

GGZ langs de meetlat

Onderzoek naar de mogelijkheden om de marktpositie te versterken en het rendement te verbeteren

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	2
Context	6
Veranderingen noodzaken tot versterken marktpositie en rendementsverbetering.....	9
Versterken van de marktpositie door productinnovatie en nieuwe markten.....	14
Rendement verbeteren door kostendeekkende DBC-prijs.....	18
Rendement verbeteren door goed vermogensbeheer.....	21
Versterken marktpositie door klantgerichte strategie	25
Tabellen	28
Geraadpleegde bronnen	44
Over BS Health Consultancy.....	46

Samenvatting

Veranderingen in de GGZ-markt noodzaken GGZ-instellingen om de marktpositie te versterken en het rendement te verbeteren. Dit op het moment, dat het gemiddelde rendement van de GGZ-instellingen is gedaald van 1,5% in 2006 naar 1,1% in 2007. Veroorzaakt door een sterkere stijging van de bedrijfskosten (7,8%) dan van de bedrijfsopbrengsten (7,4%). Voor het verkrijgen van inzicht in de mogelijkheden om als GGZ-instelling de marktpositie en het rendement te verbeteren heeft BS Health Consultancy op basis van openbare bronnen een onderzoek uitgevoerd naar de bedrijfsprestaties van de 63 GGZ-instellingen, die zich richten op kortdurende curatieve GGZ.

Veranderingen noodzaken tot versterken marktpositie en rendementsverbetering

Kortdurende (tot een jaar) curatieve geestelijke gezondheidszorg (GGZ) valt sinds 1 januari 2008 onder de Zorgverzekeringswet. Deze aanspraak wordt niet langer meer vergoed vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Gevolg van deze overheveling is dat zorgverzekeraars deze zorg voortaan gaan inkopen en contractering niet meer via de zorgkantoren plaatsvindt. De veranderende rol van de zorgverzekeraar, de invoering van de Diagnose Behandel Combinatie (DBC)-financiering en het toenemend financieel risico van GGZ-instellingen als gevolg van het per 1 januari 2009 zelf verantwoordelijk worden voor de financiering van de investeringen, leiden tot een toenemende dynamiek op de GGZ-markt. Niet alleen zullen nieuwe commerciële nichespelers toetreden, ook zullen bestaande GGZ-instellingen proberen hun invloed 'buiten' de eigen regio uit te breiden.

Versterken marktpositie door productinnovatie en nieuwe markten

De marktpositie kan versterkt worden door minder afhankelijk te worden van opbrengsten van de producten uit het traditionele budget. In 2007 was gemiddeld 13% van de bedrijfsopbrengsten van de GGZ-instellingen *niet* afkomstig vanuit het 'wettelijk budget voor aanvaardbare kosten voor GGZ'. Dit percentage kan toenemen door enerzijds (relatief) nieuwe markten te betreden, zoals arbeid en psyche. En anderzijds aan de bestaande markt nieuwe producten aan te bieden, zoals e-health en combinaties tussen zorg en luxe.

Rendementsverbetering door kostendekkende DBC-prijs

GGZ-instellingen worden door de toenemende marktdynamiek gestimuleerd meer aandacht te hebben voor de bedrijfsvoering en de kosten ervan. Personeelskosten vormen bijna driekwart van de totale bedrijfskosten. Een adequaat personeelsbeleid is dan ook essentieel voor een GGZ-instelling. Met de invoering van de DBC-systematiek worden de kosten van de GGZ transparanter en wordt het voor GGZ-instellingen relatief eenvoudiger om inzicht te verkrijgen in welke zorgproducten en klanten/patiënten ('productmarkt-combinaties'/PMC's) bijdragen aan een positief resultaat. Om als GGZ-instelling zorgproducten, die juist een negatief effect hebben op het bedrijfsresultaat, toch te kunnen blijven aanbieden, kan het noodzakelijk zijn om voor deze zorgproducten delen van het productieproces te standaardiseren. Dit is dan met name mogelijk bij de enkelvoudige niet-complexe zorg.

Rendementsverbetering door goed vermogensbeheer

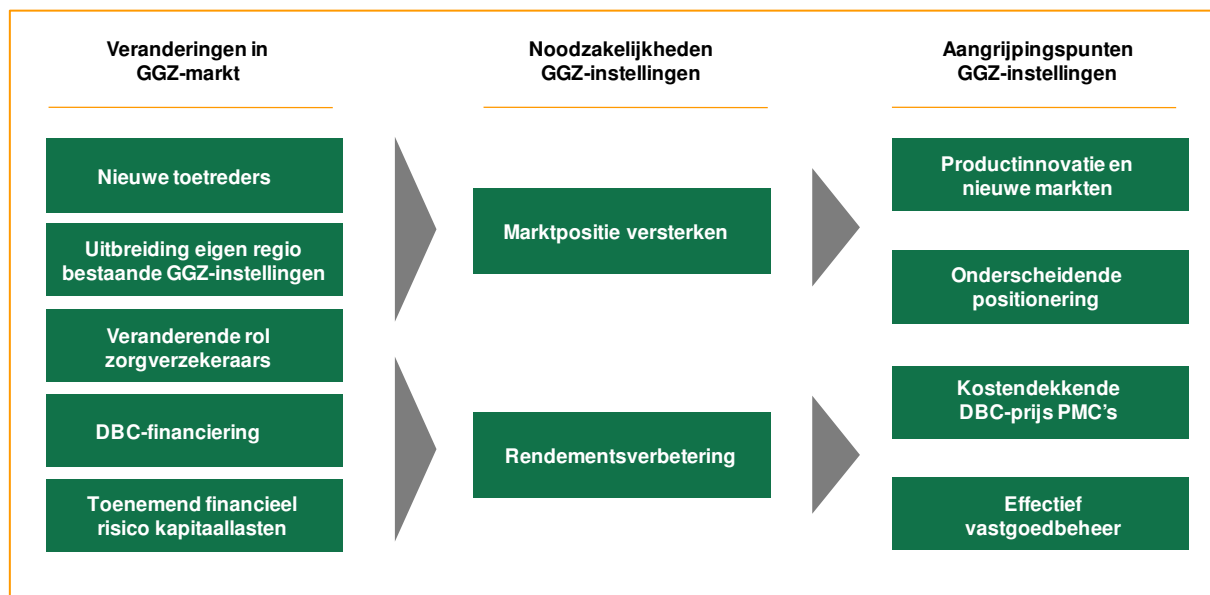
Anno 2008 bezitten GGZ-instellingen veelal (nog) een groot aantal gebouwen, verspreid over verschillende locaties, dikwijls in het 'buitengebied'. Omdat GGZ-instellingen vanaf 1 januari 2009 zelf verantwoordelijk worden voor de financiering van hun kapitaallasten wordt 'toekomstgericht bouwen' met een hoge mate van flexibiliteit essentieel om adequaat op de

veranderende zorgmarkt te kunnen inspelen. Daarbij dient ook gekeken te worden naar de mogelijkheden van betere benutting van het huidige vastgoed en alternatieve aanwendbaarheid van (delen van de) terreinen. Als gevolg van het toenemend financieel risico zullen kapitaalverschaffers meer en strakkere eisen stellen bij het afsluiten van een lening voor de financiering van nieuw- of verbouwplannen. Bijvoorbeeld ten aanzien van het verwachte rendement en de solvabiliteit. Eind 2007 lag bij 97% van de GGZ-instellingen de solvabiliteitsratio nog onder de (marktconforme) 25%. Bij 17% van de GGZ-instellingen lag de solvabiliteitsratio zelfs onder de door het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WfZ) oorspronkelijke gehanteerde vermogenseis van 8%. De gemiddelde liquiditeitsratio van de GGZ-instellingen is afgenomen van 42% eind 2006 naar 39% eind 2007. Door de invoering van de DBC-financiering in 2008 hebben enerzijds verschillende GGZ-instellingen liquiditeitsbehoeften. GGZ-instellingen ontvangen immers niet langer voorschotten, maar krijgen de opbrengsten pas achteraf wanneer de DBC's zijn gesloten. Anderzijds had circa 13% van de GGZ-instellingen eind 2007 een liquiditeitsratio van meer dan 150%.

Versterken marktpositie door klantgerichte strategie

De GGZ-instellingen zullen zich in de toekomst in toenemende mate gaan heroriënteren op hun product/markt portfolio. Zij zullen beter moeten inspelen op de behoeften van hun klantgroepen: gebruikers, verwijzers en betalers c.q. inkopers (i.c. zorgverzekeraars). Deze laatste genoemde zal steeds meer gaan sturen op kwalitatief goede GGZ-dienstverlening tegen een zo laag mogelijke prijs. Zij zullen eisen stellen aan standaardisatie, transparantie en het volgen van evidence-based richtlijnen. De zorgverzekeraars zullen zich bij de inkoop van de GGZ laten leiden door de behoeften van de (werkgevers)collectiviteiten en de verzekerde c.q. eindgebruiker. Deze eindgebruiker wil kunnen kiezen en heeft behoefte aan differentiatie in de GGZ-markt. Deze differentiatie begint geleidelijk te ontstaan in de GGZ-markt.

Als gevolg van de veranderingen vindt langzamerhand een segmentering van de GGZ-markt plaats. Bij de eerstelijns GGZ, waar het grootste deel van de klanten gebruik van maakt, zal vooral geconcurrereerd worden op prijs. In de ambulante markt zijn toegankelijkheid, service en kwaliteit belangrijk. Tot slot in de klinische complexe markt, die verantwoordelijk is voor het grootste deel van de GGZ-kosten, zal meer specialisatie gaan plaatsvinden en zullen productinnovaties leiden tot nieuwe vormen van behandelingen en verbetering van de kwaliteit.



Figuur 1: Veranderingen in de GGZ-markt, de noodzakelijkheden voor GGZ-instellingen en aangrijpingspunten om dit te realiseren

Context

Aanleiding

Als gevolg van de overheveling van de kortdurende (tot een jaar) curatieve geestelijke gezondheidszorg (GGZ) naar de Zorgverzekeringswet, de invoering van de Diagnose Behandel Combinatie (DBC)-financiering en het toenemend financieel risico van GGZ-instellingen is de verwachting dat de dynamiek in de GGZ-markt toeneemt. Niet alleen zullen nieuwe commerciële nichespelers toetreden, ook zullen bestaande GGZ-instellingen proberen hun invloed buiten de eigen regio uit te breiden.

