EXAMENOPGAVEN
ONDERDEEL B1

Tijd: 10.00 – 13.00 uur (180 minuten)

U wordt verzocht uw antwoorden **kort en bondig te formuleren**, de vragen op het aan u uitgereikte **antwoordpapier** te beantwoorden, goed aan te geven op welke vraag het antwoord betrekking heeft en duidelijk te schrijven met **een zwart of donkerblauw schrijvende ballpoint**.

Let op: onleesbare antwoorden of **antwoorden die op de achterkant** van het antwoordpapier zijn geschreven worden **fout gerekend**.

Aantal vragen bij dit onderdeel:	6 (11 deelvragen)
Aantal pagina's:	16 (inclusief voorblad)

Controleer zorgvuldig of alle pagina's in de goede volgorde aanwezig zijn. Raadpleeg in geval van een afwijking een surveillant.

Succes!

Publicatie van deze opgaven mag alleen na schriftelijke toestemming van NIMA.

Case: Zorggroep Friesland, in goede handen?

1.0 Vertrekpunten: Zorggroep Friesland (ZGF)

Deze case gaat over Zorggroep Friesland, afgekort ZGF. Anders dan de naam doet vermoeden, is deze zorgverlener niet alleen actief in Friesland, maar ook in het noordwestelijke gedeelte van de provincie Drenthe. ZGF opereert als aanbieder in de complexe zorgmarkt, waar behalve zorgaanbieders ook zorgverzekeraars, overheid en consumenten een belangrijke rol vervullen. In bijlage 1 zijn de belangrijkste stakeholders in de zorgmarkt schematisch weergegeven.

Zorggroep Friesland is in 2006 ontstaan uit een fusie van Gehandicaptenzorg Friesland en Noorderzorg, en biedt zorg aan meer dan 1400 mensen met een verstandelijke handicap. Tegenwoordig spreken we overigens vaker van een beperking dan van een handicap, en van cliënten in plaats van patiënten. Deze zorg wordt geleverd door ruim 1000 medewerkers, bijgestaan door nog eenzelfde aantal vrijwilligers, en wordt aangeboden op 35 locaties in Friesland en Drenthe, inclusief de Friese Waddeneilanden. Het werkgebied van ZGF is verdeeld in twee regio's, die nog grotendeels overeenstemmen met de werkgebieden van de fusiepartners waaruit de zorgverlener ontstaan is. Het hoofdkantoor is gevestigd in Leeuwarden, daarnaast is er nog een regiokantoor in Norg. In Leeuwarden bevinden zich ook de ondersteunende afdelingen: Personeel & Organisatie, Huisvesting, Financiën, Secretariaat en Communicatie. De 35 locaties waarvandaan zorg verleend wordt, zijn elk verdeeld in meerdere clusters, die op hun beurt weer uit meerdere teams bestaan. Kort na de fusie bevonden er zich in Norg ook nog enkele stafdiensten en werd zorg geleverd vanuit 42 locaties. Na een saneringsronde in 2011 is het aantal locaties teruggebracht tot 35, en zijn alle stafdiensten geconcentreerd in Leeuwarden.

De Fries-Drentse zorgaanbieder participeert in een aantal samenwerkingsverbanden, waaronder de keten NAH (Niet Aangeboren Hersenafwijking), PPF Jeugd (Preventie Partners Friesland) en het samenwerkingsverband Autisme Friesland. Deze samenwerkingen zijn van belang omdat ze een belangrijk platform voor informatie-uitwisseling zijn, en omdat via deze route nieuwe cliënten de weg naar ZGF vinden. Overigens niet exclusief, in sommige ketens zijn ook concurrenten van ZGF actief.

2.0 Klanten van ZGF: van patiënt naar cliënt

ZGF biedt langdurige zorg, waarbij drie soorten zorg onderscheiden kunnen worden:

- Voor ZGF is intramurale zorg de belangrijkste vorm, hieronder verstaan we zorg in een instelling aan patiënten die niet in staat zijn om thuis te wonen. Dit kunnen verstandelijk gehandicapten zijn, waarbij er nog onderscheid gemaakt kan worden tussen licht en zwaar verstandelijk gehandicapten, maar ook zwakbegaafden, ouderen met dementie of psychiatrische patiënten. ZGF richt zich met name op de klantgroepen verstandelijk gehandicapten en zwakbegaafden. Deze laatste groep wordt sinds begin deze eeuw ook toegelaten tot de gehandicaptenzorg, wat leidt tot een stijging van het aantal jonge cliënten: deze groep is momenteel verantwoordelijk voor zo'n 75% van alle nieuwe aanmeldingen in de zorg.
- De tweede soort zorg is extramurale zorg. Dit houdt in zorg aan patiënten die nog thuis kunnen wonen en niet in een instelling hoeven te verblijven.
- Tenslotte zijn er dagactiviteiten.

Tabel 1 toont het aantal cliënten per type zorg van ZGF en in Nederland als geheel.

Jaar / Type zorg	2013	2014	2015	2016 verwacht
Intramurale zorg ZGF	1.021	995	963	914
Extramurale zorg ZGF (exclusief dagactiviteit)	148	145	151	147
Dagactiviteiten ZGF	314	306	298	303
Intramurale zorg NL	64.411	63.209	62.335	61.900
Extramurale zorg NL (exclusief dagactiviteit)	71.531	73.403	74.995	76.500
Dagactiviteiten NL	49.802	50.433	51.607	52.500

Tabel 1 Aantallen cliënten per type zorg van ZGF en in heel Nederland

In de Wet Langdurige Zorg (WLZ) zijn een groot aantal zorgprofielen vastgelegd, die geclusterd zijn in sectoren. Het zorgprofiel dat een cliënt toegewezen krijgt op basis van de WLZ-indicatie, bepaalt op welke zorg hij of zij recht heeft, en welk budget hiervoor beschikbaar is. Voor intramurale zorg is meer budget beschikbaar dan voor extramurale zorg of dagactiviteiten: gemiddeld is het budget voor een intramurale patiënt vijf maal zo hoog als voor een cliënt die enkel aan dagactiviteiten deelneemt. De verhouding budget voor extramurale zorg in vergelijking tot dagactiviteit is gemiddeld 3:1.

3.0 Overige spelers: andere zorgaanbieders in de regio

In Noord-Nederland is naast ZGF nog een aantal aanbieders actief die vergelijkbare diensten leveren. In termen van omzet is ZGF de vierde speler in deze regio. De belangrijkste concurrenten en hun kengetallen zijn:

Drenthea is de grootste aanbieder van zorg aan mensen met een verstandelijke beperking en zwakbegaafden. Daarnaast biedt Drenthea ook nog andere vormen van ondersteuning aan, zoals thuiszorg voor dementerende ouderen, naschoolse opvang voor zwakbegaafde kinderen en begeleid wonen voor zwakbegaafde jongeren. Zoals de naam al aangeeft, is Drenthea vooral in Drenthe actief waar ze een dominante positie hebben. Daarnaast zijn ze actief in Friesland, Overijssel en Groningen. De Drentse zorgaanbieder is op het gebied van intramurale zorg net iets kleiner dan ZGF, maar heeft van alle aanbieders de meeste extramurale cliënten.

GZNN is de tweede speler in Noord-Nederland. Net als ZGF is deze aanbieder voortgekomen uit een fusie van twee partijen: in 2007 zijn GroningenZorg en Zorggroep Noord-Nederland samen gegaan onder de naam die uit de beginletters van de fusiepartners bestaat: GZNN. GZNN is vooral actief in Groningen, het oostelijk gedeelte van Friesland en in Drenthe. Op het gebied van dagactiviteiten zijn ze de grootste aanbieder in Noord-Nederland, maar GZNN heeft ook veel extramurale cliënten. Sinds enkele jaren zijn ze actief in gaan zetten op het bieden van alle soorten ondersteuning aan mensen met een verstandelijke beperking en zwakbegaafden. Uitgangspunt is de kracht van de cliënt, deze wordt zo vrij mogelijk gelaten om zijn of haar leven zelf in te richten voor zover mogelijk.

