waarbij woonkosten voor eigen rekening blijven. ZZP3 V&V volgt per 1-1-2014 en ZZP VG3 en GGZ3 per 2015 onder voorwaarden. In 2016 vervallen ZZP VV4 en ZZP VG4 voor nieuwe cliënten.

De zorg moet worden afgestemd op de cliënt en zijn sociale netwerk in plaats van het woon/zorgaanbod. Intramurale medewerkers gaan zorg leveren in routes die gecombineerd in het huis én in de wijk lopen. Flexibiliteit moet ingebouwd worden voor ongeplande zorg en verpleegkundige bereikbaarheid, vooral in avonden, nachten en weekenden. Dat kan op termijn leiden tot 30% leegstand. NzA verwacht in 2013 een algemene daling van 5% en in 2014 een daling tot 10% van de aanvaardbare kosten voor 1 op 3 instellingen. Daarnaast verwachten we overgangsproblemen in de thuiszorg doordat de thuiszorg al aan het met het zorgkantoor afgesproken productieplafond zit.

## 13. AWBZ geëxtramuraliseerde verzorging en begeleiding naar WMO/gemeentevoorzieningen

De extramurale verzorging en begeleiding en de geëxtramuraliseerde ZZP1 t/m3 en daarna ZZP4 gaan over naar de gemeentelijke voorzieningen. De SER trachtte dit te behouden voor zorgkantoren, maar politiek is onder mom van falende marktwerking al ingezet naar WMO/gemeente. Gemeenten krijgen daar in beginsel zo veel mogelijk beleidsvrijheid in. De wet wordt zo aangepast dat begeleiding tussen 25% en 50% minder kan worden geïndiceerd. Tevens wordt minder zorg geïndiceerd: norm voor gebruikelijke zorg gaat omhoog van 60 min. naar 90 tot 150 minuten en PV vervalt bij kortdurende zorg korter dan 6 maanden.

Vanaf 2015 zijn gemeenten verantwoordelijk voor de voorziening verzorging, begeleiding en dagbesteding (incl. de sinds 2013 geëxtramuraliseerde ZZPs), jeugd (incl. LVG1 en LVG2). De huidige thuiszorg krijgt daardoor te maken met een 5% efficiencykorting op budget van 2012 en 5% minder patiënten (schatting is €700 miljoen in 2017 minder dan in 2012). Oormerken van het WMO budget moet prijsdruk tegengaan.



#### 14. Patiënten met ZZP5-10 en gehandicapten blijven in romp-AWBZ over, Langdurige GGZ gaat naar ZvW

De zware intramurale ouderenzorg (met name demente ouderen), zorg voor gehandicapten en langdurige GGZ blijven over in een romp-AWBZ. Voor deze aanvragen zal CIZ als objectief functionerende poortwachter blijven indiceren in combinatie met taakmandaat en controles. Mogelijk zal voor deze groepen de zorg landelijk ingekocht gaan worden of blijvend door de zorgverzekeraars ingekocht blijven worden. Specifieke toeslagen kunnen verder worden geschraapt. CVZ adviseert om ook zwaardere ZZPs in componenten zorg en diensten integraal te indiceren in pakketten, maar dan zonder wooncomponent en de bekostiging ervan. De SER onderschrijft deze opzet, en wil dat hulpbehoevenden de kosten van welzijn en voeding ook dragen. De wet- en regelgeving wordt zo aangepast dat vanaf 2015 hiermee kan worden gestart. Het advies van de Taskforce beheersing zorguitgaven is overgenomen: Kortdurende en Langdurige GGZ gaat over naar de ZvW. Zorgverzekeraars worden in 2017 financieel verantwoordelijk voor de GGZ.

#### 15. AWBZ Extramuraal verpleging naar de ZvW

Extramuraal verpleging gaat over naar de ZvW (VP obv ZIN,PGB,ZZP1 t/m3 en mogelijk ook ZZP4). De start is in 2017. De indicatiestelling vervalt. De financiering valt dan onder hetzelfde systeem van populatiegebonden bekostiging als de huisartsenzorg (en max. kostenstijging conform de huisartsen sinds 2013).

Zorgverzekeraars zijn na overheveling dan vrij om populatiegebonden bekostiging te gebruiken door met aanneemsommen de extramuraal verpleging in de regio te contracteren met thuiszorginstellingen, maar dat kan ook met de eerstelijnsinstellingen.

Verpleging wordt daarna beheerst door een absolute lump sum financiering omdat zorgverzekeraars na 2 jaar in 2018 ook risicodragend zullen worden voor eventuele budgetoverschrijdingen. Daarnaast zal er meer en nieuwe concurrentie kunnen ontstaan door de overgang naar de ZvW. Ziekenhuizen mogen al de zorg van huisartsenposten in combinatie met eerste hulp gaan leveren. Als eerstelijnsinstelling zouden ziekenhuizen zich dan ook op het terrein van de extramuraal verpleging kunnen gaan begeven.



## 16. Scheiden wonen en zorg zet volledig door

Scheiden van wonen en zorg betekent dat bewoners zelf hun woonruimte betalen. Huisvesting wordt niet meer betaald uit een zorgbudget. Nu zijn instellingen nog volledig gefinancierd op basis van gegarandeerde bekostiging en een levensduur van veertig jaar.

Zorgaanbieders die in 2011 intramurale zorg leverden en vergoeding kapitaal-lasten ontvingen in het budget aanvaardbare kosten ontvangen een overgangsregeling met integraal tarief voor zorg (ZZP) én de kapitaallasten (NHC: normatieve huisvestingscomponent).

Nu krijgen zorginstellingen nog 100% van de kosten van bouwen, grond, onderhoud en renteaflossing vergoed. Over zes jaar is dat 0% (zie afbouw conform tabel).