Om als GGZ-instelling bestand te zijn tegen de toenemende concurrentie is het belangrijk om de bedrijfsvoering op orde te hebben en de marktpositie te versterken. Om inzicht te verkrijgen in de bedrijfsprestaties van de individuele organisatie ten opzichte van de bedrijfsprestaties van de GGZ-markt, is een benchmark onderzoek het aangewezen middel. In dit rapport worden

de bedrijfsprestaties van 63 GGZ-instellingen op hoofdlijnen met elkaar vergeleken en worden mogelijkheden aangegeven om de marktpositie van de GGZ-instelling te versterken en het rendement te verbeteren.

Onderzoeksaanpak en verantwoording

Voor dit onderzoek is louter gebruik gemaakt van openbare gegevens uit jaarverslagen, jaarrekeningen en jaardocumenten 'Maatschappelijke Verantwoording' van de GGZ-instellingen die zich richten op kortdurende curatieve GGZ. Daarbij is uitgegaan van de geconsolideerde balans en resultatenrekening van de GGZ-instelling. Individuele zorginstellingen waarbij de omvang van het werkgebied GGZ (nog) beperkt is, zoals bij Jeugdhulp Friesland en Base groep, zijn niet meegenomen in dit onderzoek. Wanneer de GGZ-instelling deel uitmaakt van een concern zijn de gegevens van het gehele concern aangehouden, met uitzondering van het

Prins Claus Centrum, dat onderdeel is van het Orbis Medisch en Zorgconcern. De werkzaamheden van dit grote concern hebben voor het belangrijkste deel geen betrekking op de GGZ. Om deze reden is ervoor gekozen om in het geval van de GGZ-instelling Prins Claus Centrum niet de geconsolideerde gegevens mee te nemen, maar alleen de resultaten die betrekking hebben op de GGZ-activiteit. Waarbij opgemerkt, dat bij de analyse van de aspecten liquiditeit en solvabiliteit uiteraard wel gebruik is gemaakt van de concerngegevens.

Analyse en synthese van de genoemde gegevens hebben geleid tot een vergelijkend overzicht op verschillende aspecten. In de figuren, en in de in de bijlagen neergelegde tabellen, zijn de prestaties van de 63 individuele GGZ-instellingen weergegeven en zijn de deelsectoren in de figuren met een verschillende kleur aangegeven. Deze GGZ-instellingen vertegenwoordigen de volgende deelsectoren:

- Geïntegreerde GGZ-instelling (37 instellingen)
- RIAGG (zelfstandig) (8 instellingen)
- Instelling voor verslavingszorg (zelfstandig) (7 instellingen)
- Kinder – en jeugdpsychiatrische kliniek (zelfstandig) (8 instellingen)
- Algemeen psychiatrisch ziekenhuis (zelfstandig) (3 instellingen)

Geïntegreerde GGZ-instellingen zijn instellingen die zowel ambulante als klinische GGZ aanbieden. In het verleden werd er een onderscheid gemaakt tussen de aanbieders van ambulante zorg en klinische zorg. Ambulante zorg werd (en wordt nog) door de Regionale Instellingen voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG's) aangeboden. Klinische zorg werd (en wordt nog ten dele) geboden door de algemeen psychiatrische ziekenhuizen (APZ'n). Mede onder druk van de overheid zijn in de meeste regio's dit type GGZ-instellingen gefuseerd. Dergelijke gefuseerde instellingen noemt men wel 'geïntegreerde GGZ-instellingen'.

Volledigheidshalve wordt opgemerkt, dat dit onderzoek alleen is gebaseerd op algemene, openbare gegevens. Verschillen kunnen mogelijk zijn in de wijze waarop de instellingen de gegevens in de diverse openbare rapporten hebben gerubriceerd c.q. geregistreerd. In dit rapport is getracht om de bedrijfsprestaties van de GGZ-instellingen op hoofdlijnen vergelijkbaar te maken. Uiteraard hebben de GGZ-instellingen eigen specifieke karakteristieken, die in een vergelijking op hoofdlijnen niet c.q. onvoldoende zichtbaar worden. Zo ontvangt een aantal GGZ-instellingen ook andere AWBZ-gelden. Namelijk vanuit het wettelijk budget voor aanvaardbare kosten voor Verpleging, Verzorging en Thuiszorg en/of Gehandicaptenzorg. Deze opbrengsten zijn meegenomen in de post “bedrijfsopbrengsten *niet*-afkomstig vanuit het wettelijk budget voor aanvaardbare kosten voor GGZ”. Omwille van het vergelijkbaar houden is voor deze constructie gekozen. De betreffende GGZ-instellingen zijn in de figuren en tabellen gekenmerkt met een *. Tot slot geldt, dat voor specifieke c.q. exacte verklaringen

voor geconstateerde verschillen in de bedrijfsprestaties veelal een diepere analyse, op basis van niet-openbare gegevens noodzakelijk is.

Opbouw rapport

Na dit inleidende gedeelte gaat het volgende hoofdstuk in op de veranderingen die noodzaken om de marktpositie van de GGZ-instelling te versterken en het rendement te verbeteren. Vervolgens worden vier aangrijpingspunten om dit te realiseren achtereenvolgens besproken. In de bijlage zijn tabellen opgenomen met de gegevens van de 63 individuele GGZ-instellingen, die worden weergegeven in de verschillende figuren.

- Om als GGZ-instelling bestand te zijn tegen de toenemende dynamiek is het belangrijk om de marktpositie te versterken en het rendement te verbeteren
- In dit rapport wordt ingegaan op de bedrijfsprestaties van 63 GGZ-instellingen en de mogelijkheden om de marktpositie te versterken en het rendement te verbeteren
- Gebaseerd op openbare gegevens uit jaarverslagen, jaarrekeningen en jaardocumenten Maatschappelijke Verantwoording

Veranderingen noodzaken tot versterken marktpositie en rendementsverbetering

GGZ-markt vooral aanbodgericht

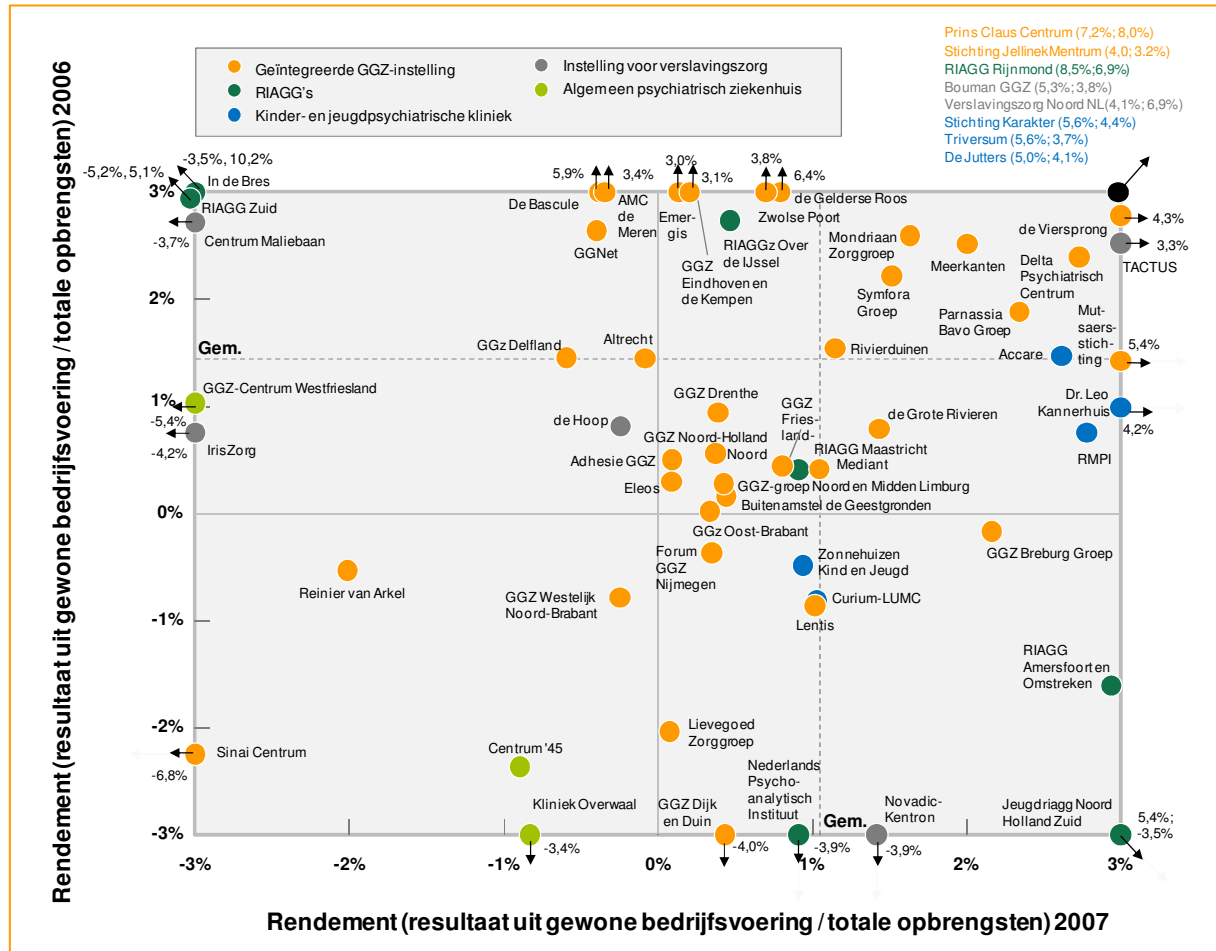
Als gevolg van de enorme fusiegolf, de afgelopen 10 jaar zijn grote geïntegreerde GGZ-instellingen met een dominante positie in de regio ontstaan. Deze monopoliepositie leidde ertoe dat de GGZ-instellingen vooral gericht waren op het maximaliseren van het door de zorgkantoren toe te wijzen budget. Sinds de opheffing van de contracteerplicht voor de extramurale zorg binnen de AWBZ, namelijk per 1 september 2004 de onderhandelingsmacht van het zorgkantoor op papier toe. Echter, in de praktijk bleek, dat de onderhandelingsruimte minimaal was door het beperkt aantal GGZ-aanbieders in de regio. Zorgkantoor en de GGZ-instelling kenden hierdoor een grote wederzijdse afhankelijkheid. Door de vanzelfsprekendheid waarmee de GGZ-instellingen hun budget ontvingen, waren er weinig prikkels om doelmatig te werken. Hierdoor was er ook geen

noodzaak tot productinnovatie en ontwikkeling van nieuwe markten. Het gevolg is, dat veel GGZ-instellingen vooral nog aanbodgericht zijn en (te) weinig klant- en servicegericht.