Ook Stichting De Steen biedt bijna alle vormen van ondersteuning aan zwakbegaafden en mensen met een verstandelijke beperking. Daarnaast is deze Drentse aanbieder gespecialiseerd in crisisopvang. Deze is niet alleen beschikbaar voor deze groepen, maar ook voor dementerenden of patiënten met psychische problemen. Hiervoor is altijd reservecapaciteit en gespecialiseerde hulpverlening beschikbaar. Soms is de crisisopvang van

tijdelijke aard, maar het komt ook vaak voor dat dit het beginstadium is van een permanente opvang. In 90% van de gevallen blijft de cliënt dan bij Stichting De Steen.
Het Groningse Grafhorst Zorg is de vijfde speler in de regio wanneer gekeken wordt naar omzet. Grafhorst Zorg biedt bijna alle vormen van ondersteuning en werkt vanuit een christelijke grondslag. Dit is voor veel van hun cliënten of vertegenwoordigers daarvan van doorslaggevend belang bij de keuze voor deze zorgaanbieder. Grafhorst Zorg opereert vooral in Groningen, Drenthe en de kop van Overijssel. De intramurale zorg is geconcentreerd op 3 grote zorglocaties in deze provincies. De extramurale zorg en dagactiviteiten worden geleverd via een kleinschaliger netwerk.

Naast de vijf met name beschreven organisaties zijn er nog vele andere zorgverleners actief die verschillende vormen van ondersteuning aanbieden aan zwakbegaafden, mensen met een verstandelijke beperking, mensen met verschillende vormen van dementie of mensen met een psychische stoornis. Aantallen medewerkers varieert enorm, van 5 tot 500, zo ook het aantal cliënten. De zorg wordt aangeboden vanuit verschillende overtuigingen, al dan niet gebaseerd op geloof of zorgfilosofie. Voor cliënten of hun vertegenwoordigers kan het dan ook lastig zijn om een goede keuze te maken, het is immers een grote stap om hierop terug te komen en van zorgaanbieder te wisselen.

	ZGF	Drenthea	GZNN	De Steen	Grafhorst Zorg
Aantal cliënten Intramurale zorg	963	945	814	604	676
Aantal cliënten extramurale zorg (excl. dagactiviteit)	151	622	530	498	505
Aantal cliënten dagactiviteit	298	460	491	469	98
Verpleegdagen/jaar	338.013	330.750	284.900	209.588	235.248
Uren extramurale productie	27.633	111.960	98.050	88.644	94.940
Dagdelen dagactiviteit	53.044	82.340	87.889	82.544	18.032
Medewerkers (FTE)	1.009	1.432	1.411	1.221	963
Wettelijk budget	59.582.160	85.533.313	77.431.605	66.294.305	53.969.969
Wettelijk budget per FTE	59.051	59.730	54.877	54.295	56.044
Personeelskosten	40.835.520	57.521.529	53.068.023	45.432.787	36.989.214
Personeelskosten (% budget)	68,5%	67,3%	68,5%	68,5%	68,5%
Personeelskosten per FTE	40.471	40.169	37.610	37.209	38.410
Ziekteverzuim	6,5%	3,8%	4,2%	4,1%	4,4%
Bedrijfsresultaat	-186.640	341.309	451.096	398.302	251.985
Bedrijfsresultaat per FTE	-185	238	320	326	262

Tabel 2 Kengetallen per aanbieder in 2015 (financiële kengetallen in €)

4.0 De omgeving: andere spelers in de zorg

4.1 Overheid

De overheid is een zeer belangrijke speler in de zorg: als hoofdfinancier is zij allereerst bepalend voor het budget dat zorgaanbieders te besteden hebben. Daarnaast kan zij de eisen stellen waaraan de geboden dienstverlening moet voldoen. Aan de zorg in Nederland worden zeer hoge eisen gesteld, en dit geldt zeker voor zorg die aan de meest kwetsbare groep geleverd wordt, namelijk mensen met een verstandelijke handicap. Tegelijkertijd streeft de overheid op tal van gebieden naar meer marktwerking, zo ook in de zorgsector. Het idee is dat de resulterende concurrentiestrijd leidt tot kostenefficiëntie en kwaliteitsstijging. De overheid gaat ervan uit dat specialisatie een middel is om deze doelen te bereiken. Deze specialisatie zou ook moeten leiden tot een duidelijkere positionering van zorgaanbieders en betere relaties tussen stakeholders en zorgverleners.

Hoewel het aantal mensen met een zorgvraag steeds meer toeneemt, streeft de overheid de laatste jaren steeds feller een beteugeling van de kostenstijging in de zorg na. Invoering van de zorgzwaartepakketten in de vroegere AWBZ (tegenwoordig de WLZ) en overheveling van verantwoordelijkheden van de landelijke naar de gemeentelijke overheden zijn twee voorbeelden van veranderingen die grote invloed hebben gehad op bedrijfsvoering van zorgaanbieders en middelen die voor uitvoering beschikbaar zijn.

Om de kosten van de zorg te beperken, is het beleid er ook steeds meer op gericht om mensen zolang mogelijk thuis te laten wonen, daar waar nodig ondersteund door professionele zorg aan huis, mantelzorgers, en technologische hulpmiddelen. Er is veel discussie over het feit of dit daadwerkelijk goedkoper is, er zijn namelijk veel verborgen kosten die bij de calculaties niet meegenomen worden. Denk bijvoorbeeld aan ziekteverzuim van overbelaste mantelzorgers. Er is dus sprake van een verschuiving van intramurale naar extramurale zorg. Een gevolg van deze zogenaamde de-institutionalisering is dat de markt voor intramurale zorg in Nederland niet meer stijgt en inmiddels verzadigd is.

Overigens lijken technologische ontwikkelingen steeds vaker mogelijkheden te bieden om zorg te verbeteren en efficiënter te maken. Er verschijnen alsmaar meer hulpmiddelen op de markt die de patiënt, de zorgverlener en of mantelzorger ondersteunen en ontlasten. Zo zijn er apps die mensen eraan herinneren hun medicijnen op tijd in te nemen, of programma's die het op eenvoudige manier mogelijk te maken te communiceren met verzorgers of familie. Het gegeven dat de benodigde hardware zoals webcams of tablets steeds goedkoper en beter worden, helpt hierbij zeker. Sommige ontwikkelingen gaan echter een stuk verder: in Japan zijn al levensechte robots ontwikkeld die zorgtaken over kunnen nemen. Dit wordt ook wel eens als bedreigend ervaren: personeel vreest dat robots hun taken overnemen en dat zij hun baan op termijn kunnen verliezen. Bovendien is de acceptatie van dergelijke 'humanoid robots' in Europa nog ver te zoeken. Voorlopig is het in Nederland dan ook nog lang niet zo ver: de robots die hier in de zorg worden ingezet, fungeren vooral als gezelschap en ondersteunen zo het personeel.