Overgangsjaar	Nieuwe NHC obv productie	Huidige kosten vergoeding
2012	10%	90%
2013	20%	80%
2014	30%	70%
2015	50%	50%
2016	70%	30%
2017	85%	15%
2018	100%	0%

## Risico's beperken van scheiden wonen en zorg

Na zes jaar is vergoeding 100% productieafhankelijk. De NzA verwacht in 2014 door extramuraliseren van ZZPs een daling tot meer dan 10% van aanvaardbare kosten voor zorginstellingen. De drempel om in een verzorgings- en verpleeghuis te gaan wonen wordt door scheiden wonen en zorg vergroot. De kosten van een intramurale eenkamerwoning met keuken en badkamer is anno 2012 tussen 600 tot 1.000 euro per maand. Bewoners betalen straks deze huur zelf.

Risico beperking is nog mogelijk met de beleidslijn bouwkundige zorginfrastructuur. Regel voor ZZP 3 en 4 een mini NHC voor kosten van extra ruimte bij de woningen om zorgverlening mogelijk te maken. Dat is dekking op lege kamers naast huur en inkomsten uit thuiszorg in verzorgingshuizen. Focus daarnaast op nieuwe zelfstandige huisvesting voor mensen met een zorgbehoefte. De toekomst is het (ver)bouwen van zelfstandige woningen in een geclusterde setting, met verschillende huurcategorieën, georganiseerde zorg en dienstverlening en de beschikbaarheid van tijdelijke intramurale (crisis)opvang.



## 17. Welk standpunt kan een gemeente innemen

Gemeenten worden door budgetdruk genoodzaakt het mes te zetten in welzijn en geïndiceerde zorg. Prioriteit zijn preventie, eigen verantwoordelijkheid en het verbinden van zorg- en welzijnsactiviteiten.

Gemeenten moeten precies onderscheiden welk werk ze willen blijven uitvoeren en de rest stoppen. Per wijk zal worden gekeken hoeveel professionals er nodig zijn. Eén gezin, één plan, één regievoerder. Liefst zonder overhead en complexe verwijsstructuur.

Zoals samengevat door een Leeuwarder raadslid: “Wie een intrinsieke motivatie heeft en goed is in helpen, wordt als ZZP'er ingehuurd. Aangevuld met tientallen vrijwilligers en bijstandsgerechtigden. Dit wordt aangestuurd door het frontlijnteam.”

Gemeenten vervangen zorg door (zelf)voorzieningen, zorg voor zorg (zorgpunten opbouw door te zorgen), zorggidsen, vraag en aanbod websites (met een paar klikken extra hulp aanvragen) en zullen pas in laatste instantie optreden als makelaar tussen zorgvrager en zorgaanbieders. Controle kan op dezelfde wijze als in het onderwijs: bezoek, meekijken bij het werk en controle van de cijfers/lijsten ter ondersteuning.

## Voorbeelden van de visie van een gemeente op:

**Huishoudelijke hulp:** “Bij huishoudelijke hulp gaat het om mensen in staat te stellen een huishouden te draaien. Daarvoor moet schoongemaakt worden, of een boodschap gedaan. Daar blijven mensen voor nodig, maar geen kantoor, geen kleine autootjes om de stad door te rijden. Salariskosten en verder niets.”

**Jeugdzorg:** “Bij de jeugdzorg gaat het om zorgen dat kinderen goed kunnen opgroeien. Bij veel kinderen draait het er om dat er liefhebbende, oplettende en opvoedende volwassenen nodig zijn. De gemeente kan zorgen dat deze volwassenen er zijn: door eigenkrachtconferenties met vrijwilligers waar het kan en professionals waar het moet.”

**Begeleiding en ondersteuning:** “Bij begeleiding en ondersteuning ontstaat een enorme verzameling aan totaal verschillende hulp. Daarbij gaat het onder andere, maar vooral om een zinvolle dagbesteding. Elk buurthuis, elke school en elke sportclub zou zich over een aantal mensen kunnen ontfermen door ze een doel en dagbesteding te geven om voor te gaan.”



## 18. Patiënt en omgeving krijgt meer op te vangen

De entree tot de zorg wordt beperkt, tijdelijke zorg-situaties moeten zelf opgevangen worden en de norm voor gebruikelijke zorg wordt opgerekt. De zorg die partners, ouders of huisgenoten normaal gesproken geacht worden voor elkaar te geven neemt toe. Waar voorheen sprake was van situaties van tot 3 maanden zorg wordt de duur opgerekt naar 6 maanden. Wie niet kan/wil zorgen kan zich aanvullend verzekeren, privé zorg inkopen of een beroep doen op vrijwilligers.

Gemeenten zullen steeds meer oplossingen zoeken in stimuleren van voorliggende voorzieningen. Hetzelfde vindt plaats vanuit de ZvW, waarbij ook steeds meer verpleegkundig handelen bij de klant zelf of diens omgeving zal komen te liggen. De patiënt krijgt op termijn, maar voor 2020 vanuit zijn verzekeraar voor een max. aantal uur per jaar advies en instructie over specifieke verpleegkundige handelingen en gebruikt de beschikbare elektronische opvolging vanuit de thuiszorg of eerste lijn. Het ligt voor de hand dat daarnaast in het privé budget nog van alles mogelijk is voor patiënten. Aanvullend krijgen patiënten te maken met aanpassing in de woning en nieuwe hulpmiddelen. Mogelijk moeten ze verhuizen naar een aangepaste woning.

## 19. Herschikken taken in de omgeving van de patiënt

Belangrijk is om nog sterker aan te sluiten op bestaande structuren. Verpleegkundige centra in de wijk of het organiseren nabij huisartsenposten van 24 uren zorg op afroep maakt het mogelijk de chronische zorg van meerdere chronisch zieken en ouderen te kunnen begeleiden die thuis blijven wonen.