Rendement onder druk

Het gemiddelde rendement¹ van de onderzochte GGZ-instellingen was in 2007 1,1%, zoals figuur 2 aangeeft. Dit is een daling ten opzichte van 2006. In 2006 was het gemiddelde rendement nog 1,5%. In vergelijking met niet-reguliere GGZ-instellingen is dit rendement relatief laag. Zo realiseerde de niet-reguliere GGZ-

¹ Rendement is resultaat uit gewone bedrijfsvoering / totale opbrengsten. Resultaat uit gewone bedrijfsvoering wil zeggen: het resultaat waarbij de buitengewone opbrengsten en kosten buiten beschouwing zijn gelaten. Gekozen is om het resultaat uit gewone bedrijfsvoering in de figuren weer te geven om zodoende een verantwoorde vergelijking te kunnen maken tussen de verschillende GGZ-instellingen.



Figuur 2: Rendement in 2007 en 2006 van de individuele GGZ-instellingen

instelling HSK-groep in 2006 een rendement van 11,3%.

In 2007 realiseerden de reguliere GGZ-instellingen een gezamenlijk positief resultaat van € 54 miljoen. Buitengewone opbrengsten en kosten buiten beschouwing gelaten, was het resultaat uit gewone bedrijfsvoering in 2007 € 47 miljoen. Een kwart van de GGZ-instellingen boekten in 2007 echter een negatief resultaat uit gewone bedrijfsvoering (zie linkerhelft figuur 1). Daar waar alle drie de algemene psychiatrische ziekenhuizen (groene bolletjes) een negatief rendement hadden in 2007, behaalden de kinder- en jeugdpsychiatrische ziekenhuizen (blauwe bolletjes) een positief rendement.

Toenemende dynamiek in de GGZ-markt

Kortdurende (tot een jaar) curatieve geestelijke gezondheidszorg (GGZ), die gericht is op het herstel dan wel het stabiliseren van een psychische stoornis bij patiënten, valt sinds 1 januari 2008

onder de Zorgverzekeringswet (Zvw). Het geldt niet langer als een aanspraak volgens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Als gevolg van de overheveling gaan zorgverzekeraars deze zorg voortaan inkopen en vindt de contractering niet langer meer vanuit de zorgkantoren plaats. Dit jaar lopen zorgverzekeraars voor de kosten van de curatieve GGZ nog geen financieel risico, omdat deze kosten nog voor 100% worden nagecalculeerd. De doelstelling is dat zorgverzekeraars in de toekomst wel risico gaan lopen over de curatieve GGZ-kosten. Zorgverzekeraars zullen naar verwachting steeds meer gaan sturen op kwalitatief goede GGZ-dienstverlening tegen een zo laag mogelijke prijs.

De overheveling van de kortdurende curatieve GGZ heeft tegelijkertijd plaatsgevonden met de invoering van de Diagnose Behandel Combinatie (DBC)-systematiek voor de GGZ. De DBC-systematiek is geïntroduceerd om zorgverzekeraars en GGZ-aanbieders in staat te stellen te onderhandelen over

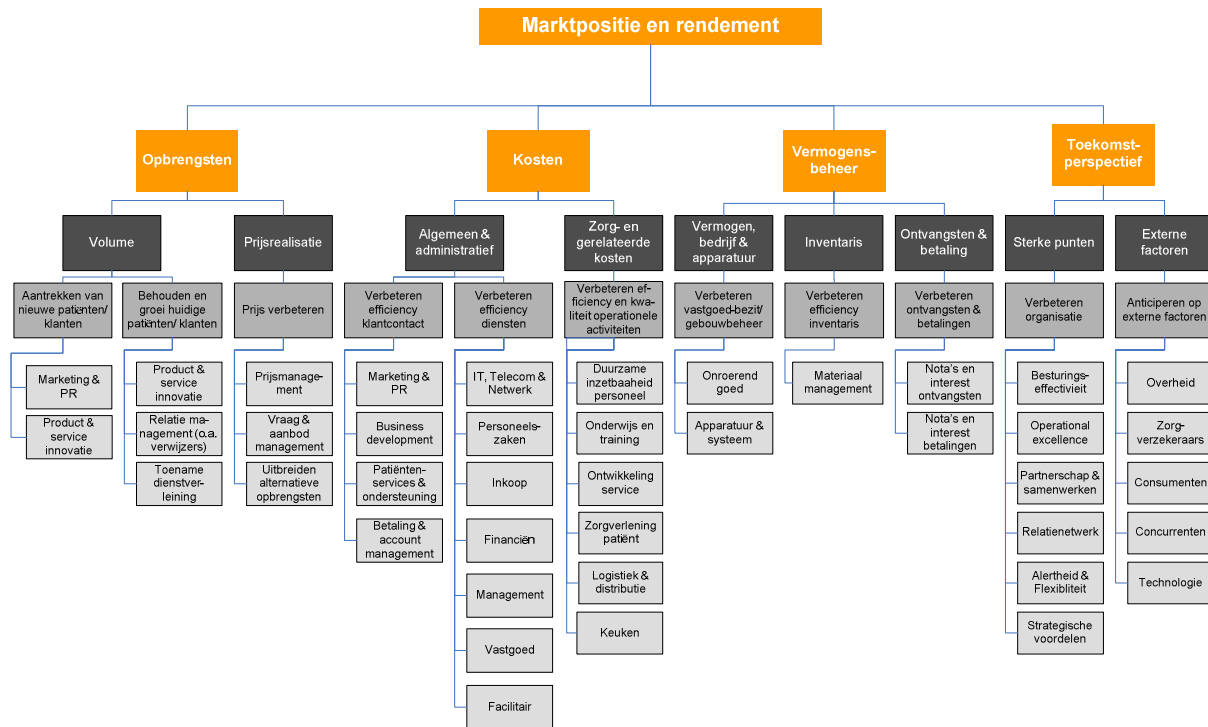
vergelijkbare zorgproducten. Een DBC vertegenwoordigt het geheel van activiteiten (behandelcontacten, verpleegdagen e.d.) van de organisatie, voortvloeiend uit de zorgvraag van de patiënt/cliënt. Een derde verandering is, dat GGZ-instellingen vanaf 1 januari 2009 zelf verantwoordelijk worden voor de financiering van hun kapitaallasten. In de DBC-prijzen is dan een vergoedingscomponent voor de huisvesting opgenomen.

Als gevolg van deze veranderingen in de bekostiging van de kortdurende curatieve GGZ is de verwachting, dat de dynamiek op de GGZ-markt zal gaan toenemen. Niet alleen zullen nieuwe commerciële nichespelers toetreden, ook zullen de bestaande GGZ-instellingen proberen hun invloed buiten de eigen regio uit te breiden.

Versterken van de marktpositie en rendementsverbetering

Om als GGZ-instelling bestand te zijn tegen de toenemende concurrentie is het belangrijk de marktpositie te verbeteren c.q. te versterken. Ook zal het rendement van de GGZ-instelling moeten toenemen, om de noodzakelijke hogere solvabiliteit als gevolg van het grotere financiële risico van GGZ-instellingen, te kunnen realiseren.

Zoals figuur 3 aangeeft kan op verschillende wijzen de marktpositie worden versterkt en het rendement worden verbeterd. Bijvoorbeeld door de opbrengsten te verhogen met productinnovatie en nieuwe markten (aangrijpingspunt 1), de kosten te verlagen zodat een kostendekkende DBC-prijs wordt verkregen (aangrijpingspunt 2), het vermogensbeheer beter te organiseren (aangrijpingspunt 3) of te anticiperen op het toekomstperspectief met een klantgerichte strategie en positionering (aangrijpingspunt 4). In de hierna volgende hoofdstukken worden de verschillende aangrijpingspunten achtereenvolgens besproken.



Figuur 3: Aangrijpingspunten versterken marktpositie en rendementsverbetering GGZ-instellingen

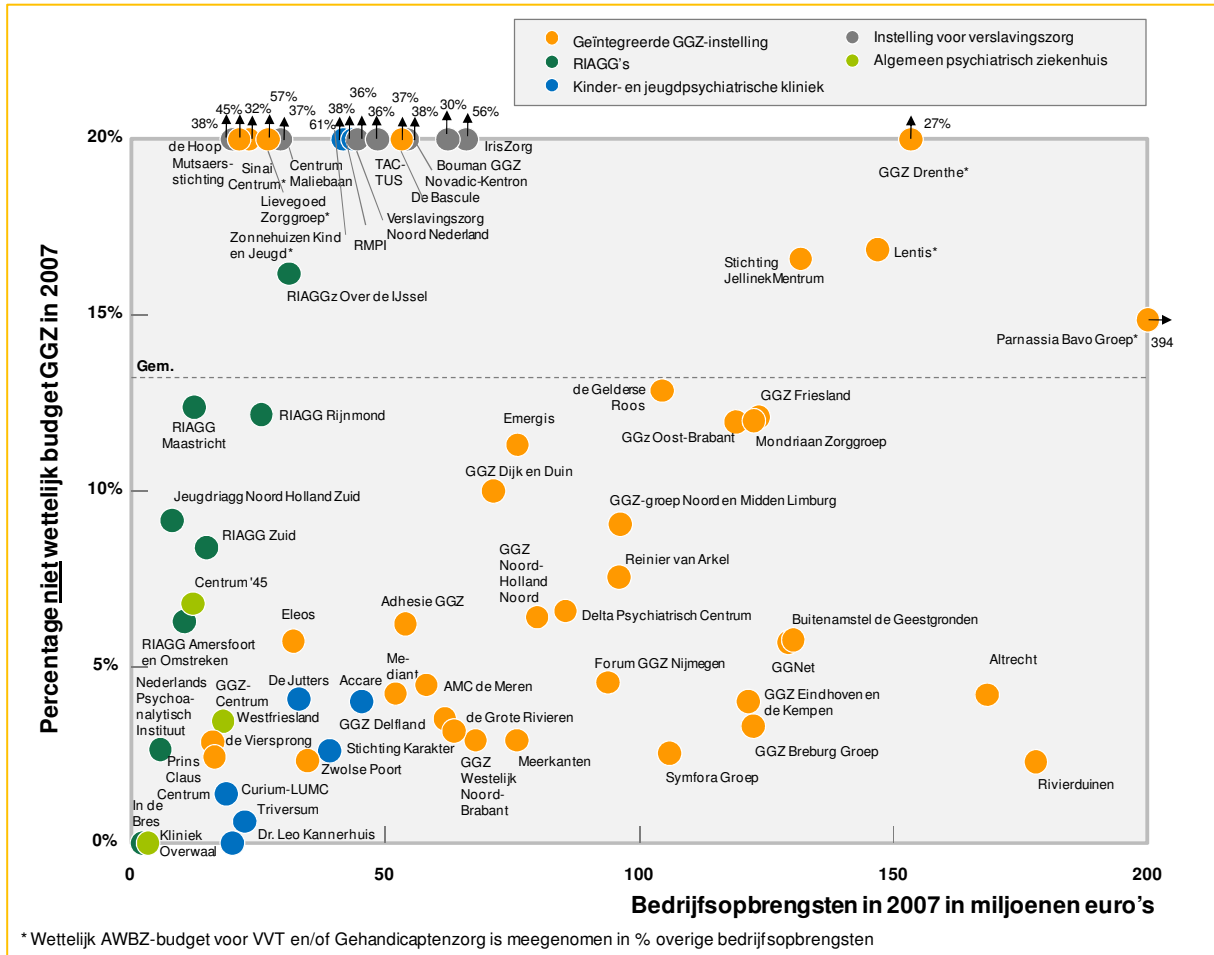
- Door de vanzelfsprekendheid van het budget van zorgkantoor weinig prikkels tot doelmatigheid
- De gemiddelde marge is gedaald van 1,5% in 2006 naar 1,1% in 2007
- Toenemende dynamiek door overheveling GGZ naar Zvw, introductie DBC-systematiek en stijging financieel risico
- Vier aangrijpingspunten om marktpositie te versterken en rendement te verbeteren: opbrengsten, kosten, vermogensbeheer en toekomstperspectief