Een onduidelijkheid bij invoering van dergelijke innovaties is nog wel het business model: de zorgaanbieder wil lang niet altijd betalen omdat ze vrezen met hun eigen diensten te zullen concurreren of minder te kunnen declareren. De cliënt zelf kan of wil dergelijke diensten vaak ook niet zelf betalen, maar verzekeraars willen eerst een duidelijke business case zien voordat ze erin willen investeren. Partijen wachten dus op elkaar, reden waarom nationale en regionale overheden innovatieprojecten subsidiëren. Dit gebeurt ook op internationaal niveau, o.a. in het zogenaamde AAL programma. AAL was aanvankelijk de afkorting voor 'Ambient Assisted

Living', maar inmiddels staat de afkorting voor 'Active and Assisted Living'. In het kader van dit internationale programma werken onderzoekers, gebruikers en bedrijven uit Canada en een groot aantal Europese landen samen in ontwikkelingsprojecten die door deze landen gesubsidieerd worden.

Toenemende regelgeving en zwaardere eisen leiden ook tot kostenstijgingen voor aanbieders: medewerkers moeten bijvoorbeeld voldoen aan opleidingseisen waardoor middelen voor bijscholing moeten worden vrijgemaakt. Certificering vraagt om de invoering van kwaliteitssystemen om aan te kunnen tonen dat aan alle eisen voldaan wordt. Ook in de zorg leidt de administratieve druk die dit met zich meebrengt tot veel klachten. Is het al een uitdaging om de regelgeving in Nederland bij te houden, het up-to-date blijven met veranderingen in het buitenland is bijna onmogelijk. Dat is een van de oorzaken van het gegeven dat de zorgmarkt erg nationaal gericht is, er zijn eigenlijk nauwelijks voorbeelden van zorgaanbieders die in meerdere landen op grote schaal actief zijn. Daarnaast verschilt het financieringssysteem van land tot land, en zelfs binnen landen kunnen er verschillen zijn. Zo zijn er verschillen tussen de verschillende Duitse deelstaten, en in Zwitserland heeft zelfs elk van de 26 kantons zijn eigen systeem!

4.2 Demografische trends

Demografische trends spelen een belangrijke rol in de markt waar ZGF opereert. De belangrijkste is de stijging van het aantal ouderen, oftewel de vergrijzing van de samenleving. Dit heeft verschillende effecten: enerzijds hebben oudere cliënten vaak intensievere zorg nodig, waardoor de zorgvraag toeneemt. Daarnaast leidt de toename van de levensverwachting ook tot een groei van het aantal patiënten met dementie in verschillende stadia en vormen. Prognoses laten zien dat het aantal patiënten met dementie in 2030 66% hoger zal zijn dan in 2013. Momenteel biedt ZGF geen zorg aan voor deze groep.

4.3 Zorgverzekeraars

Iedereen is in Nederland verplicht een zorgverzekering af te sluiten. Wat wel en niet vergoed wordt in het basispakket wordt door de overheid bepaald, maar verzekeraars zijn wel vrij bij het bepalen van wat vergoed wordt in de verschillende aanvullende verzekeringspakketten. Het grootste gedeelte van de door ZGF geleverde zorg wordt vergoed via de WLZ, voor het overige gedeelte wordt deels een beroep gedaan op de zorgverzekeraar.

4.3 Overige stakeholders

In Nederland zijn nog altijd veel mensen lid van een vakbond. Hoewel de ledenaantallen afnemen, zijn zeker in de zorg de vakbonden nog een factor van belang. De grootste vakbond in de zorg is ABVAKABO FNV. ZGF heeft niet rechtstreeks te maken met deze bonden, omdat onderhandelingen met werkgevers in de zorg worden gedaan door werkgeversorganisaties. In de cao worden afspraken gemaakt die gelden voor alle aanbieders, bijvoorbeeld ten aanzien van salarissen, aantal vrije dagen, enz. De laatste jaren zijn er weinig conflicten en verlopen overleggen constructief.

Een andere belangrijke rol in de zorg is weggelegd voor patiëntenverenigingen en ouderenorganisaties zoals Unie KBO. Dergelijke belangengroepen hebben een grote invloed op beleidsmakers en hebben ook de neiging om de media op te zoeken wanneer er in hun ogen sprake is van onrechtmatigheden. Hun invloed groeit mede omdat de publieke opinie

met de opkomst van Social Media steeds belangrijker wordt en ook moelijker onder controle te houden is.

5.0 ZGF

In termen van Treacy en Wiersema kan gesteld worden dat bij ZGF customer intimacy als leidende waardestrategie wordt gehanteerd. De cliënt speelt een vooraanstaande rol in hun dienstverlening: op individuele basis wordt een behandelplan opgesteld. Dit gebeurt in overleg met de cliënt zelf voor zover mogelijk, maar ook met zijn of haar vertegenwoordigers. Vaak zijn dit familieleden, zoals partners, ouders, broers, zussen of kinderen. Bij ZGF gaat het vaak om de laatste groep, aangezien ze in vergelijking tot andere aanbieders een relatief oud en vergrijzend klantenbestand hebben. Het belang van de cliënt zal hierbij altijd voorop staan. Dit wordt mede geborgd door de Cliëntenraden: elke locatie kent zo'n raad, die uit cliënten en wettelijke vertegenwoordigers van cliënten bestaat. De instelling van een cliëntenraad is verplicht, zoals vastgelegd is in de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ). De Cliëntenraden denken als woordvoerders van de cliëntvertegenwoordigers en de cliënten ook na over wat verstaan moet worden onder kwalitatief goede zorg voor mensen met een beperking. Uit onafhankelijk onderzoek, in 2014 uitgevoerd door Bosma Zorgonderzoek, blijkt dat de zorg die door ZGF aangeboden wordt een hoge waardering krijgt van cliënten en hun vertegenwoordigers. De kwaliteit van de zorg en kundigheid van het personeel worden het hoogste gerankt in vergelijking tot andere aanbieders van vergelijkbare zorg in de regio.

Een belangrijke factor hierin is zeker de kleinschaligheid: ZGF biedt in vergelijking tot andere aanbieders kleinschalige zorg aan op een groot aantal locaties. Dit maakt het moelijker om heel kostenefficiënt te werk te gaan, maar dit wordt deels gecompenseerd met de inzet van veel vrijwilligers.

Naast kwaliteit is respect de andere kernwaarde in de visie van ZGF. Hieruit komt ook de missie van ZGF voort: "ZGF wil een wezenlijke bijdrage leveren aan de bestaanskwaliteit van mensen met een verstandelijke handicap."

5.1 Diensten & Tarieven

De prijzen die ZGF in rekening mag en kan brengen, zijn van overheidswege vastgesteld. ZGF en zijn concurrenten kunnen op prijsgebied dan ook geen onderscheidend beleid voeren. Concurreren en positioneren moet dus op andere gronden gebeuren. ZGF probeert vooral de nadruk te leggen op kleinschalige zorg en een persoonlijke en respectvolle benadering. Uit het al eerder aangehaalde onderzoek van Bosma bleek dat de kwaliteit van de door ZGF aangeboden zorg hoog gewaardeerd wordt, dit gold zowel voor de intramurale zorg als extramurale zorg en dagactiviteiten. Vooral de intramurale zorg scoorde hoog, hoger zelfs dan bij een vergelijkbaar onderzoek dat in 2011 is uitgevoerd. Ook zorgconsumenten geven waarderingen, er zijn bijvoorbeeld verzekeraars die op hun website vergelijkingen tonen van verschillende zorgaanbieders die bij hun onder contract staat. De toegenomen transparantie is een voordeel voor goed presterende aanbieders, maar het is uiteraard ook een uitdaging om deze positie te behouden.
Net als bij andere diensten is het aspect kwaliteit en de beleving daarvan soms lastig meetbaar, het zijn vaak wat abstracte begrippen. Hoe dit ingevuld wordt, hangt ook af van het perspectief. Voor een familielid is continuïteit en betrouwbaarheid van belang, voor de cliënt zelf is een gevoel van veiligheid en een vriendelijke benadering erg belangrijk. Het voldoen

aan officiële eisen ten aanzien van administratie en hygiëne zijn daarnaast natuurlijk wel goed meetbare aspecten.