Daarnaast moeten basiszorg en voorzieningen in de wijk op peil gebracht worden (ruimte tillift, rolstoel). Ook moeten we rekening houden met de toename van eigen betalingen waardoor mensen in financiële problemen en schuldproblematiek kunnen komen.

Voor de overheid blijft de huisarts verantwoordelijk voor de zorg. In samenspraak met de huisarts heeft de wijkverpleegkundige de regie over de hulp van de thuiszorg en andere instellingen. Zij kan zien wanneer het met minder kan en moet de kans krijgen om de zorg zo te organiseren dat deze doelmatig is. Wat dit betreft kunnen de sterke kanten van de werkwijze van 25 jaar geleden weer uit de kast worden gehaald en benut worden om de komende veranderingen voor de cliënt in goede banen te leiden.



## 20. Met welke dienstverlening blijf je als zorgaanbieder nog interessant?

### 1. Zorgaanbieders ontwikkelen nieuwe arrangementen

Doel is te komen tot een aanpak per regio/of per wijk met het uitgangspunt dat het budget per cliënt voor zorg en welzijn zal afnemen. De grote vraag is welke dienstverlening doe je nog voor welke cliëntgroep?

Kies je doelgroepen waarvoor je zorg wilt combineren. Je gaat je als zorgaanbieder organiseren rondom een aantal grote ziekten (voor volume) en haakt er alle benodigde dienstverleners voor aan.

Het gemiddeld uurtarief gaat dalen met mogelijk -30% tot rond de 50 euro als gemiddeld tarief zoals ook gebruikt wordt voor Buurtzorg (€50, 2009). De staat mag vervoer inkopen voor het laagste tarief (€8, 2013).

Dus doe alleen zelf wat je profijtelijk in 2012 tegen een all-in tarief van €35 voor gemeenten en van €42-€50 euro voor verzekeraars voor alle diensten zou kunnen uitvoeren. Reken op een jaarlijkse indexering van het tarief met minder dan de inflatie. Gemeenten kunnen in het contract inzet eisen van uitkeringsgerechtigden WWB, IOAW, ID-ers, IOAZ2, UWV (Wajong, WAO-WIA, WAZ en WW) en van mensen met een WSW indicatie.

### 2. Bouw de organisatie opnieuw op rondom de dienstverlening van de nieuwe zorgarrangementen

De kostprijs per uur zorg wordt duurder omdat in de wijk zowel meerdere zorgmomenten per dag nodig zijn (met leegloop in diensten tot gevolg), als er dat er meer vraag komt naar 24-uurs bereikbaarheid en direct oproepbare zorg in de nabijheid van de patiënt.

Daarnaast ontstaat er echter meer ruimte en vrijheid om binnen het regiobudget de voor de patiënt benodigde ondersteuning en begeleiding op afstand te doen en de uren over meerdere patiënten te spreiden (i.e. meerdere contactmomenten per dag, controle via Ipad op hoeveelheid insuline die de patiënt zichzelf injecteert, oproepbare hulp voor oriëntatie van de cliënt via de altijd aanstaande mobiele telefoon, buddyservice met vrijwilligers enz.).

Er komen vastgestelde meetmomenten waarop de resultaten bepaald worden mbt versterken van de zelfredzaamheid. Op basis daarvan vindt uitbetaling van (delen) van het budget plaats. Soms pas achteraf.



Er ontstaan zes belangrijke hoofd zorgarrangementen:

1. Starten en ondersteunen van gebruikelijke zorg in het huishouden met name als verbetering uitblijft;
2. Doe het zelf zorg en zelfzorgmanagement programma's die patiënt instaat stellen gezond te blijven, of de zorg zelf te doen of het netwerk in staat te stellen om de zorg te geven;
3. Gemonitorde zorgprogramma's en ondersteunde zelfmanagement programma's met domotica aanpassingen in huis om de thuissituatie veiliger te maken, snel advies te vragen aan professionals en bijv. leermodules voor familieleden via internet;
4. Risico monitor service en spoedopname  
In alles wensen patiënten veiligheid en vooral hulp bij nood. Vanuit gemonitorde zorgprogramma's en ondersteunde zelfmanagement programma's kan escalatie in zorg, in de thuissituatie en in nood-situaties direct worden opgevangen met een beschutte of beschermde intramurale setting;
5. Community en ketenservices voor zorg en welzijn voor chronische zieken in het lokale zorgnetwerk en voorzieningen. Als zorgaanbieder voer je de regie over de zorg en welzijn aan patiënten in samenwerking met huisarts, fysiotherapeut en andere therapeuten. Ook kan deze service patiënten in de buurt met elkaar in contact brengen. In een community van lotgenoten neemt het zelfverzorgend vermogen immers toe: zieken worden vrijwilligers en ervaringsdeskundigen. Men weet van elkaar wat men mankeert en ondersteunt de ander;
6. Zorg aan huis zoals we die nog kennen uit 2012, maar dan met veel meer verschillende zorgmomenten per dag, meer reistijd, meer lege uren, een andere invulling van de verzorgende en van de verpleegkundige bereikbaarheid over 24 uur en andere registraties (met name op effect van zorg).