Versterken van de marktpositie door productinnovatie en nieuwe markten

Overige bedrijfsopbrengsten 13% in 2007

Het eerste aangrijpingspunt om de marktpositie te versterken is gelegen aan de opbrengstenkant. In 2007 namen de bedrijfsopbrengsten bij 97% van de onderzochte GGZ-instellingen toe, gemiddeld met 7,4%. Vooral kinder- en jeugdpsychiatrische instellingen en instellingen voor verslavingszorg kenden in 2007 een relatief sterke groei van de opbrengsten ten opzichte van 2006. Zoals in figuur 4 weergegeven, genereerden de instellingen voor verslavingszorg ook relatief veel extra inkomsten, die niet afkomstig waren vanuit het wettelijk budget voor aanvaardbare kosten voor GGZ. Deze stroom van extra opbrengsten betroffen onder meer maatschappelijke opvang en reclassering. Ook 3 van de 5 grootste (geïntegreerde) GGZ-instellingen genereerden relatief veel extra

bedrijfsopbrengsten. Gemiddeld was 13% de bedrijfsopbrengsten van de 63 onderzochte GGZ-instellingen niet afkomstig vanuit het wettelijk budget voor aanvaardbare kosten voor GGZ. Behalve opbrengsten uit de eerder genoemde maatschappelijke opvang en reclassering kan hierbij gedacht worden aan extra opbrengsten uit onderwijs, subsidies voor specifieke projecten en private inkomsten. De marktpositie kan versterkt worden door minder afhankelijk te zijn van de opbrengsten uit het wettelijk budget. Dit kan enerzijds door nieuwe markten, met nieuwe producten te betreden of op bestaande markten nieuwe producten en service aan te bieden.



Figuur 4: Bedrijfsopbrengsten en percentage niet-wettelijk budget GGZ in 2007 van de individuele GGZ-instellingen

Nieuwe markt: arbeid en psyche

Een voorbeeld van een relatief nieuwe markt is arbeid en psyche. Psychische klachten veroorzaken een groot deel van het ziekteverzuim in Nederland. Bijna 10% van de werknemers die verzuimen heeft als oorzaak psychische stoornissen. Het verzuim door psychische klachten is veelal ook langdurig. Circa 36% van de langdurige (> 2 jaar) arbeidsongeschiktheid wordt veroorzaakt door psychische klachten. De krapte op de arbeidsmarkt en de vergrijzing dragen bij aan de noodzaak van de werkgever om te investeren in de gezondheid, vitaliteit en productiviteit van zijn werknemers. GGZ-instellingen kunnen hierop inspelen door specifieke dienstverlening aan te bieden aan de werkgevers. HSK-groep is een voorbeeld van een (niet-reguliere-) GGZ-instelling die zich reeds op deze markt richt. Ook richting de zorgverzekeraar als 'nieuwe' onderhandelingspartner, kan dienstverlening voor de doelgroep werknemers worden aangeboden. Voor zorgverzekeraars is dit aantrekkelijk gezien het feit dat werkgevers voor hen een

belangrijk distributiekanaal vormen.

Ongeveer 40% van de Nederlanders is bij een zorgverzekeraar via een collectiviteit van de werkgever verzekerd.

Nieuwe producten: e-health en combinatie zorg en luxe

E-health staat voor elektronische gezondheid, ofwel zorg via internet. E-health binnen de GGZ is in ontwikkeling. GGZ-instellingen maken steeds meer gebruik van e-health toepassingen in hun primaire proces (de zorgverlening) en de contacten met (potentiële) patiënten. Hierbij is nog een grote variatie aanwezig in de mate/vorm waarin e-health wordt toegepast en aangeboden. E-health leent zich voor, zowel preventie, als hulpverlening. Een bekend voorbeeld is Interapy. Verschillende GGZ-instellingen hebben reeds websites met zelftests en de mogelijkheid om online behandeld te worden. Bijvoorbeeld in de vorm van 'groepchat' of individueel. Annazorg is een voorbeeld van een GGZ-instelling waar de behandeling hoofdzakelijk via het internet

plaatsvindt. Maar ook, indien nodig, door telefonische en face-to-face gesprekken.

Een ander voorbeeld van productinnovatie is de combinatie van zorg en luxe. Er is een (vermogende) doelgroep die behoefte heeft aan luxe dienstverlening. Zij wensen de behandeling te combineren met een verblijf in een weldadige omgeving. Een voorbeeld is de buitenlandse privé-afkickkliniek Addiction Solutions. Maar ook in Nederland bestaat sinds enkele jaren een kliniek in de duurdere prijsklasse: Jellinek Privé, als 'luxe-label' van de GGZ-instelling Jellinek-Mentrum. Eind dit jaar wordt dit aanbod uitgebreid met Jellinek Retreat, een kliniek met 20 bedden op Curaçao. Tot slot is er nog een groep reguliere GGZ-instellingen, waaronder GGZ Noord- en Midden-Limburg en Iriszorg, die onder de naam RosaSana het initiatief heeft genomen voor een resort voor 'lifestyleproblemen'.

- De marktpositie kan worden versterkt door nieuwe markten te betreden of bestaande markten nieuwe producten en service te bieden
- Krapte op de arbeidsmarkt en vergrijzing noodzaken werkgevers te investeren in de gezondheid van hun werknemers
- E-health leent zich voor zowel preventie als hulpverlening
- Er is een doelgroep die behoefte heeft aan luxe dienstverlening

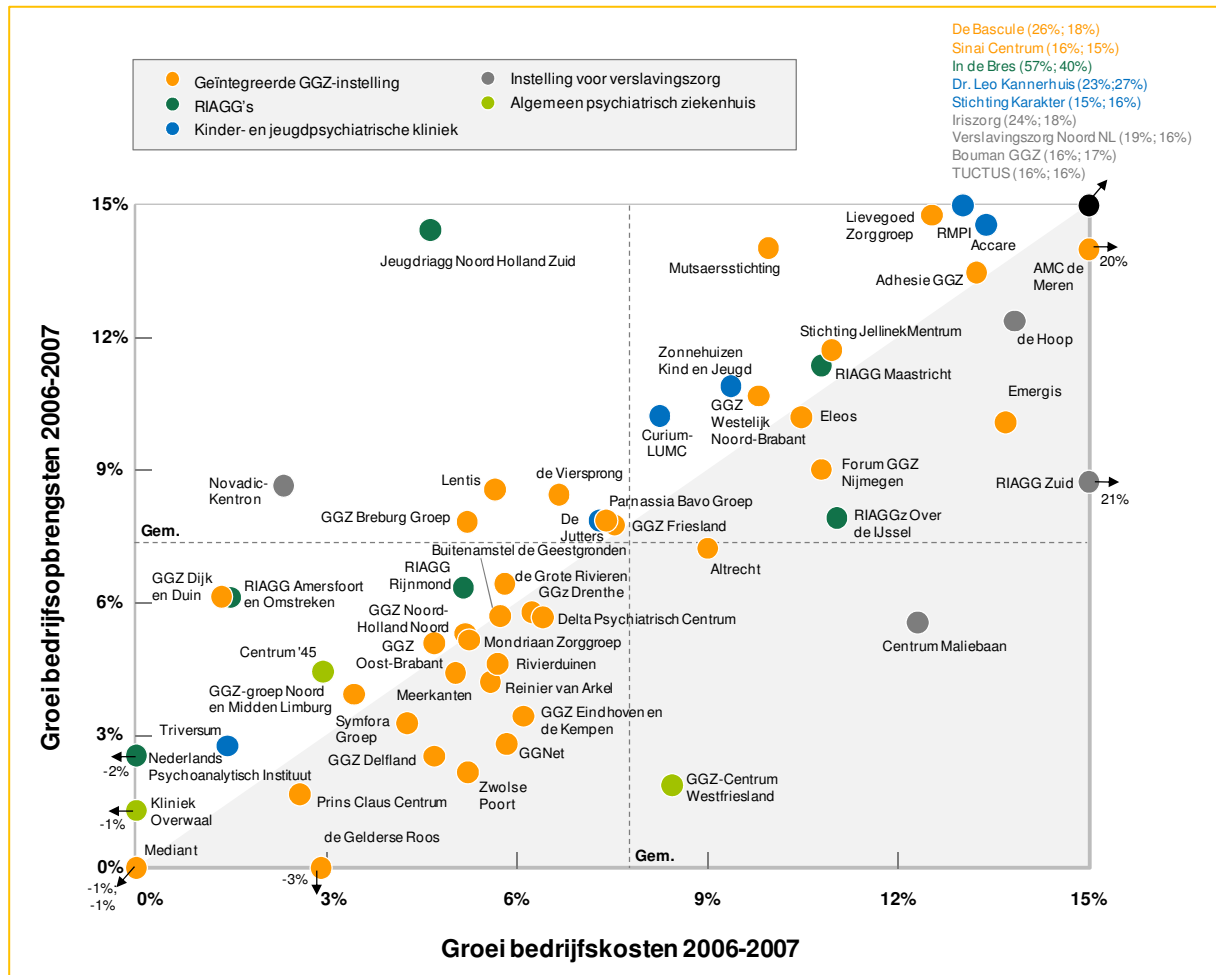
Rendement verbeteren door kostendekkende DBC-prijs