Het gegeven dat de tarieven vast liggen, betekent wel dat ZGF al in het begin van het jaar weet wat het budget is dat gespendeerd kan worden. Ook personeelskosten laten zich goed voorspellen, salarissen zijn immers vastgelegd in de cao gehandicaptenzorg. Hier kan in overleg met de OR van afgeweken worden, maar dat is zeer ongebruikelijk. Ondanks al deze zekerheden is ZGF in 2015 in de rode cijfers terecht gekomen. Het blijkt dat er geen goed beeld is van welk type cliënt wat oplevert, of wat de verschillen zijn tussen kosten die gemaakt worden voor cliënten met verschillende indicaties die gebruik maken van verschillende typen zorg. De vergoeding die een zorgaanbieder krijgt is afhankelijk van het zorgprofiel van de betreffende cliënt. Mensen met verschillende zorgprofielen kunnen een heel andere zorgvraag hebben, de hoeveelheid zorg en dus ook de kosten kunnen dan ook sterk verschillen. Het is dus erg belangrijk te weten hoeveel kosten er staan tegenover het budget dat in het kader van een bepaalde indicatiestelling beschikbaar is, maar dit overzicht ontbreekt bij ZGF. Kostenbewustzijn en efficiënte bedrijfsvoering zijn ook voor zorgaanbieders van levensbelang geworden, maar lastig na ta streven wanneer inzicht in daadwerkelijk gemaakte kosten per cliënt ontbreekt. Wel is bekend dat oudere cliënten doorgaans hogere kosten met zich mee brengen, dus het vergrijzende klantenbestand van ZGF speelt een belangrijke rol.

5.2 Personeel

Personeelskosten zijn voor alle aanbieders van dit type zorg de grootste kostenpost, naast huisvesting. Ruim 2/3 van het totaal beschikbare budget wordt hieraan besteed. Daarnaast vervullen vrijwilligers een belangrijke, zelfs onmisbare rol. ZGF voert een actief beleid om familie en andere mantelzorgers actief te betrekken bij vrijwilligerswerkzaamheden. Dit kunnen zeer uiteenlopende werkzaamheden zijn, variërend van het helpen bij maaltijden bereiden samen met cliënten, tot het vergezellen van cliënten bij wandelingen, uitstapjes of kerkbezoeken, of het opnieuw schilderen van gemeenschappelijke woonkamers. De inzet van vrijwilligers is niet alleen van belang om kosten te drukken, maar draagt ook bij aan een gevoel van huiselijkheid dat ZGF graag in haar intramurale woongroepen wil creëren. Het gezamenlijk koken en eten is hier een belangrijk onderdeel van. Onderzoek heeft aangetoond dat zelfs het ruiken van eten dat bereid wordt een stimulerend effect heeft op de eetlust, waardoor cliënten beter en meer eten en zich dus ook beter voelen. Deze benadering past ook in het streven om een huiselijke omgeving te creëren, zodat cliënten zich thuis voelen, ook al kunnen zij door omstandigheden niet meer thuis wonen. Dit wordt natuurlijk ook opgemerkt door familieleden, wat mede bijdraagt aan de positieve wijze waarop de dienstverlening van ZGF wordt gewaardeerd.

Een heel ander aspect van de toename van de gemiddelde leeftijd in Nederland is dat ook het personeelsbestand vergrijst. In beroepen die fysiek veeleisend zijn, en dat is verpleging in de zorg zeker, leidt dit tot een hoger ziekteverzuim. Bij ZGF is dit effect sterker dan bij andere zorgaanbieders: personeel is erg standvastig, er is weinig verloop. Op zichzelf positief, maar het leidt er wel toe dat ZGF in vergelijking tot andere aanbieders kampt met een relatief duur personeelsbestand.

De vele veranderingen in de zorg hebben ook effect op het werk van de zorgprofessional. De verschuiving van interne zorg naar zorg thuis of in de buurt maakt het noodzakelijk dat medewerkers meer onderweg zijn en zelfstandiger werken. De toenemende regelgeving brengt veel administratieve rompslomp met zich mee, en de nieuwe technologische ontwikkelingen en hulpmiddelen vergen ook een open mind van de zorgmedewerker. Niet

iedereen vindt het even makkelijk om zich voortdurend aan te passen aan al deze veranderingen, hetgeen mogelijk ook van invloed is op het ziekteverzuim .

5.3 Nieuwe hoop met ZOAP?

Gezien het feit dat ZGF vooral een sterke positie in de intramurale zorg heeft, baart de verschuiving van intramuraal naar extramuraal het management grote zorgen. Daar komt nog bij dat in 2015 het bedrijfsresultaat voor het eerst negatief was, en de prognose voor 2016 is nauwelijks beter. Het management van ZGF ziet de kosten per cliënt steeds verder stijgen, voor hun is het duidelijk dat doorgaan op de huidige weg uiteindelijk niet houdbaar zal zijn, er zal ingegrepen moet worden. Er zal altijd een zorgvraag blijven, maar om de rol van ZGF daarin te waarborgen, moet er snel actie ondernomen worden.

ZGF heeft twee hoofddoelstellingen gedefinieerd die nagestreefd worden bij het implementeren van de nieuwe strategie. In de eerste plaats moet de daling in aantal cliënten omgebogen worden, zodat er weer groei gerealiseerd wordt. Daarnaast moet de gekozen optie ook leiden tot een concurrentievoordeel dat houdbaar is, en dus ook op langere termijn bij kan dragen aan de positie die ZGF heeft in Noord-Nederland.

Een mogelijke optie voor het management van ZGF is de ontwikkeling van een ‘zorg-op-afstand-app’ die mensen met een handicap in staat moet stellen om langer zelfstandig te blijven wonen. Inspiratie hiervoor komt uit de publicatie ‘Toekomst Zorg Thuis’, waarin NPCF (Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie) en STOOM (Stichting Onderzoek en Ontwikkeling Maatschappelijke gezondheidszorg) scenario’s schetsen voor de zorg thuis in 2020 (zie ook bijlage 2). Deze app is ook geschikt voor andere cliënten met een cognitieve beperking, zoals (licht) dementerenden, en biedt meer services dan de tools die tot nu toe op de markt zijn. Zo kan de app helpen om contact te houden met zorgverleners en mantelzorgers, de agenda van een cliënt bijhouden, en hem of haar herinneren medicijnen in te nemen. Dit is niet uniek, er zijn tools die dit al kunnen, maar de toegevoegde waarde zit in de eerste plaats in de combinatie van deze functies in één, eenvoudig te gebruiken hulpmiddel. Onder de voorlopige werknaam ZOAP wil ZGF er daarnaast nog meer functionaliteit aan toevoegen.In samenwerking met lokale OV-aanbieders zoals Connexxion en Arriva zal ook reisadvies gegeven kunnen worden via deze app. De cliënt krijgt bijvoorbeeld niet alleen een seintje dat hij een doktersafspraak heeft, maar wordt ook op het juiste tijdstip naar de juiste bushalte geleid en krijgt een signaal wanneer hij de uitstaphalte bereikt heeft. Van daaruit wordt hij met pijlen op zijn smartphone naar het juiste adres geleid.