## 21. Toekomstige turn-key zorg door wijkservicepunten, ZZP-ers, zorggroepen en verzekeraars in 2020

De zorg heeft de volgende structuur in de toekomst:

1. Eerste lijn servicepunten (contact maken, doorverwijzen). Samenwerkingsverbanden van huisarts(engroepen) plus apothekers, kraamzorg, thuiszorg en fysiotherapeuten geschakeld in de wijk. Kan ook een winkel in de wijk zijn als inlooplek van de zorggroep of zorgverzekeraar zijn, of het loket van de zorgverzekeraar in de wijk of virtuele winkel.
2. Ambulante ketenzorg: Er zijn een groot aantal kleine bedrijfjes of teams aangesloten bij servicepunten die naar de patiënten toegaan, de situatie bekijken, adviseren en aanvragen doen naar verzekeraars. Deze hebben alles bij zich en kunnen alles direct voor de patiënt regelen. Deze ZZP-ers of wijkteams krijgen een duidelijk aandeel in de ambulante zorgverlening. Ze specialiseren in specifieke problemen die ouderen ondervinden en of specifieke ziektes. De ZZP-ers of wijkteams zijn gecertificeerd door een zorggroep die voor de hele regio op een breed scala aan zorgdiensten wordt gecontracteerd door verzekeraars en gemeenten.
3. De zorggroep is de contractpartij en inhoudelijk regisseur voor verzekeraars, gemeenten en voor de dienstverleners in de hele regio. Gemeenten verwachten meer focus als aanbieders voor een bredere (zorg)diensten worden gecontracteerd. Met gemeentelijke en regionale populatiebudget van verzekeraars worden de 1e, 2 en 3e lijnzorg georganiseerd voor preventie, participatie en zorg aan specifieke chronische patiëntgroepen. Budget, wetgeving en nieuwe rol NMa maken dat mogelijk. Daarnaast zijn patiënten aanvullend verzekerd. Met zorgbundels die passen bij hun gezinssituatie en/of ziekte stellen mensen hun verzekering op onderdelen samen. Verzekeraars en gemeenten contracteren regionale zorggroepen op basis van populatiebudgetten en geormerkte WMO gelden. De zorggroep is als samenwerkingsverband vooral een contractvehikel (maximaal drie tot zes per verzekeringsmaatschappij en gemeente) voor alle aangesloten zorgaanbieders inclusief ziekenhuizen, woningcorporaties en welzijnsorganisaties.





4. De gecontracteerde zorggroepen bieden instructie-teams, monitor-teams en specialisten voor aanleren van zorghandelingen die in kader van gebruikelijke zorg voortaan in eerste instantie bij de zieke en/of familie en mantelzorgers liggen.

Nagenoeg alle zorghandelingen rond persoonlijke verzorging worden na 2020 beschouwd als gebruikelijke zorg of met instructie aangeleerd.

Voor niet chronisch zieken en voor zelf aan te leren handelingen worden instructie-teams ingeschakeld die op AIV basis aan verzekerden de verzorgende en deels ook de benodigde verpleegkundige handelingen aanleren.

Voor chronisch zieken en handelingen die aan te leren zijn worden monitor teams ingezet die met een bepaalde frequentie de zieke en/of mantelzorgers bezoeken en helpen om zorgvaardigheden op peil te houden en om nieuwe ontwikkelingen te instrueren. Deze teams worden afgerekend op hun resultaat in het vergroten van de zelfredzaamheid.

5. Alleen voor zorghandelingen die niet aan te leren zijn of risicovol zijn voor de gezondheid en het welzijn van de patiënt is de traditionele zorgverlening bestemd. Verpleging is vanaf 2018 lump sum gefinancierd in het regiobudget van verzekeraars en we rekenen op een lager tarief. Zorgverzekeraars zullen de zorgverleners houden aan het maximum budget omdat zij risicodragend zijn geworden voor eventuele budgetoverschrijdingen. Naast een jaarlijkse verhoging van eigen risico starten verzekeraars met de no-claim korting in de zorgverzekering.
6. Naarmate het ziektebeeld voortschrijdt dat de zorg zo intensief is wordt overgegaan tot opname in een AWBZ instelling met verblijf en behandeling (de huidige ZZP5-10).
7. Mantelzorgers worden wettelijk gestimuleerd de zorg over te nemen (of privé bij te betalen). In 2010 is bijv. een hoge aftrek op erfbelasting ingevoerd voor kinderen die vader of moeder of allebei in huis halen om voor hen te zorgen.



## 22. Overzicht van toekomstige zorg door wijkservicepunten, ZZP-ers, zorggroepen en verzekeraars in 2020

Zorgvragers zijn in de toekomst te onderscheiden in drie grote groepen:

Het grootste deel van de zorgvraag wordt bepaald door wat de klant of zijn omgeving zelf kan aanleren. Zorg aan huis verschuift naar niet aan te leren handelingen.

1. Voor niet chronisch zieken zijn gezondheidscentra in de wijk het aanspreekpunt met daaraan gekoppeld de eerste en tweede lijn zoals we die nu kennen, maar met een andere financiering, met teams van fysio, ergo, logo, psycholoog, apotheek en thuiszorg.

2. Chronisch zieken zijn in eerste instantie aangewezen op zorg thuis met ondersteuning in de wijk van zorg aan huis en bezoek aan specialistische klinieken.
3. Naarmate het ziektebeeld voortschrijdt dat de zorg zo intensief wordt overgegaan tot opname in een romp-AWBZ instelling met verblijf en behandeling (de huidige ZZP5-10).

Handelingen/Ziekte	1. Niet chronisch ziek	2. Chronisch ziek	3. Chronisch combi ziek
Zelfzorgen zelfmanagement	Huisarts / Burger Zelf/Mantelzorg	Huisarts / WvP / Burger Zelf/Mantelzorg	Huisarts / Burger Zelf/Mantelzorg
Aan te leren zorghandelingen	Instructie team Zelf/ZvW	Monitor team Zelf/ZvW	Monitor team Zelf/ZvW
Niet aan te leren zorghandelingen	Zorg aan huis WMO / eigen budget	Zorg aan huis ZvW / eigen bijdrage	Zorg aan huis ZvW / eigen bijdrage
Behandeling en opname vereist	Keten DBC's ZvW	Specialistische kliniek ZvW	Specialistische kliniek ZvW
Behandeling en verblijf vereist	-	-	Zorg en verblijf AWBZ / eigen budget



### 23. Gaat dit daadwerkelijk allemaal gebeuren?

Jazeker, dit gaat er komen. Bij ongewijzigd beleid wordt uitgegaan dat de zorgkosten voor de VVT tussen 2012 en 2025 bijna zouden verdubbelen.