Kosten stijgen harder dan de opbrengsten

Ondanks een gemiddelde toename van 7,4% van de bedrijfsopbrengsten is het rendement van de GGZ-instellingen in 2007 gedaald. Dit is veroorzaakt door de sterkere toename van de bedrijfskosten van gemiddeld 7,8%. Ofwel, de kosten zijn in 2007 harder gestegen dan de opbrengsten. In figuur 5 is de stijging van de bedrijfsopbrengsten voor individuele GGZ-instellingen afgezet ten opzichte van de stijging van de bedrijfskosten. Bij de GGZ-instellingen die in het witte vlak liggen, stegen de bedrijfsopbrengsten in 2007 sterker dan de bedrijfskosten. Daarentegen stegen bij de GGZ-instellingen in het licht grijze vlak de bedrijfskosten juist sterker dan de bedrijfsopbrengsten. Voor deze groep is een grondige analyse en verbeteringsactiviteiten aan de kostenzijde effectiever dan aan de opbrengstenzijde.

Personeel driekwart van de totale kosten

Met de toenemende dynamiek in de GGZ-markt zullen GGZ-instellingen gedwongen worden meer aandacht te hebben voor de bedrijfsvoering en de kosten ervan. Personeelskosten vormen het grootste deel, bijna driekwart, van de totale bedrijfskosten. Een adequaat personeelsbeleid is dan ook essentieel voor een GGZ-instelling. Het ziekteverzuim en verlooppercentage zijn enkele indicatoren hiervoor. Het ziekteverzuim (exclusief zwangerschapsverlof) bij de 63 onderzochte GGZ-instellingen ligt met 5,0% in 2007 iets onder het gemiddelde verzuimpercentage van 5,3% voor de totale gezondheids- en welzijnsector. Het gemiddelde verlooppercentage bij GGZ-instellingen is gemiddeld 17%. In vergelijking met het landelijk niveau is dat hoog, daar ligt het aantal werknemers dat van baan is verwisseld de laatste jaren rond de 6%.



Figuur 5: Groei bedrijfskosten en groei bedrijfsopbrengsten 2006-2007 van de individuele GGZ-instellingen

Een ander aspect betreft het gemiddelde parttime percentage. In 2007 lag het gemiddelde parttime percentage bij de GGZ-instellingen op 75%. Dit percentage is hoger dan het gemiddelde van 71% voor de totale gezondheids- en welzijnsector. Maar daarentegen weer lager dan het landelijk gemiddelde parttime percentage van 80%.

Inzicht in kostendekkende zorgproducten

Met de invoering van de DBC-systematiek worden de kosten van de GGZ transparanter. Enerzijds kunnen zorgverzekeraars bij de onderhandelingen de prijzen van GGZ-instellingen voor gelijke zorgproducten met elkaar vergelijken. Anderzijds stimuleert de DBC-financiering GGZ-instellingen om intern de afgesproken DBC-prijs met de zorgverzekeraar te vergelijken met de daadwerkelijke kostprijs van het zorgproduct. Hierdoor wordt inzicht verkregen in die product-marktcombinaties (PMC's) die positief dan wel negatief bijdragen aan het

bedrijfsresultaat. Voor PMC's die negatief bijdragen aan het bedrijfsresultaat kan het noodzakelijk zijn om bij deze zorgproducten delen van het productieproces te standaardiseren. Dit is dan met name mogelijk bij de enkelvoudige niet-complexe zorg. Deze zorg kan dan het beste buiten de traditionele GGZ-instellingen plaatsvinden in zelfstandige organisaties. Een beweging die vergelijkbaar is met de ZBC-ontwikkeling op de ziekenhuismarkt.

- De bedrijfskosten van GGZ-instellingen stegen in 2007 gemiddeld harder dan de bedrijfsopbrengsten
- Personeelskosten vormen bijna driekwart van de totale bedrijfskosten
- DBC-systematiek stimuleert inzicht in zorgproducten die bijdragen aan een positief resultaat

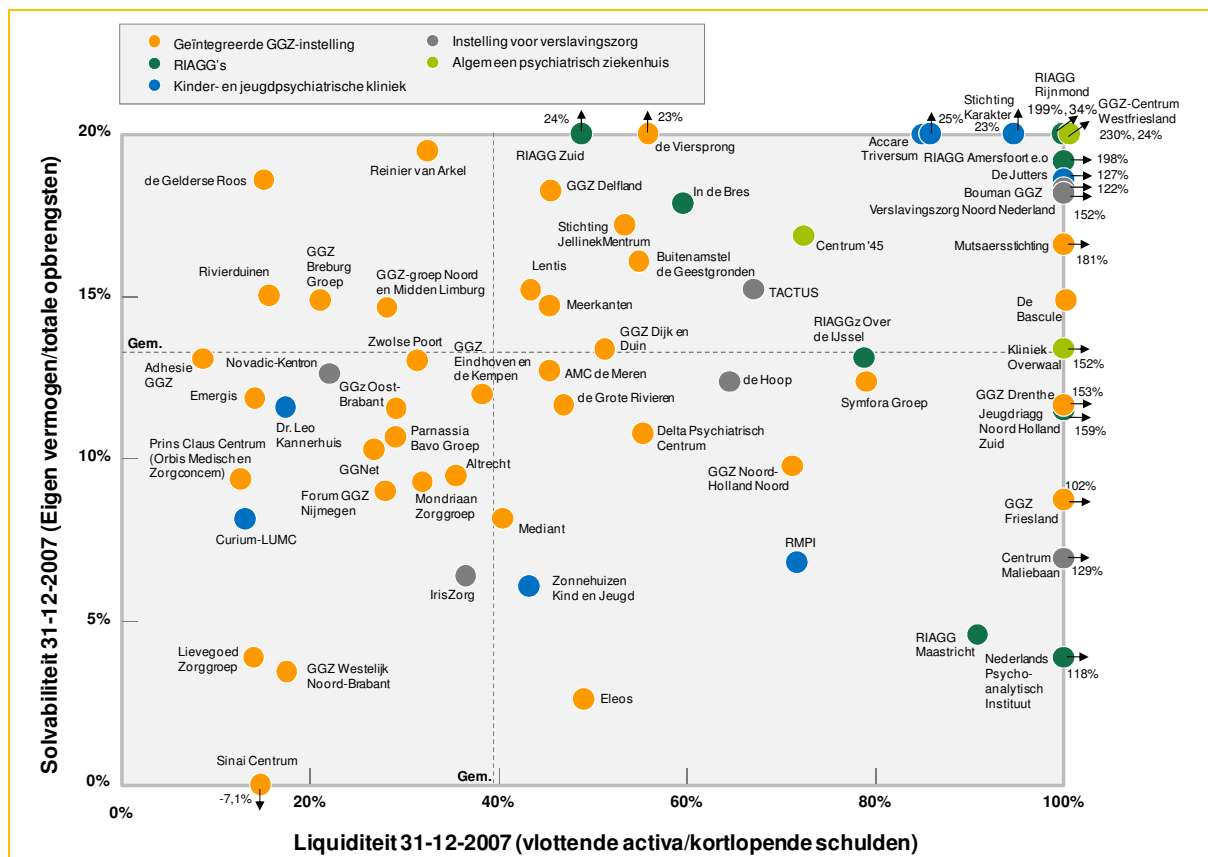
Rendement verbeteren door goed vermogensbeheer

Toenemend risico t.a.v. investeringen

De GGZ is een sector met veel verschillende doelgroepen, die veelal in uiteenlopende, specifieke gebouwen zijn gehuisvest. GGZ-instellingen bezitten dan ook vaak een groot aantal gebouwen, verspreid over verschillende locaties, dikwijls in het buitengebied. Tot nu toe lopen GGZ-instellingen met dit vastgoed weinig risico. Kapitaallasten worden automatisch nagecalculeerd, rente en afschrijvingen worden volledig vergoed. Vanaf 1 januari 2009 zal dit niet meer het geval zijn. Door de introductie van (gereguleerde) marktwerking en prestatiebekostiging zullen GGZ-instellingen dan zelf verantwoordelijk zijn voor de financiering van hun kapitaallasten. Consequentie zal zijn, dat veel GGZ-instellingen nieuwe keuzes moeten maken. Tussen huur en koop, tussen algemene en gespecialiseerde bouw, tussen groot- en kleinschalig, in het bos of juist in de stad. 'Toekomstgericht bouwen' met een hoge mate van flexibiliteit wordt essentieel om adequaat op de veranderende GGZ-markt

in te kunnen spelen. Daarbij dient ook gekeken te worden naar de mogelijkheden van betere benutting van het huidige vastgoed en alternatieve aanwendbaarheid van (delen van de) terreinen.

Vergoeding van kosten zal plaatsvinden op basis van de gerealiseerde productie. In deze vergoeding is ook een component voor de huisvesting opgenomen, waarmee GGZ-instellingen hun huisvesting moeten financieren. Dit betekent dat instellingen te maken krijgen met een nieuw bedrijfsrisico: bij onderbezetting of leegstand worden niet langer alle huisvestingskosten vergoed. Voor een instelling met teveel of te dure vierkante meters kan dat tot een nadelige exploitatie leiden, met gevolgen voor de marktpositie. Als gevolg hiervan zullen kapitaalverschaffers meer eisen gaan stellen bij het afsluiten van een lening voor de financiering van nieuw- of verbouwplannen. Bijvoorbeeld ten aanzien van het verwachte rendement en de vereiste solvabiliteitsmarge.