Niet alleen de cliënt zelf heeft baat bij een dergelijk hulpmiddel: het ontlast professionele verzorgers en mantelzorgers, en biedt de familieleden ook een stuk gemoedsrust die onbetaalbaar is. Daarnaast speelt het in op een belangrijke trend die in de toekomst een grote rol zal gaan spelen: vergrijzing van personeel. Het beschikbare zorgpersoneel stijgt niet evenredig met de vraag, waardoor krapte op de arbeidsmarkt ontstaat. Er is al eens berekend dat bij ongewijzigd beleid in 2030 25 procent van de beroepsbevolking in de zorg zou moeten werken om aan de toegenomen vraag tegemoet te komen, en dat is geen reëel vooruitzicht.

Natuurlijk leidt deze innovatie ook tot een kostenbesparing, bijvoorbeeld omdat een hulpverlener minder vaak langs hoeft te komen maar op afstand assistentie kan verlenen of in de gaten kan houden hoe het met de cliënt gaat. De app zal het ook mogelijk maken mensen langer thuis te laten wonen, dus langer in de extramurale zorg te laten. Geschat wordt dat de besparing op personeelskosten op kan lopen tot 2,5%. ZGF zal de ZOAP niet zelf ontwikkelen,

maar heeft hiervoor contact gezocht met ingenieursbureau HKT en de TU Twente. Beiden zijn zeer enthousiast, en hebben al een kostenraming gemaakt voor ZGF, zie tabel 3.

Jaar	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**
Gemiddeld aantal gebruikers	0	500	3.000	8.000
Geschatte omzet (€)	0	60.000	360.000	960.000
Totale ontwikkelkosten (€)	262.416	184.448	138.160	138.160
Serverkosten (€)	0	17.500	105.000	280.000
Marketingkosten (€)	20.000	20.000	10.000	10.000
Resultaat (€)	-282.416	-161.948	106.840	531.840

Tabel 3 kostenontwikkeling zorgapp ZOAP

Hierbij wordt ervan uitgegaan dat de app op de markt wordt gebracht met een abonnementsmodel, de gebruiker betaalt €10 per maand. Het is goed mogelijk dat verzekeraars deze kosten op zich gaan nemen.

Het management van ZGF is ervan overtuigd dat deze ontwikkeling een belangrijke bijdrage kan leveren om de positie van ZGF als aanbieder van extramurale zorg te versterken. Er is bij sommige medewerkers wel twijfel over de acceptatie van dergelijke hulpmiddelen, maar hierin voelt het management zich gesterkt door de publicatie van een onderzoek van marktonderzoeksbureau Motivaction uit 2015, waaruit blijkt dat ouderen vrijwel even positief over nieuwe technologie zijn als andere leeftijdsgroepen. Ze zijn bijvoorbeeld enthousiast over de mogelijkheden om online met hun arts te communiceren. De belangrijkste reden voor deze positieve houding is dat ze deze technologie als manier zien om langer zelfstandig te kunnen zijn en langer in hun huidige woning te kunnen blijven wonen. In de toekomst zal het draagvlak voor technologie waarschijnlijk verder groeien omdat de veranderde waarden van de nieuwe generatie ouderen betekenen dat zij nog meer open staan voor vernieuwing.

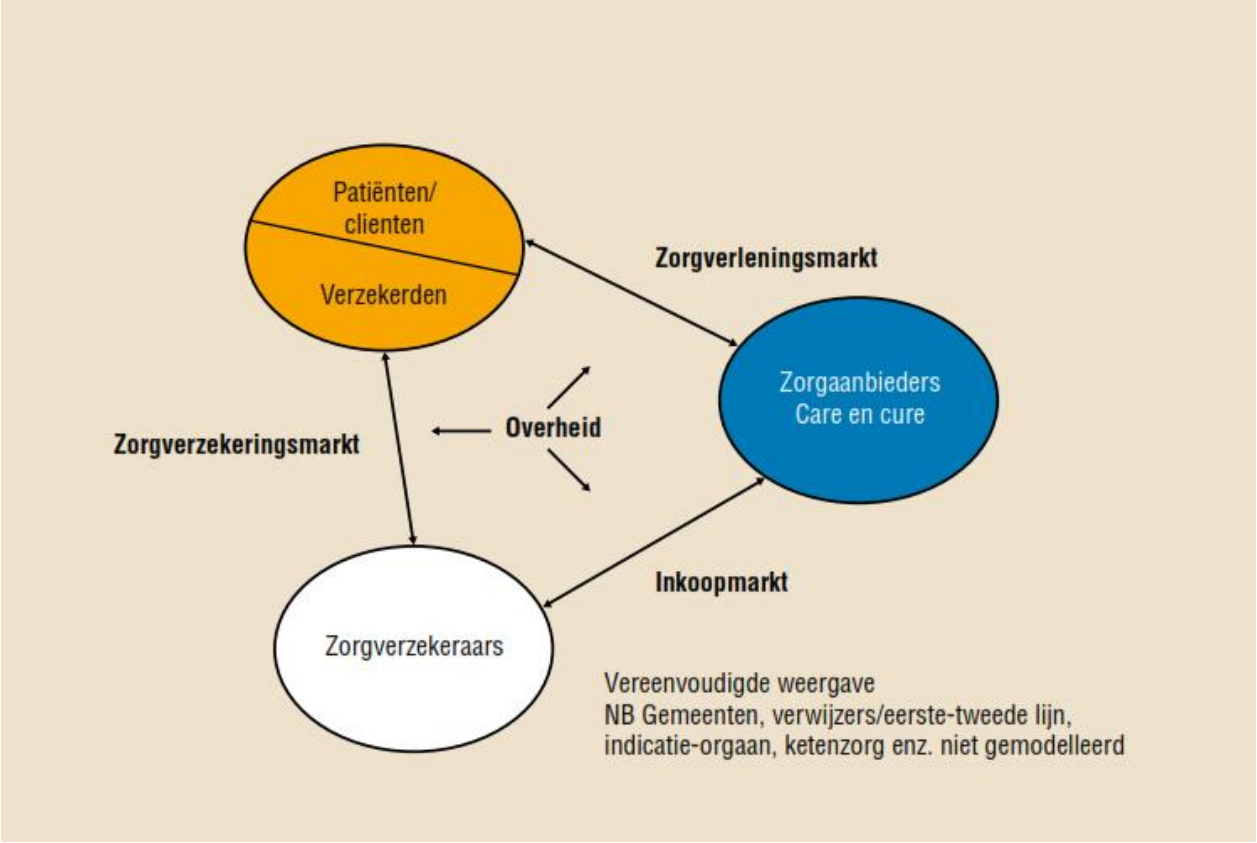
Bijlage 1: Zorg met liefde en lef

Dr. Karel Jan Alsem en Drs. Robbert Klein Koerkamp geven in hun boek 'Zorg met liefde en lef' (subtitel: 'Stappenplan voor effectieve zorgmarketing') een indeling van de zorgmarkt.

Citaat:

"De zorgmarkt bestaat in feite uit drie markten:
1. De zorgverleningmarkt: hierbij gaat het om de levering van gezondheidsdiensten (zorg) door aanbieders zoals thuiszorginstellingen aan cliënten (klanten).
2. De zorginkoopmarkt: zorgaanbieders moeten contracten afsluiten met zorgverzekeraars die de zorg inkopen. Voor een (groeiend) deel van de zorgdiensten is de prijs en de hoeveelheid vrij te bepalen in de onderhandelingen.
3. De zorgverzekeringsmarkt: hier gaat het om consumenten die een zorgverzekering afsluiten bij een verzekeraar.
De overheid speelt een rol op alle markten. Het betreft hier zowel de rijksoverheid (waar het betreft algemene regelingen), als de gemeenten die verantwoordelijk zijn voor de allocatie van gelden voor maatschappelijke ondersteuning (zoals thuiszorg en welzijn)."