De demografische ontwikkeling maakt dat de zorgvraag 4% groeit terwijl de economie al jaren maximaal 1% groeit. De stijging van vraag naar verpleging over de periode 2002-2020 is 40%. Tot 2020 stijgt het aantal aanvragen voor de AWBZ met 28%. Zorgverzekeraars betaalden de specialisten in 2011 twee keer zo veel als in 2000. Er is een stijgend aantal mensen met een ongezonde levensstijl. Het aantal ouderen is afgelopen 50 jaar vervijfvoudigd en zal komende 50 jaar opnieuw vervijfvoudigen. In 2030 zijn er vier miljoen mensen in de leeftijd van 65 jaar en ouder. Het aantal dementen stijgt naar 380.000 in 2030. Tegen 2060 is 29,5% van de EU bevolking 65-plus tegen 17,4 procent in 2010 enz.

De financiering van de zorg lijkt zich op deze manier analoog te ontwikkelen aan het passend onderwijs: Vanaf 1-8-2014 vervallen rugzakje en de landelijke indicatiestelling voor speciaal onderwijs. Scholen gaan samen in 150 samenwerkingsverbanden om te zorgen dat ieder kind onderwijs krijgt dat goed past.

### 24. 2012-2015 Een periode vol unieke kansen

We zoeken een oplossing voor en met elkaar. Zorgverleners, gemeenten en verzekeraars zijn nu al in enkele gevallen met elkaar aan het praten welke samenwerkingsverbanden vorm kunnen krijgen. De politiek geven verzekeraars, gemeente en aanbieders twee of drie jaar de kans om dit uit te werken en in praktijk te brengen. Als dat overtuigend lukt, komt er geen saneringsprogramma volgens de klassieke lijn.

Maar lukt het de zorgaanbieders met gemeenten, verzekeraars, woningbouwcorporaties en welzijnsorganisaties niet om binnen de financiële begrotingsdoelstellingen in de regio een antwoord te vinden, dan wordt in 2015 overgaan tot verkleining van het verzekeringspakket, verminderen van budgetteren en drastisch verhogen van de eigen bijdragen. Alleen de zorgkosten worden nog vergoed. Hulpbehoevenden moeten de kosten van aanvullende zorg maar ook kosten van het verblijf in instellingen, welzijn en voeding zelf gaan dragen, ook als ze al in een instelling wonen. Via de WMO, ZvW, AWBZ worden dan alleen nog basis-zorgkosten vergoed.



## 25. Hoeveel tijd hebben we om voor te bereiden\*\*?

### 2013

- Per 1-1-2013 worden nieuwe cliënten met een zorgvraag ZZP1-2, VG1 en 2 ouder dan 22 jaar en GGZ1 en 2 in hun eigen omgeving geholpen met indicatie voor extramurale zorg, waarbij woonkosten voor eigen rekening worden
- Nieuwe aanvragen Begeleiding (met 25% -50% korting) voortaan via WMO-loket van gemeente. Binnen AWBZ Begeleiding alleen nog met Verblijf
- PGB wordt alleen toegekend als de indicatie voor BG of kortdurend verblijf hoger is dan 10 uur p/wk
- Intramuraal wordt een algemene daling van 5% van aanvaardbare kosten verwacht in budget
- Knelpunten in het najaar in de regionale toegang en zorglevering van thuiszorg door overschrijding van vastgestelde productieplafonds voor 2013
- Huisartsen, SEH en HAP worden via verzekeraars onder populatiegebonden bekostiging gebonden aan max. 2% kostenstijging p/jaar tot 2014 (huisarts 2,5%). Bij succes wordt verlengd tot 2017
- 2,65% Korting op budget jeugdzorg (2013 = 2012)

### 2014

- Nieuwe ZZP3 V&V extramuraliseren vanaf 1-1-2014
- Eigen bijdrage intramuraal wordt verhoogd
- Intramuraal wordt daling tot 10% van aanvaardbare kosten voor 1 op 3 instellingen verwacht
- Thuiszorg Begeleiding alle 200.000 cliënten incl. BG in 2013 geëxtramuraliseerde ZZPs gaan over naar WMO
- Begeleiding in de AWBZ wordt beperkt: Dagbesteding aanspraak vervalt voor nieuwe cliënten. Met de start van 2015 regelen gemeenten voortaan zelf de voorziening begeleiding met 75% van budget in 2012
- Huish. Hulp vanuit WMO vervalt voor nieuwe cliënten
- Norm gebruikelijke zorg van 60 naar 90 min p/dag
- Thuiszorg PV indicatie alleen als >6 maanden
- Instroom in de WSW sociale werkvoorziening niet meer mogelijk voor nieuwe cliënten. Gemeenten krijgen binnen de wettelijke kaders ruimte om zelf beschut werk als voorziening te organiseren.
- Invoering Participatiewet voor nieuwe cliënten (samenvoegen Wwb, Wsw en deel Wajong)

\*\* Verwachte doorlooptijd van veranderingen in de zorgfinanciering.  
Stand 18 november 2012, onder voorbehoud van politieke afwijkingen