Figuur 6: Solvabiliteit en liquiditeit per 31-12-2007 van de individuele GGZ-instellingen

Solvabiliteit moet in toekomst omhoog

De solvabiliteit geeft de financiële draagkracht op lange termijn weer. De solvabiliteit geeft aan of een GGZ-instelling voldoende eigen vermogen heeft om een periode op te vangen waarin tijdelijk minder opbrengsten worden gegenereerd. De solvabiliteitsratio wordt berekend door het eigen vermogen te delen door de totale opbrengsten. In het verleden hanteerde het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WfZ) een vermogens eis van een solvabiliteitsratio van 8%. In de toekomstige situatie zal naar verwachting dit percentage, door het toegenomen financiële risico van instellingen, omhoog gaan in de richting van de (marktconforme) 25%. Zoals in figuur 6 weergegeven, verkeert in 2007 97% van de GGZ-instellingen nog onder de norm van 25%, en 17% van de onderzochte instellingen verkeert zelfs onder de huidige norm van 8%. De drie algemene psychiatrische ziekenhuizen hebben een relatief hoge solvabiliteit, waarmee ze het negatieve resultaat van 2007 kunnen opvangen. Ook de RIAGG's

scoren relatief goed. Vier van de acht onderzochte RIAGG's hebben een relatief hoge solvabiliteit.

In figuur 6 is ook de liquiditeit van de onderzochte GGZ-instellingen weergegeven. De liquiditeit geeft aan in welke mate een instelling aan haar lopende betalingsverplichtingen kan voldoen. De liquiditeitsratio wordt berekend door de vlottende activa te delen door de kortlopende schulden. De gemiddelde liquiditeitsratio van de GGZ-instellingen is afgenomen van 42% eind 2006 naar 39% eind 2007. Door de invoering van de DBC-financiering in 2008 hebben enerzijds verschillende GGZ-instellingen liquiditeitsbehoeften. GGZ-instellingen ontvangen immers niet langer voorschotten, maar krijgen de opbrengsten pas achteraf wanneer de DBC's zijn gesloten.

Anderzijds had circa 22% van de GGZ-instellingen meer vlottende activa dan kortlopende schulden op de balans per 31 december 2007. En 13% had zelfs een liquiditeitsratio van meer dan 150%. Deze

instellingen zouden zich juist de vraag kunnen stellen of het noodzakelijk is om de huidige liquide middelen aan te houden of dat het aantrekkelijker is om deze gelden te investeren voor de lange termijn.

- Vanaf 1-1-2009 worden GGZ-instellingen zelf verantwoordelijk voor de financiering van hun investeringen
- Toekomstgericht bouwen met een hoge mate van flexibiliteit wordt essentieel
- Eind 2007 lag bij 97% van de GGZ-instellingen de solvabiliteitsratio < 25% en bij 17% zelf < 8%-norm
- De gemiddelde liquiditeitsratio van de GGZ-instellingen is afgenomen van 42% eind 2006 naar 39% eind 2007

Versterken marktpositie door klantgerichte strategie

Toekomstperspectief

De toenemende dynamiek in de GGZ-markt zal ertoe leiden dat GGZ-instellingen zich steeds meer gaan verdiepen in hun toekomstperspectief. Zij zullen zich heroriënteren op hun huidige product/markt portfolio (PMC's) en zich de volgende vragen stellen. Op welke doelgroepen richten wij ons met de GGZ-instelling? Wat zijn de behoeften van deze doelgroepen? Op welke gebieden willen wij ons onderscheiden als GGZ-instelling? Op prijs, kwaliteit of innovatieve zorgproducten/dienstverlening? En kunnen wij zelfstandig blijven of moeten we een samenwerking aangaan? GGZ-instellingen en hun personeelsleden zullen hun veelal nog aanbodgerichte karakter moeten ombuigen naar meer klant- en servicegerichtheid, om zodoende beter in te kunnen spelen op de behoeften van hun klanten en daarmee hun marktpositie te versterken.

GGZ-instellingen hebben met verschillende type klantgroepen te maken: gebruikers, verwijzers en betalers c.q. inkopers (i.c. zorgverzekeraars). Deze laatste genoemde 'klantgroep' zal in de toekomst steeds meer gaan sturen op kwalitatief goede GGZ-dienstverlening tegen een zo laag mogelijk prijs. Zij zullen eisen stellen aan standaardisatie, transparantie en het volgen van 'evidence-based' richtlijnen. De zorgverzekeraars zullen zich bij de inkoop van de GGZ laten leiden door de behoeften van de (werkgevers)collectiviteiten en de verzekerde c.q. eindgebruiker. Deze eindgebruiker wil kunnen kiezen en heeft behoefte aan meer differentiatie in de GGZ-markt.

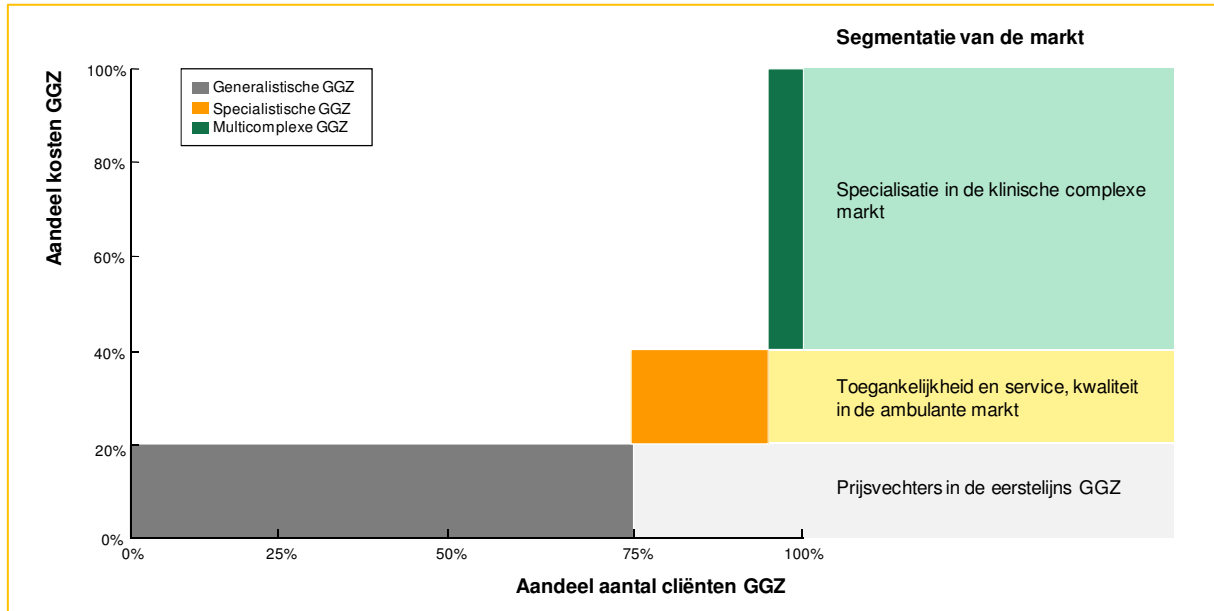
Differentiatie

Differentiatie begint geleidelijk te ontstaan in de GGZ-markt. Er komen nieuwe aanbieders, vooral in de eerste lijn zoals PsyQ en Indigo, als labels van grote

reguliere GGZ-instellingen. Sommige GGZ-instellingen treden toe tot conglomeraten om zodoende een full service concept aan te bieden. Voorbeelden hiervan zijn het Prins Claus Centrum in het Orbis Medisch en Zorgconcern en GGZ Drenthe in de Eevan Groep. Andere GGZ-instellingen gaan zich juist specialiseren en richten zich met een focused factory concept op een specifieke doelgroep. Bijvoorbeeld de HSK Groep en Arbeid & Psyche Nederland die zich richten op werknemers. Deze laatste genoemde aanbieder is een franchise-organisatie met een landelijk netwerk van instellingen. Naar verwachting zal de ontwikkeling van landelijke labels en franchise-formules in de toekomst verder doorzetten. Er zijn ook GGZ-instellingen die zich nadrukkelijk willen onderscheiden op kwaliteit. Verenigd in het samenwerkingsverband SynQuest zijn GGZ Delfland, Buitenamstel-de Geestgronden, GGZ Breeburg, GGZ-NHN, Rivierduinen, Adhesie GGZ en Reinier van Arkel, bezig een kwaliteitsformule te ontwikkelen voor GGZ-zorgbehandelingen.

Naar verwachting zal de concentratie van GGZ-instellingen doorzetten. Met de fusies wordt schaalgrootte gecreëerd en kunnen de fusiepartners profiteren van elkaars competenties.

Als gevolg van de veranderingen in de GGZ-markt zal er geleidelijk een segmentering van de markt plaatsvinden, zie figuur 7. Bij de eerstelijns GGZ waar het grootste deel van de klanten gebruik van maakt, zal met name geconcurrereerd worden op prijs. In de ambulante markt zijn toegankelijkheid, service en kwaliteit belangrijk. Tot slot in de klinische complexe markt, die verantwoordelijk is voor het grootste deel van de GGZ-kosten, zal meer specialisatie gaan plaatsvinden en zullen productinnovaties leiden tot nieuwe behandelingen en verbetering van de kwaliteit.