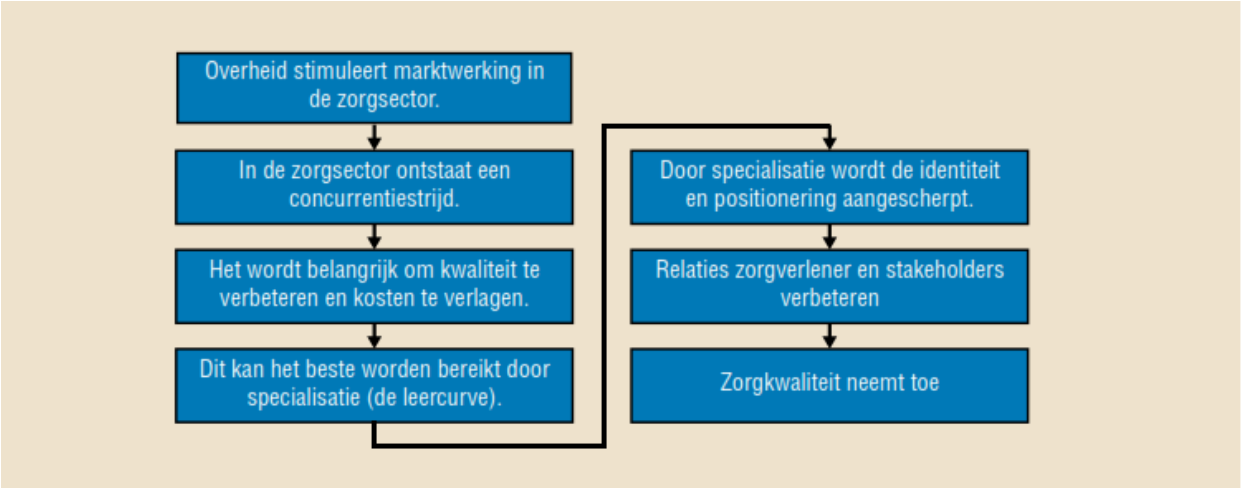
Schematisch wordt dit in hun boek als volgt weergegeven:



Figuur 1.1. Schematische weergave zorgverzekeringsmarkt

Een aantal jaren geleden is de politieke keus gemaakt dat in de Nederlandse gezondheidszorg meer marktwerking zou moeten gaan optreden. Het volgende mechanisme zou zich voordoen.

1. Het stimuleren van marktwerking gebeurt onder andere door minder regels te stellen aan de vestiging van nieuwe zorgaanbieders. Tevens wordt de prijsvorming van een groter deel van de dienstverlening van ziekenhuizen overgelaten aan de onderhandelingen tussen ziekenhuis en verzekeraars. Ook mogen ziekenhuizen 'winst' maken die ze meer dan voorheen naar eigen keus kunnen aanwenden voor gekozen doelen.
2. Doordat zorgaanbieders minder 'vanzelf ' cliënten krijgen (onder andere door toenemende concurrentie), zullen ze extra hun best moeten doen om klanten te krijgen en te behouden. Dit betekent dat ze de klanten meer dan voorheen tevreden moeten stellen en dus een voor de klant betere dienstenkwaliteit moeten gaan leveren.
3. Om bij de verzekeraars een betere onderhandelingspositie te hebben is het tevens gewenst de kosten te verlagen zodat er gunstiger inkoop kan worden verricht. Lagere kosten is ook nodig om een hogere winst te behalen.
4. Het bieden van hogere kwaliteit en het realiseren van lagere kosten gaat het beste samen als een zorgaanbieder zich specialiseert in bepaalde dienstverlening. Dan krijgt de organisatie meer ervaring hetgeen de kosten verlaagt. Dit is het principe van de genoemde leercurve.
5. Specialisatie heeft ook een gunstig effect op klanten: als een zorgaanbieder bekend raakt als zijnde 'goed of de beste in handeling X of voor ziektebeeld Y' zullen klanten eerder geneigd zijn naar deze aanbieder te gaan. Dit is een marketingprincipe dat alles te maken heeft met 'branding'.
6. Op de lange termijn leidt een en ander er dus toe dat:
   a. zorgaanbieders beter worden in de eigen specialisatie
   b. klanten makkelijker kunnen kiezen voor de beste zorgaanbieder die bij hun past
   c. de totale kosten omlaag gaan omdat dezelfde dienstverlening nu wordt aangeboden tegen lagere kosten.
7. Als zorgaanbieders hun merk en reputatie weten te versterken en cliënten en andere stakeholders gemakkelijker relaties kunnen opbouwen met zorgaanbieders, zullen deze relaties verbeteren en zal de kwaliteit van de geleverde zorg ook in dat opzicht verbeteren.



Figuur 1.2. Marktwerking en specialisatie in de zorg

Bijlage 2: Kansen door techniek

De publicatie ‘Toekomst Zorg Thuis’ met subtitel ‘nieuwe trends, nieuwe kansen’, signaleert de volgende kansen door techniek:

Voor de cliënt:
- waarschuwingssysteem voor innemen medicijnen;
- mogelijkheden voor het zelf meten van bloedwaarden;
- buurtwebsite met nieuws uit de buurt, contactmogelijkheden, aanbod vrijwilligers;
- contact met hulpverlener via televisieverbinding/webcam;
- meedenkend elektronisch cliënten/patiënten dossier. De cliënt en zijn zorgverleners kunnen het inzien. Het waarschuwt en geeft tips.

Voor mantelzorgers:
- bewegingsmelder die doorgeeft dat de deur van het toilet te lang niet open- en dichtgaat, of dat de koelkast dicht blijft: signalen dat er mogelijk ‘iets’ aan de hand is;
- GPS-systemen voor dwalende cliënten, die aangeven waar de cliënt zich bevindt;
- sensorondervloeren die waarschuwen als de cliënt valt.

Voor de medewerkers van zorg thuis:
- hulpmiddelen bij het opstaan uit zittende houding;
- hulpmiddelen bij het tillen;
- butlerrobots;
- knuffelrobotdieren;
- Wii-toepassingen bij revalidatie;
- screen-to-screen-behandelingen in de geestelijke gezondheidszorg.

Voor het medisch team:
- health genomics, personalized medicine (afstemmen behandeling op genetisch profiel);
- gebruik van nanochips en biosensoren in het lichaam;
- thuistests en consult op afstand via webcam.

Voor medewerkers in de zorg (gericht op samenwerking):
- EPD/ECD met online rapportages;
- systeem dat bij afwezigheid berichten naar vaste contactpersonen doorstuurt.

De publicatie ‘Toekomst Zorg Thuis’ is een initiatief van:
NPCF (Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie)
STOOM (Stichting Onderzoek en Ontwikkeling Maatschappelijke gezondheidszorg)

Bijlage 3:

Financiële kengetallen en resultaten rekening ZGF

	2013	2014	2015
Current ratio	1,77	1,91	1,80
Weerstandsvermogen-Solvabiliteit	0,40	0,36	0,28
Personeelskostenratio (% totaalbudget)	57,5%	58,0%	68,5%

RESULTATENREKENING ZGF OVER 2015 en 2014 (x €1.000).