## 2015

- Aanspraak op ZP VG3 en GGZ3 vervalt voor nieuwe cliënten. Cliënten krijgen indicatie extramurale zorg
- Thuiszorg Verpleging gaat over van AWBZ naar ZvW
- Vanaf 2015 extra investeren in wijkverpleegkundigen bedrag loopt op tot minimaal € 250 miljoen in 2017
- Langdurige GGZ gaat over van AWBZ naar ZvW
- HH in WMO vervalt ook voor bestaande cliënten: Gemeenten houde 25% budget over voor maatwerk. 58.000 mensen verliezen baan als huishoudelijke hulp
- Jeugdzorg (incl. LVG1 en LVG2) over naar gemeenten: niet alleen jeugdzorg die nu een verantwoordelijkheid is van de provincie, maar ook de licht verstandelijk gehandicapte jongeren (jeugd-LVB, vanuit AWBZ), de jeugd-GGZ (vanuit de ZvW), gesloten jeugdzorg en jeugdbescherming en jeugdreclassering. Budget wordt direct met 300 miljoen verlaagd (-22%)
- Participatiewet ook voor bestaande cliënten
- Start quotumregeling om arbeidsgehandicapten in dienst te nemen. Werkgevers >25 personeelsleden nemen in 6 jaar tot 5% arbeidsgehandicapten in dienst op straffe van boete van €5000,- per plaats
- Vergoeding psychische hulp, fysio en manueel therapeut verdwijnt uit basisverzekering ziektekosten

## 2016

- Aanspraak ZP VV4 vervalt voor nieuwe cliënten
- Thuiszorg PV Verzorging gaat over naar WMO (incl. geëxtramuraliseerde ZP1-3 vanaf 2013)
- Aanspraak ZP VG4 vervalt en vergelijkbare zorgzwaarte in de gehandicaptenzorg vervalt
- Patiënten met ZP5-10 VV en gehandicapten ZP VG5-8 blijven in romp-AWBZ over
- Opschorten OVA convenant uit 1999. Nullijn voor salarissen in de zorg wordt ingevoerd

## 2017

- Zorgverzekeraars worden financieel risicodragend voor Thuiszorg Verpleging en voor GGZ in 2018
- Thuiszorg budget korting loopt op tot 5% op budget van 2012. Schatting is in 2017 €700 miljoen minder
- Korting op gemeentefonds loopt van 2015-2017 op tot een korting van ongeveer 1 miljard euro
- Korting jeugdzorg loopt op 300+150 miljoen (-33%)

## 2018

- AOW leeftijd naar 66 jaar (2021: AOW naar 67 jaar)



## 26. Wat nodig is

Elk arrangement vraagt een andere organisatie. De zorgvraag, omvang van zorgvraag, uiteindelijke afspraken over de financiering, benodigde toegankelijkheid, beschikbaarheid en oproepbaarheid van de zorg in elk arrangement maken dat er verschillende organisatievormen mogelijk zijn.

Er wordt een andere dienstverlening ingezet bouwend op sterkte in de keten van cliënt, huisarts, wijkverpleegkundigen en buurtservices. Elke cliënt moet een aanspreekpunt hebben. Relatiemanagement en accountmanagement wordt belangrijk. Daarnaast moeten diensten, inzetbaarheid, oproepbaarheid, vaste en flexibele formatie, beter kunnen inspelen op dal- en piekbezetting (mogelijk per gemeente/buurt) kwalitatief maar vooral ook echt rendabel vorm krijgen.

De communicatie, de registratie op cliëntniveau en werkwijze van de ondersteuning moet onder de loep: Werving & selectie en scholing moet soepel lopen. Er is een sterke verantwoording nodig die alle (veranderende) registraties aankan. ICT moet een voortrekkende rol spelen in ondersteuning van de uitvoerende teams enz.

## Wat wij bieden

De ontwikkeling van concepten en implementatie in de nieuwe organisatie moeten in 3-5 jaar ingezet worden. Klantenteams moeten gemaakt worden met de juiste combinatie van laagste deskundigheidsniveaus en een hogere niveaus om rendabel de diensten te leveren. Managers moeten zich inwerken op nieuwe invulling van de functie. Afdelingen in backoffice, support en control moeten op nieuwe zorgarrangementen en organisatievorm worden afgestemd.