Figuur 7: segmentatie van de GGZ-markt

- GGZ-instellingen zullen zich in de toekomst gaan heroriënteren op hun product/markt portfolio
- GGZ-instellingen zullen beter moeten inspelen op de behoeften van hun klantgroepen
- Langzamerhand begint meer differentiatie te ontstaan
- Als gevolg van de veranderingen in de GGZ-markt zal geleidelijk een segmentering plaatsvinden

Tabellen

Tabel 1: Rendement 2007 en 2006 GGZ-instellingen

Instelling	Deelsector	Rendement ¹	
		2007	2006
Prins Claus Centrum	Geïntegreerde GGZ-instelling	7%	8%
Mutsaersstichting	Geïntegreerde GGZ-instelling	5%	1%
De Viersprong	Geïntegreerde GGZ-instelling	4%	3%
Stichting JellinekMentrum	Geïntegreerde GGZ-instelling	4%	3%
Delta Psychiatrisch Centrum	Geïntegreerde GGZ-instelling	3%	2%
Parnassia Bavo Groep	Geïntegreerde GGZ-instelling	2%	2%
GGZ Breburg Groep	Geïntegreerde GGZ-instelling	2%	0%
Meerkanten	Geïntegreerde GGZ-instelling	2%	3%
Mondriaan Zorggroep	Geïntegreerde GGZ-instelling	2%	3%
Symfora Groep	Geïntegreerde GGZ-instelling	2%	2%
De Grote Rivieren	Geïntegreerde GGZ-instelling	1%	1%
Rivierduinen	Geïntegreerde GGZ-instelling	1%	2%
Mediant	Geïntegreerde GGZ-instelling	1%	0%
Lentis	Geïntegreerde GGZ-instelling	1%	-1%
GGZ Friesland	Geïntegreerde GGZ-instelling	1%	0%
De Gelderse Roos	Geïntegreerde GGZ-instelling	1%	6%
Zwolse Poort	Geïntegreerde GGZ-instelling	1%	4%

Instelling	Deelsector	Rendement ¹ 2007	Rendement ¹ 2006
Buitenamstel de Geestgronden	Geïntegreerde GGZ-instelling	0%	0%
GGZ Dijk en Duin	Geïntegreerde GGZ-instelling	0%	-4%
GGZ-groep Noord en Midden Limburg	Geïntegreerde GGZ-instelling	0%	0%
GGZ Drenthe	Geïntegreerde GGZ-instelling	0%	1%
GGZ Noord-Holland Noord	Geïntegreerde GGZ-instelling	0%	1%
Forum GGZ Nijmegen	Geïntegreerde GGZ-instelling	0%	0%
GGZ Oost-Brabant	Geïntegreerde GGZ-instelling	0%	0%
GGZ Eindhoven en de Kempen	Geïntegreerde GGZ-instelling	0%	3%
Emergis	Geïntegreerde GGZ-instelling	0%	3%
Adhesie GGZ	Geïntegreerde GGZ-instelling	0%	1%
Eleos	Geïntegreerde GGZ-instelling	0%	0%
Lievegoed Zorggroep	Geïntegreerde GGZ-instelling	0%	-2%
Altrecht	Geïntegreerde GGZ-instelling	0%	1%
GGZ Westelijk Noord-Brabant	Geïntegreerde GGZ-instelling	0%	-1%
AMC de Meren	Geïntegreerde GGZ-instelling	0%	3%
De Bascule	Geïntegreerde GGZ-instelling	0%	6%
GGNet	Geïntegreerde GGZ-instelling	0%	3%

Instelling	Deelsector	Rendement ¹ 2007	Rendement ¹ 2006
GGZ Delfland	Geïntegreerde GGZ-instelling	-1%	1%
Reinier van Arkel	Geïntegreerde GGZ-instelling	-2%	-1%
Sinai Centrum	Geïntegreerde GGZ-instelling	-7%	-2%
RIAGG Rijnmond	RIAGG	9%	7%
Jeugdriagg Noord Holland Zuid	RIAGG	5%	-4%
RIAGG Amersfoort e.o.	RIAGG	3%	-2%
RIAGG Maastricht	RIAGG	1%	0%
Nederlands Psychoanalytisch Instituut	RIAGG	1%	-4%
RIAGGz Over de IJssel	RIAGG	0%	3%
In de Bres	RIAGG	-3%	10%
RIAGG Zuid	RIAGG	-5%	5%
Bouman GGZ	Instelling voor verslavingszorg	5%	4%
Verslavingszorg Noord Nederland	Instelling voor verslavingszorg	4%	7%
TACTUS	Instelling voor verslavingszorg	3%	3%
Novadic-Kentron	Instelling voor verslavingszorg	1%	-4%
De Hoop	Instelling voor verslavingszorg	0%	1%
Centrum Maliebaan	Instelling voor verslavingszorg	-4%	3%
IrisZorg	Instelling voor verslavingszorg	-4%	1%

Instelling	Deelsector	Rendement ¹ 2007	Rendement ¹ 2006
Stichting Karakter	Kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek	6%	4%
Triversum	Kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek	6%	4%
De Jutters	Kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek	5%	4%
Dr. Leo Kannerhuis	Kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek	4%	1%
RMPI	Kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek	3%	1%
Accare	Kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek	3%	1%
Curium-LUMC	Kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek	1%	-1%
Zonnehuizen Kind en Jeugd	Kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek	1%	0%
Kliniek Overwaal	Algemeen psychiatrisch ziekenhuis	-1%	-3%
Centrum '45	Algemeen psychiatrisch ziekenhuis	-1%	-2%
GGZ-Centrum Westfriesland	Algemeen psychiatrisch ziekenhuis	-5%	1%

¹ Rendement is resultaat uit gewone bedrijfsvoering / totale opbrengsten

Tabel 2: Bedrijfsopbrengsten 2007 GGZ-instellingen

Instelling	Deelsector	Totale baten 2007	% overige bedrijfs- opbrengsten
Parnassia Bavo Groep*	Geïntegreerde GGZ-instelling	393.871.947	15%
Rivierduinen	Geïntegreerde GGZ-instelling	177.989.000	2%
Altrecht	Geïntegreerde GGZ-instelling	168.455.000	4%
GGZ Drenthe*	Geïntegreerde GGZ-instelling	153.392.000	27%
Lentis*	Geïntegreerde GGZ-instelling	146.851.944	17%
Stichting JellinekMentrum	Geïntegreerde GGZ-instelling	131.706.000	17%
Buitenamstel de Geestgronden	Geïntegreerde GGZ-instelling	130.265.521	6%
GGNet	Geïntegreerde GGZ-instelling	129.311.000	6%
GGZ Friesland	Geïntegreerde GGZ-instelling	123.476.476	12%
Mondriaan Zorggroep	Geïntegreerde GGZ-instelling	122.533.000	12%
GGZ Breburg Groep	Geïntegreerde GGZ-instelling	122.386.000	3%
GGZ Eindhoven en de Kempen	Geïntegreerde GGZ-instelling	121.478.104	4%
GGZ Oost-Brabant	Geïntegreerde GGZ-instelling	119.080.450	12%
Symfora Groep	Geïntegreerde GGZ-instelling	105.997.000	3%
De Gelderse Roos	Geïntegreerde GGZ-instelling	104.554.740	13%
GGZ-groep Noord en Midden Limburg	Geïntegreerde GGZ-instelling	96.149.871	9%
Reinier van Arkel	Geïntegreerde GGZ-instelling	95.961.498	8%

Instelling	Deelsector	Totale baten 2007	% overige bedrijfs- opbrengsten
Forum GGZ Nijmegen	Geïntegreerde GGZ-instelling	93.820.536	5%
Delta Psychiatrisch Centrum	Geïntegreerde GGZ-instelling	85.517.345	7%
GGZ Noord-Holland Noord	Geïntegreerde GGZ-instelling	79.921.321	6%
Emergis	Geïntegreerde GGZ-instelling	75.914.000	11%
Meerkanten	Geïntegreerde GGZ-instelling	75.791.215	3%
GGZ Dijk en Duin	Geïntegreerde GGZ-instelling	71.152.551	10%
GGZ Westelijk Noord-Brabant	Geïntegreerde GGZ-instelling	67.763.000	3%
De Grote Rivieren	Geïntegreerde GGZ-instelling	63.458.000	3%
GGZ Delfland	Geïntegreerde GGZ-instelling	61.709.199	4%
AMC de Meren	Geïntegreerde GGZ-instelling	58.108.287	5%
Adhesie GGZ	Geïntegreerde GGZ-instelling	53.907.000	6%
De Bascule	Geïntegreerde GGZ-instelling	53.260.441	37%
Mediant	Geïntegreerde GGZ-instelling	52.027.644	4%
Zwolse Poort	Geïntegreerde GGZ-instelling	34.635.831	2%
Eleos	Geïntegreerde GGZ-instelling	31.913.717	6%
Lievegoed Zorggroep*	Geïntegreerde GGZ-instelling	26.957.601	57%
Sinai Centrum*	Geïntegreerde GGZ-instelling	23.266.790	32%
Mutsaersstichting	Geïntegreerde GGZ-instelling	20.543.571	45%
Prins Claus Centrum	Geïntegreerde GGZ-instelling	16.475.288	2%

Instelling	Deelsector	Totale baten 2007	% overige bedrijfs- opbrengsten
De Viersprong	Geïntegreerde GGZ-instelling	16.116.607	3%
RIAGGz Over de IJssel	RIAGG	31.022.762	16%
RIAGG Rijnmond	RIAGG	25.628.597	12%
RIAGG Zuid	RIAGG	14.792.017	8%
RIAGG Maastricht	RIAGG	12.419.400	12%
RIAGG Amersfoort e.o	RIAGG	10.418.367	6%
Jeugdriagg Noord Holland Zuid	RIAGG	8.119.810	9%
Nederlands Psychoanalytisch Instituut	RIAGG	5.702.264	3%
In de Bres	RIAGG	2.242.973	0%
IrisZorg	Instelling voor verslavingszorg	65.938.046	56%
Bouman GGZ	Instelling voor verslavingszorg	62.257.199	30%
Novadic-Kentron	Instelling voor verslavingszorg	54.050.566	38%
TACTUS	Instelling voor verslavingszorg	48.435.439	36%
Verslavingszorg Noord Nederland	Instelling voor verslavingszorg	43.949.889	36%
Centrum Maliebaan	Instelling voor verslavingszorg	29.349.217	37%
De Hoop	Instelling voor verslavingszorg	20.140.599	38%
Accare	Kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek	45.403.063	4%

Instelling	Deelsector	Totale baten 2007	% overige bedrijfs- opbrengsten
RMPI	Kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek	43.641.176	38%
Zonnehuizen Kind en Jeugd*	Kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek	41.626.264	61%
Stichting Karakter	Kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek	38.991.965	3%
De Jutters	Kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek	32.950.000	4%
Triversum	Kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek	22.303.697	1%
Dr. Leo Kannerhuis	Kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek	19.910.574	0%
Curium-LUMC	Kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek	18.741.684	1%
GGZ-Centrum Westfriesland	Algemeen psychiatrisch ziekenhuis	18.066.829	3%
Centrum '45	Algemeen psychiatrisch ziekenhuis	12.147.393	7%
Kliniek Overwaal	Algemeen psychiatrisch ziekenhuis	2.749.420	0%

* Wettelijk AWBZ-budget voor VVT en/of gehandicaptenzorg is meegenomen in % overige bedrijfsopbrengsten