	2014	2015
BEDRIJFSOPBRENGSTEN		
Opbrengsten uit gebudgetteerde zorgprestaties	63.192	59.582
Niet-gebudgetteerde zorgprestaties (inclusief Wmo-huishoudelijke hulp)	3.062	3.064
Subsidies (exclusief Wmo-huishoudelijke hulp; inclusief overige Wmo-prestaties)	798	704
Overige bedrijfsopbrengsten	2.620	2.205
Som der bedrijfsopbrengsten	69.672	65.555
BEDRIJFSLASTEN		
Personeelskosten	36.508	40.835
Afschrijvingen op immateriële en materiële vaste activa	9.145	8.373
Overige bedrijfskosten	19.162	16.533
Som der bedrijfslasten	64.815	65.741
BEDRIJFSRESULTAAT	4.857	-186
Financiële baten en lasten	2.433-	2.299-
RESULTAAT UIT GEWONE BEDRIJFSUITOEFENING	2.424	243-
Buitengewoon resultaat	-	-
RESULTAAT BOEKJAAR	2.424	-2.356-

Vragen bij de case "Zorggroep Friesland, in goede handen?"
(totaal 83 punten)

Vraag 1 (12 punten)

a. Bepaal op basis van het model van Abell de business definition van ZGF.
(U hoeft deze niet grafisch weer te geven, het benoemen van de assen en elementen op de assen is voldoende)

b. Onderstreep de elementen die voor ZGF de marktafbakening van de huidige activiteiten weergeven (de business scope).

Antwoord vraag 1a en 1b:

Onderstreept is de business scope:

Wie worden bediend (segmenten/marktgroepen):

Zwakbegaafden
Licht verstandelijk beperkten
Zwaar verstandelijk beperkten
Ouderen met dementie
Psychische zorg

Wat (afnemersbehoeften):

Deskundigheid
Betrouwbaarheid
Veiligheid
Continuïteit
Voldoen aan overheidseisen
Vriendelijkheid
Kostenefficiëntie

Hoe (aanbod, technologie):

Intramurale zorg
Extramurale zorg
Dagactiviteiten
Imago
lokale aanwezigheid
Zorg op afstand

CORRECTORENINSTRUCTIE

Vraag 1 Maximaal 12 punten

Puntenverdeling:
3 punten voor het benoemen van de assen

3 x 3 punten voor het invullen van de assen - Let op dat de *juiste* elementen op de *juiste* as zijn vermeld.

Vraag 2 (15 punten)

ZGF biedt verschillende typen zorg aan: intramuraal, extramuraal en dagactiviteiten.

a. Beoordeel de ontwikkeling van de marktpositie in de verschillende typen zorg die ZGF aanbiedt in de periode 2013-2016. Maak hierbij gebruik van de gegevens in tabel 1.

b. Maak een gefundeerde inschatting van de gevolgen van deze ontwikkeling voor het beschikbare budget van ZGF in 2016.

Antwoordindicatie 2a:

Tabel 1 laat zien dat het aantal cliënten in de intramurale zorg achteruit gaat, terwijl in de extramurale zorg en dagactiviteiten het aantal cliënten redelijk stabiel is. In de intramurale zorg daalt ook het totaal aantal cliënten in Nederland, de daling van ZGF gaat echter sneller waardoor het marktaandeel afneemt. Het aantal cliënten van dagactiviteiten en extramurale zorg stijgt in Nederland, ZGF weet hier echter niet van te profiteren. De positie van ZGF verslechtert dus, m.n. in de intramurale zorg.

Antwoordindicatie 2b:

In de case is gegeven dat voor intramurale zorg vijf keer zoveel budget per cliënt beschikbaar is als voor dagactiviteiten, en voor extramurale zorg drie keer zoveel. Het wettelijk budget voor 2015 was € 59.582.160. Dit is als volgt verdeeld over de cliënten:

Aantal cliënten	2015	2016
Intramuraal	963	914
Extramuraal	151	147
Dagactiviteit	298	303
Totaal	1.412	1.364

Aandeel in budget	
Intramuraal (aantal cliënten x 5)	4815
Extramuraal (aantal cliënten x 3)	453
Dagactiviteit (aantal cliënten x 1)	298
Totaal	5.566

Budget/cliënt		budget per type zorg 2016
Intramuraal	€ 53.523	€ 48.920.022
Extramuraal	€ 32.114	€ 4.720.758
Dagactiviteit	€ 10.705	€ 3.243.6150
Totaal		€ 56.884.395

Het totale budget voor 2016 is dus fors lager dan het budget in 2015.

CORRECTORENINSTRUCTIE

Vraag 2 Maximaal 12 punten

Puntenverdeling:

Vraag 2a maximaal 8 punten
Vraag 2b maximaal 7 punten

Vraag 3 (16 punten)

Het managementteam van ZGF wil een beoordeling van haar financiële positie en van de prestaties van ZGF.

a. Beoordeel de prestaties van ZGF in vergelijking tot zijn concurrenten op basis van kwantitatieve en kwalitatieve gegevens. Maak hierbij onder andere gebruik van de gegevens in tabel 2.

b. Beoordeel de financiële positie van ZGF op basis van de kengetallen en resulatenrekening uit bijlage 3 (licht uw antwoord toe).

c. Beoordeel de mogelijkheden voor toekomstige investeringen voor ZGF op basis van de financiële gegevens uit bijlage 3? (licht uw antwoord toe)

Antwoordindicatie 3a.

Uit onafhankelijk onderzoek blijkt dat de kwaliteit van de zorg die geleverd wordt door ZGF, hoog aangeschreven staat in vergelijking tot andere aanbieders. Tabel 2 biedt daarnaast aanknopingspunten voor een kwantitatieve beoordeling. Belangrijkste punten zijn:

- Grootste aanbieder van intramurale zorg in de regio.
- Hoog ziekteverzuim in vergelijking tot andere aanbieders in de regio.
- Hoge kosten/FTE

Antwoordindicatie 3b.

	2013	2014	2015	Norm
Current ratio	1,77	1,91	1,80	> 2
Weerstandsvermogen-Solvabiliteit	0,40	0,36	0,28	> 0,30
Personeelskostenratio (% totaalbudget)	57,5%	58,0%	68,5%	< 70,0%

De current ratio dalende en ligt onder de norm.
Het weerstandsvermogen (solvabiliteit) is dalend en ligt onder de norm
De personeelskostenratio loopt sterk op, nog net onder de norm

Antwoordindicatie 3c

Gezien de resulatenrekening en de verslechterende balansverhoudingen (ratio's) eind 2015 is er te weinig kapitaal en leenvermogen aanwezig om toekomstige investeringen te kunnen doen.

CORRECTORENINSTRUCTIE

Maximaal 16 punten. Puntenverdeling:

3a. 3 x 2 punten.

3b. 3 x 2 punten. Per financiëel kengetal dient een kandidaat een juist oordeel te geven.

3c. 4 punten De kandidaat dient in zijn antwoord aan te tonen dat hij inzicht heeft in de mogelijkheden van ZGF ten aanzien van toekomstige investeringen.

Vraag 4 (20 punten)

a. Beschrijf, op basis van de informatie in de case, de drie belangrijke kansen en drie belangrijke bedreigingen en de drie belangrijkste zwaktes en drie belangrijkste sterktes van ZGF waar het management rekening mee moet bij de definitie van een toekomstige strategie? Baseer uw antwoord op informatie in de case.

Antwoordindicatie 4a:
Kansen:

1. Technologische ontwikkelingen bieden kansen voor het op afstand verlenen van zorg en monitoring, waarmee kostenbesparingen gerealiseerd kunnen worden (bij extramurale zorg, maar ook omdat een deel van de intramurale zorg extramuraal kan worden).
2. Demografische ontwikkelingen zorgen voor toename aantal ouderen die zorg nodig hebben, inclusief een sterk groeiende groep dementerende ouderen.
3. Toelating van zwakbegaafden zorgt voor groei aantal jonge cliënten.

Bedreigingen:

1. Veranderingen in overheidsbeleid leiden enerzijds tot extra kosten, anderzijds tot een daling van de inkomsten.
2. De markt voor intramurale zorg is verzadigd.
3. De-institutionalisering: trend dat steeds meer zorg op afstand verleend wordt, verschuiving van intramuraal naar extramuraal.