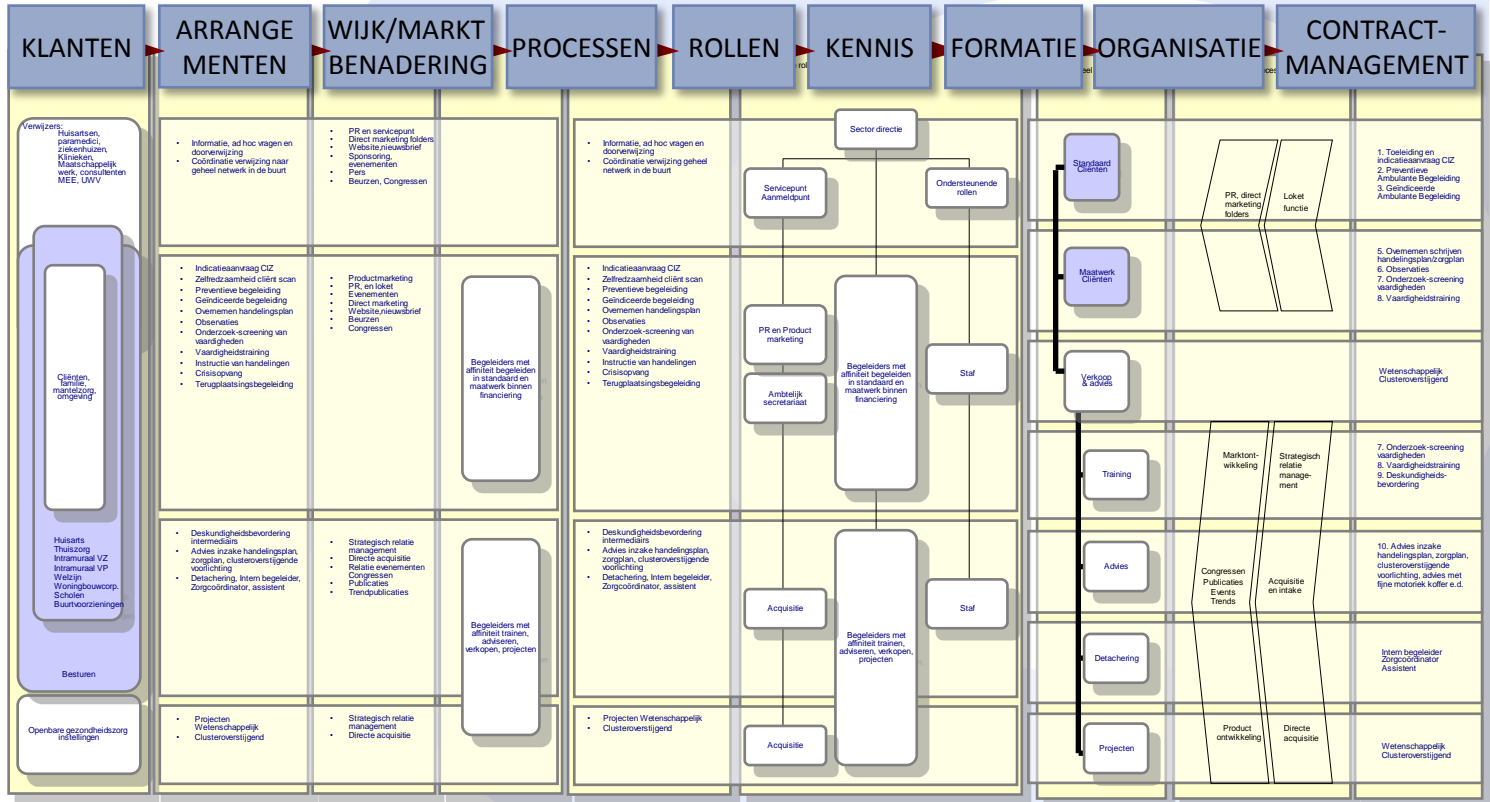
Deze veranderingen ondersteunen wij op alle punten waar wij sterk in zijn:

- Op één lijn brengen van onderhandelingspartners
- Organisatie ontwikkeling vanuit de klantvragen
- Financiële veranderingen vertalen naar alle niveaus
- Producten, kwaliteit, processen nieuwe organisatie
- Renderende formatie- en capaciteitsplanning
- Verankeren van kennisuitwisseling tussen partners
- Verbinden van afdelingen in nieuwe dienstverlening

Onze kracht is daarbij aan te haken op de specifieke zorgverleners in de buurt en hun professionele inzet te versterken door de organisatie daarop uit te bouwen.



# Organisatieontwikkeling in zijn puurste vorm: op de klant ingerichte processen over organisaties in de wijk heen



## Waar kunnen we u verder bij ondersteunen: 14 Programma's voor versnellen benodigde resultaten

PROGRAMMA	RESULTATEN	LOOPTIJD**
Strategie decentralisatie AWBZ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transitie passende welzijn/woon/zorg arrangementen</li> <li>• Cliëntenprofielen, toelatingscriteria en inkoopcriteria</li> <li>• Organiseren toegang (collectieve) voorzieningen in wijk</li> <li>• Methodische aanpak versterken eigen kracht cliënten</li> </ul>	16 WEKEN
Nieuwe zorgarrangementen in de zorg 2013-2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Versterken regie en positie organisatie in verandering</li> <li>• Strategie en vormgeven samenwerking in de wijk</li> </ul>	8 WEKEN
Productiviteitsverbetering	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Productiviteitsverbetering 5 tot 10% op de loonkosten</li> <li>• Grip op meeruren en minuren</li> <li>• Reductie inzet flexmedewerkers en uitzendkrachten</li> </ul>	8 WEKEN
Formatieplaatsenplan en functiemix	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grip op formatie vanuit zorgvraag van cliënten</li> <li>• Adequate formatie en functiemix per locatie</li> <li>• Juiste verdeling bezetting kwalitatief en kwantitatief</li> </ul>	4 WEKEN
Lange termijn capaciteitsplanning	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Standaardisatie van de planning op alle locaties</li> <li>• CAO, ATW, WAZ, Flexwet conforme roosterafspraken</li> <li>• Inzicht in flexibiliteit personeel en flexibele inzet</li> <li>• Reductie van over- en ongebruikte uren</li> </ul>	12 WEKEN
Kostenreductie en kostenbeheersing	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Blijvende jaarlijkse kostenbesparing 3-5%</li> <li>• Kosten besparen zonder verlies kwaliteit aan cliënten</li> </ul>	8 WEKEN
Management besturing en forecasting van productie op seizoenspatronen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verankeren P&amp;C cyclus alle niveaus</li> <li>• Forecasten op productieafspraken</li> <li>• Sterker sturen op performance en afwijkingen</li> </ul>	8 WEKEN

\*\* Normale doorlooptijd. Als situatie dat vereist wordt andere passende doorlooptijd afgesproken