Sterktes:

1. Kwaliteit wordt als beter ervaren dan bij concurrenten
2. Grootste speler op de regionale markt voor intramurale zorg
3. Weinig personeelsverloop

Zwaktes:

1. Daling marktaandeel, m.n. in de intramurale zorg, brengt ook daling in budget met zich mee.
2. Verslechterende financiele positie voor ZGF
3. Vergrijzend personeelsbestand met hoog ziekteverzuim en hoge kosten/FTE

b. Formuleer op basis van de door u geïnventariseerde SWOT-elementen twee probleemvelden waar ZGF zich mee geconfronteerd ziet.

Antwoordindicatie 4b:
De belangrijkste probleemvelden zijn:

- De terugloop in aantal cliënten t.g.v. vergrijzing van het cliëntenbestand en verzadiging van de markt. De kosten lopen wel op, maar ZGF heeft geen goed inzicht in de werkelijke kosten per cliënt. Overheidsbeleid leidt tot een afname van inkomsten, maar brengt nog extra kostenstijgingen met zich mee.
- Hoewel de kwaliteit van de zorg als goed wordt ervaren, is er een hoog ziekteverzuim. Dit wordt mede veroorzaakt door het vergrijzende personeelsbestand. Het management weet dit niet om te buigen.

Achtergrondinformatie: Het Centraal Probleem van ZGF hoeft niet gedefinieerd te worden, maar is wel van belang bij de beoordeling van de bij de volgende vragen te definiëren strategische opties. In het verlengde van de key issues, kan het volgende CP worden gedefinieerd:

Extern: het klantenbestand van ZGF vergrijst en zal op lange termijn in omvang krimpen. Oudere cliënten zijn relatief duur en brengen hogere kosten met zich mee, wat een probleem is wanneer men weet dat vergoedingen en subsidies van overheidswege afnemen. Andere aanbieders hebben blijkbaar al eerder het roer omgegooid: zij hebben zich ook gericht op minder verzadigde marktsegmenten en minder dure cliënten.

Intern: ZGF heeft weliswaar kundig personeel en levert zorg die gewaardeerd wordt, maar kampt met een vergrijzend personeelsbestand en hoog ziekteverzuim. Het kostenniveau stijgt, maar inzicht in kosten per cliënt ontbreekt. Dit maakt het voor het management lastig om bij te sturen.

Gevolg: Als ZGF er niet in slaagt om de trend van dalende inkomsten en stijgende kosten per cliënt om te buigen, ligt het voor de hand dat de zorgverlener niet uit de rode cijfers komt, waardoor de continuïteit vanzelfsprekend in het geding komt.

CORRECTORENINSTRUCTIE

Vraag 4. Maximaal 20 punten

Puntenverdeling:

4a. 6 punten	12 - 11 goed	12 punten
	10 - 9 goed	10 punten
	8 - 7 goed	8 punten
	6 - 5 goed	6 punten

4 - 3 goed 4 punten
2 - 1 goed 2 punten

Indien de kandidaat per categorie meer dan drie elementen noemt, dan alleen de eerste drie genoemde elementen in uw beoordeling meenemen.

Let op dat kandidaat externe en interne elementen van de SWOT-analyse niet verwisseld!

4b. 8 punten

Het maximale aantal punten kan worden toegekend als uit het antwoord blijkt dat de kandidaat duidelijk de twee probleemvelden definieert.

Vraag 5 (10 punten)

De ontwikkeling van een zorg-op-afstand-app (ZOAP) die ouderen met een beperking in staat moet stellen om langer zelfstandig te blijven wonen. Deze app is ook geschikt voor andere cliënten met een cognitieve beperking. ZGF zou hiermee kiezen voor productontwikkeling als groeistrategie. Beoordeel deze optie op basis van de volgende criteria:

- De aansluiting op de door u gedefinieerde key issues.
- De mate waarin deze optie ertoe bijdraagt dat de door het management van ZGF gedefinieerde doelstellingen bereikt worden.
- De haalbaarheid en uitvoerbaarheid.
- De mate waarin deze acceptabel is voor de belangrijkste stakeholders.

Antwoordindicatie 5:

	Optie 1: Productontwikkeling zorgapp
Aansluiting op key issues	Intern: + (minder last van ziekte-verzuim) Extern: ++ (deze tool is geschikt voor de minder verzadigde extramurale markt)
Aansluiting op doelstellingen	Concurrentievoordeel: + (er wordt een concurrentievoordeel gecreëerd omdat een dergelijk hulpmiddel nog niet bestaat; hoe houdbaar dit is, is overigens onzeker) Groei: 0 (onzeker, succesvolle business modellen van dergelijke innovaties zijn tot nu toe erg onzeker gebleken)
Feasibility (haalbaar, uitvoerbaar)	Kwantitatief: - (vergt forse investering, kan ZGF niet opbrengen gezien de financiele situatie. Indien ZGF in staat zou zijn hierin te investeren weegt deze wel op tegen de besparing op personeelskosten)

	Kwalitatief: ++ (deze optie is technisch haalbaar, en speelt ook in op behoeften van cliënten)
Acceptabel voor stakeholders	Cliënten: 0 (waarschijnlijk acceptabel, maar moet in praktijk blijken) Personeel: - (kan als bedreigend worden ervaren: vervangt techniek personeel?)

CORRECTORENINSTRUCTIE

Vraag 5 Maximaal 10 punten

Puntenverdeling:

Vraag 6 (10 punten)

Geef een concreet strategisch advies aan het management van ZGF in de vorm van een alternatieve strategische optie waarbij u het het groeimodel van Ansoff als uitgangspunt neemt. Uw eerdere analyses neemt u daarbij ook vanzelfsprekend mee.
De nuloptie is uitgesloten.
Onderbouw en beoordeel uw optie op basis van de volgende criteria:

- De aansluiting op de door u gedefinieerde key issues.
- De mate waarin deze de door het management van ZGF gedefinieerde doelstellingen weet te bereiken.
- De haalbaarheid en uitvoerbaarheid.
- De mate waarin deze acceptabel is voor de belangrijkste stakeholders.

Antwoordindicatie 6:
Een geschikte ontwikkelrichting is marktontwikkeling. Uit de tekst blijkt dat de behoefte van zorg aan dementerenden groeit. De oprichting van zorginstelling en zorggroepen voor deze vorm van zorg zou een geschikte optie kunnen zijn, ZGF kan hier met haar ervaring een rol spelen. Hiermee kan zowel het aantal intra- als extramurale cliënten groeien.

In onderstaande tabel zijn de opties naast elkaar gezet:

	Optie 2: Marktontwikkeling zorg voor dementerenden
Aansluiting op key issues	Intern: - - (interne issues worden niet aangepakt) Extern: ++ (er wordt een minder verzadigde markt bediend)
Aansluiting op doelstellingen	Concurrentievoordeel: 0 (hoe houdbaar is dit, andere aanbieders kunnen ook voor deze richting kiezen, en doen dit deels al) Groei: + (gewenste groei is waarschijnlijk)
Feasibility (haalbaar, uitvoerbaar)	Kwantitatief: 0 (hiervoor ontbreken gegevens in de case) Kwalitatief: ++ (deze optie is organisatorisch haalbaar, en speelt in op nieuwe mogelijkheden in de markt; ZGF heeft voldoende ervaring in huis om hier succesvol te zijn)
Acceptabel voor stakeholders	Cliënten: + (ook deze groep klanten en hun mantelzorgers zullen de kwaliteit van ZGF weten te waarderen) Personeel: + (kan carrièremogelijkheden bieden)

CORRECTORENINSTRUCTIE

Vraag 6 Maximaal 10 punten

Puntenverdeling:

EINDE ONDERDEEL B1