PROGRAMMA	RESULTATEN	LOOPTIJD**
Wijkgericht werken en zelforganisatie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zelfstandige teams met sturing op uren cf visie organisatie</li> <li>• Bedrijfsconcept voor wijkgericht werken en invoeringsplan</li> <li>• Bestuur, directie, managers en medewerkers op één lijn</li> </ul>	16 WEKEN
Indicatiebeheer	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Voorkomen omzetverlies top 100</li> <li>• Indicatiebeheer conform AO/IC</li> <li>• Optimale interne communicatie</li> </ul>	4 WEKEN
Bepalen benodigde bezetting indirecte functies	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grip op overhead functies en omvang indirecte werk</li> <li>• Doorlichting indirecte processen</li> <li>• Herijken van benodigde bezetting</li> </ul>	8 WEKEN
Procesverbetering en procesbeheersing	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Betere doorlooptijd van processen</li> <li>• Operationele sturing afdelingsproces</li> <li>• Grip op kwalificaties medewerkers</li> </ul>	8 WEKEN
Vaardigheden programma's	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medewerkers gecertificeerd op minimaal vereiste kwalificatieniveau in functie</li> <li>• Nieuwe werkwijze op werkvloer in stand houden</li> </ul>	8 WEKEN
Planning = registratie (in combinatie met Lange termijn capaciteitsplanning)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verantwoording zorg conform AO/IC</li> <li>• 50% Vermindering administratieve last registreren van</li> <li>• Real-time inzicht in de productie en resultaten per team</li> </ul>	16 WEKEN
Planningsoftware en pakketselectie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Specificatie gebruikerseisen, technische eisen, selectie en onderhandeling met leveranciers</li> <li>• Rust in organisatie over genomen beslissing over software</li> </ul>	6 WEKEN



Sonja Stilling, Gerard Bruijniks, Raad van Bestuur Thuiszorg West-Brabant

*Als je je werk goed doet, rijpen de vruchten vanzelf. Catalyse werkt met bestuurders als een vertrouwd adviseur, om te signaleren, te voorkomen, de richting bij te sturen, alle betrokken managers op één lijn te krijgen, medewerkers mee te nemen in de veranderingen en zo brede veranderingen tot op de vloer met bestuurders te realiseren.*



*Henk Möhlmann, Raad van Bestuur Thebe en voorheen oa. directeur van Thuiszorg Rotterdam*

*“Catalyse is uitstekend in staat om de door het management gewenste veranderingen te implementeren. Daarbij wordt veel kennis van de processen in de zorg gebruikt. Maar nog belangrijker is dat er geïnvesteerd wordt in het verkrijgen van breed draagvlak. Zodoende is de nieuwe werkwijze snel van de organisatie zelf, en blijvend!”*

*Peter Cüppers, Manager Bedrijfsvoering CAREYN VVT*

*Met Catalyse hebben wij in korte tijd belangrijke veranderingen en besparingen in de bedrijfsvoering doorgevoerd in de organisatie. Het zijn professionals met een duidelijke toegevoegde waarde en kennis van zaken die in staat zijn om alle neuzen dezelfde kant op te krijgen en samen met de organisatie te werken aan het positief kantelen van de resultaten.*



*Fons Groen, Bestuurlijk adviseur ABCD Management en voorheen o.a. directeur van Thuiszorg Rotterdam*

*“Catalyse levert geen standaard oplossingen, maar doet gedegen werk vanuit een grondige analyse. Omdat ze zich eerst in de vraag verdiepen, komen ze met antwoorden waar een organisatie echt iets aan heeft.”*



## Trackrecord in de zorg

1. Thuiszorg West-Brabant, Roosendaal
2. AAFJE Thuiszorg, Rotterdam en Dordrecht
3. AAFJE Huizen, Rotterdam, Ridderkerk
4. Thebe Midden-Brabant, Tilburg
5. STMG, St.Thuiszorg Midden-Gelderland, Arnhem
6. Cavent (gehandicaptenzorg), Oud Beijerland
7. Orion Camphill (gehandicaptenzorg), Rotterdam
8. Atrium Medisch Centrum, Kerkrade
9. CAREYN Voorne Putten Rozenburg
10. CAREYN Hoekse Waard
11. Thuiszorg Rotterdam, Rotterdam
12. Thuiszorg ZorgSaam, Terneuzen
13. Argos Thuiszorg, Schiedam
14. Thuiszorg Den Haag, Den Haag
15. Orbis Medisch en Zorgconcern, Sittard
16. Huisartsenpost Amstelland, Amstelveen
17. OZG en REC Rivierenland, Nijmegen
18. Parnassia Psycho-Medisch Centrum, Den Haag
19. WEC-Raad, Utrecht
20. Bartimeus, Zeist
21. WOSM / NZC, Bilthoven
22. ArboNed, Utrecht
23. Sensis, Grave

## Kosten en Return on Investment

Catalyse neemt alleen een project aan als dit genoeg potentieel in zich heeft en de resultaten kunnen worden gegarandeerd.

We nemen alleen een project aan als we voldoende kansen voor verbetering vinden om een ROI van 200% op projectkosten te realiseren.

Daarmee realiseert u besparingen op overwerk, kosten van slechte afstemming tussen afdelingen, werk dat onvoldoende toevoegt, inzet flexwerk, loonkosten, afgeboekte zorg en kosten van fouten.

Natuurlijk tenzij er voor u andere belangrijke redenen zijn om het werk in uw organisatie op te pakken en uw visie tot op de vloer door te voeren.

Aanvullend op de gezondheidszorg hebben de professionals van Catalyse 165+ projecten uitgevoerd in de professionele dienstverlening en bij (inter)nationale organisaties op het terrein van kennis, processen, fusies, samenwerkingallianties en nationaal account- en relatiemanagement.



# Catalyse

**Catalyse Business Consultants BV**

Adres	Lijsterbeslaan 37 3053 NH Rotterdam
KvK	24357345
BTW nummer	NL8130.84.532.B02
Telefoon	088-2424000
E-mail	service@catalyse.nl
Internet	www.catalyse.nl

## INTERESSE OF VRAGEN?

Geïnteresseerd geraakt? Ideeën gekregen?  
U kunt contact met ons opnemen op:

Telefoon: 088-2424000

E-mail: [service@catalyse.nl](mailto:service@catalyse.nl)

Wij maken graag kennis met u:

- Siemen Jongedijk
- Frank Lekanne Deprez
- John Hofland
- Geoffrey Vermeulen
- Edo Bouman
- Ies Paalvast