Tabel 3: Groei bedrijfskosten en opbrengsten 2006-2007 GGZ-instellingen

Instelling	Deelsector	Groei bedrijfskosten 2006-2007	Groei bedrijfsopbrengsten 2006-2007
De Bascule	Geïntegreerde GGZ-instelling	26%	18%
AMC de Meren	Geïntegreerde GGZ-instelling	20%	14%
Sinai Centrum	Geïntegreerde GGZ-instelling	16%	15%
Emergis	Geïntegreerde GGZ-instelling	14%	10%
Adhesie GGZ	Geïntegreerde GGZ-instelling	13%	13%
Lievegoed Zorggroep	Geïntegreerde GGZ-instelling	13%	15%
Stichting JellinekMentrum	Geïntegreerde GGZ-instelling	11%	12%
Forum GGZ Nijmegen	Geïntegreerde GGZ-instelling	11%	9%
Eleos	Geïntegreerde GGZ-instelling	10%	10%
Mutsaersstichting	Geïntegreerde GGZ-instelling	10%	14%
GGZ Westelijk Noord-Brabant	Geïntegreerde GGZ-instelling	10%	11%
Altrecht	Geïntegreerde GGZ-instelling	9%	7%
GGZ Friesland	Geïntegreerde GGZ-instelling	8%	8%
Parnassia Bavo Groep	Geïntegreerde GGZ-instelling	7%	8%
De Viersprong	Geïntegreerde GGZ-instelling	7%	8%
Delta Psychiatrisch Centrum	Geïntegreerde GGZ-instelling	6%	6%
GGZ Drenthe	Geïntegreerde GGZ-instelling	6%	6%

Instelling	Deelsector	Groei bedrijfs- kosten 2006-2007	Groei bedrijfs- opbrengsten 2006-2007
GGZ Eindhoven en de Kempen	Geïntegreerde GGZ-instelling	6%	3%
GGNet	Geïntegreerde GGZ-instelling	6%	3%
De Grote Rivieren	Geïntegreerde GGZ-instelling	6%	6%
Buitenamstel de Geestgronden	Geïntegreerde GGZ-instelling	6%	6%
Rivierduinen	Geïntegreerde GGZ-instelling	6%	5%
Lentis	Geïntegreerde GGZ-instelling	6%	9%
Reinier van Arkel	Geïntegreerde GGZ-instelling	6%	4%
Mondriaan Zorggroep	Geïntegreerde GGZ-instelling	5%	5%
Zwolse Poort	Geïntegreerde GGZ-instelling	5%	2%
GGZ Breburg Groep	Geïntegreerde GGZ-instelling	5%	8%
GGZ Noord-Holland Noord	Geïntegreerde GGZ-instelling	5%	5%
Meerkanten	Geïntegreerde GGZ-instelling	5%	4%
GGZ Delfland	Geïntegreerde GGZ-instelling	5%	3%
GGZ Oost-Brabant	Geïntegreerde GGZ-instelling	5%	5%
Symfora Groep	Geïntegreerde GGZ-instelling	4%	3%
GGZ-groep Noord en Midden Limburg	Geïntegreerde GGZ-instelling	3%	4%
De Gelderse Roos	Geïntegreerde GGZ-instelling	3%	-3%

Instelling	Deelsector	Groei bedrijfs- kosten 2006-2007	Groei bedrijfs- opbrengsten 2006-2007
Prins Claus Centrum	Geïntegreerde GGZ-instelling	3%	2%
GGZ Dijk en Duin	Geïntegreerde GGZ-instelling	1%	6%
Mediant	Geïntegreerde GGZ-instelling	-1%	-1%
In de Bres	RIAGG	57%	40%
RIAGG Zuid	RIAGG	21%	9%
RIAGGz Over de IJssel	RIAGG	11%	8%
RIAGG Maastricht	RIAGG	11%	11%
RIAGG Rijnmond	RIAGG	5%	6%
Jeugdriagg Noord Holland Zuid	RIAGG	5%	14%
RIAGG Amersfoort e.o	RIAGG	1%	6%
Nederlands Psychoanalytisch Instituut	RIAGG	-2%	3%
IrisZorg	Instelling voor verslavingszorg	24%	18%
Verslavingszorg Noord NL	Instelling voor verslavingszorg	19%	16%
TACTUS	Instelling voor verslavingszorg	16%	16%
Bouman GGZ	Instelling voor verslavingszorg	16%	17%
De Hoop	Instelling voor verslavingszorg	14%	12%
Centrum Maliebaan	Instelling voor verslavingszorg	12%	6%
Novadic-Kentron	Instelling voor verslavingszorg	2%	9%

Instelling	Deelsector	Groei bedrijfs- kosten 2006-2007	Groei bedrijfs- opbrengsten 2006-2007
Dr. Leo Kannerhuis	Kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek	23%	27%
Stichting Karakter	Kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek	15%	16%
Accare	Kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek	13%	15%
RMPI	Kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek	13%	15%
Zonnehuizen Kind en Jeugd	Kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek	9%	11%
Curium-LUMC	Kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek	8%	10%
De Jutters	Kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek	7%	8%
Triversum	Kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek	1%	3%
GGZ-Centrum Westfriesland	Algemeen psychiatrisch ziekenhuis	8%	2%
Centrum '45	Algemeen psychiatrisch ziekenhuis	3%	4%
Kliniek Overwaal	Algemeen psychiatrisch ziekenhuis	-1%	1%

Tabel 4: Solvabiliteit en liquiditeit 31-12-2007 GGZ-instellingen

Instelling	Deelsector	Solvabiliteit² 31-12-2007	Liquiditeit³ 31-12-2007
De Viersprong	Geïntegreerde GGZ-instelling	23%	56%
Reinier van Arkel	Geïntegreerde GGZ-instelling	19%	32%
De Gelderse Roos	Geïntegreerde GGZ-instelling	19%	15%
GGZ Delfland	Geïntegreerde GGZ-instelling	18%	46%
Stichting JellinekMentrum	Geïntegreerde GGZ-instelling	17%	53%
Mutsaersstichting	Geïntegreerde GGZ-instelling	17%	181%
Buitenamstel de Geestgronden	Geïntegreerde GGZ-instelling	16%	55%
Lentis	Geïntegreerde GGZ-instelling	15%	43%
Rivierduinen	Geïntegreerde GGZ-instelling	15%	16%
De Bascule	Geïntegreerde GGZ-instelling	15%	100%
GGZ Breburg Groep	Geïntegreerde GGZ-instelling	15%	21%
Meerkanten	Geïntegreerde GGZ-instelling	15%	45%
GGZ-groep Noord en Midden Limburg	Geïntegreerde GGZ-instelling	15%	28%
GGZ Dijk en Duin	Geïntegreerde GGZ-instelling	13%	51%
Adhesie GGZ	Geïntegreerde GGZ-instelling	13%	9%
Zwolse Poort	Geïntegreerde GGZ-instelling	13%	31%
AMC de Meren	Geïntegreerde GGZ-instelling	13%	45%

Instelling	Deelsector	Solvabiliteit² 31-12-2007	Liquiditeit³ 31-12-2007
Symfora Groep	Geïntegreerde GGZ-instelling	12%	79%
GGZ Eindhoven en de Kempen	Geïntegreerde GGZ-instelling	12%	38%
Emergis	Geïntegreerde GGZ-instelling	12%	14%
De Grote Rivieren	Geïntegreerde GGZ-instelling	12%	47%
GGZ Drenthe	Geïntegreerde GGZ-instelling	12%	153%
GGZ Oost-Brabant	Geïntegreerde GGZ-instelling	12%	29%
Delta Psychiatrisch Centrum	Geïntegreerde GGZ-instelling	11%	55%
Parnassia Bavo Groep	Geïntegreerde GGZ-instelling	11%	29%
GGNet	Geïntegreerde GGZ-instelling	10%	27%
GGZ Noord-Holland Noord	Geïntegreerde GGZ-instelling	10%	71%
Altrecht	Geïntegreerde GGZ-instelling	10%	35%
Prins Claus Centrum (Orbis Medisch en Zorgconcern)	Geïntegreerde GGZ-instelling	9%	13%
Mondriaan Zorggroep	Geïntegreerde GGZ-instelling	9%	32%
Forum GGZ Nijmegen	Geïntegreerde GGZ-instelling	9%	28%
GGZ Friesland	Geïntegreerde GGZ-instelling	9%	102%
Mediant	Geïntegreerde GGZ-instelling	8%	40%
Lievegoed Zorggroep	Geïntegreerde GGZ-instelling	4%	14%
GGZ Westelijk Noord-Brabant	Geïntegreerde GGZ-instelling	3%	18%

Instelling	Deelsector	Solvabiliteit ²	Liquiditeit ³
		31-12-2007	31-12-2007
Eleos	Geïntegreerde GGZ-instelling	3%	49%
Sinai Centrum	Geïntegreerde GGZ-instelling	-7%	15%
RIAGG Rijnmond	RIAGG	34%	199%
RIAGG Zuid	RIAGG	24%	49%
RIAGG Amersfoort e.o.	RIAGG	19%	198%
In de Bres	RIAGG	18%	60%
RIAGGz Over de IJssel	RIAGG	13%	79%
Jeugdriagg Noord Holland Zuid	RIAGG	11%	159%
RIAGG Maastricht	RIAGG	5%	91%
Nederlands Psychoanalytisch Instituut	RIAGG	4%	118%
Bouman GGZ	Instelling voor verslavingszorg	18%	122%
Verslavingszorg Noord NL	Instelling voor verslavingszorg	18%	152%
TACTUS	Instelling voor verslavingszorg	15%	67%
Novadic-Kentron	Instelling voor verslavingszorg	13%	22%
De Hoop	Instelling voor verslavingszorg	12%	64%
Centrum Maliebaan	Instelling voor verslavingszorg	7%	129%
IrisZorg	Instelling voor verslavingszorg	6%	36%
Triversum	Kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek	25%	86%

Instelling	Deelsector	Solvabiliteit² 31-12-2007	Liquiditeit³ 31-12-2007
Stichting Karakter	Kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek	23%	95%
Accare	Kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek	20%	85%
De Jutters	Kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek	19%	127%
Dr. Leo Kannerhuis	Kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek	12%	17%
Curium-LUMC	Kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek	8%	13%
RMPI	Kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek	7%	72%
Zonnehuizen Kind en Jeugd	Kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek	6%	43%
GGZ-Centrum Westfriesland	Algemeen psychiatrisch ziekenhuis	24%	230%
Centrum '45	Algemeen psychiatrisch ziekenhuis	17%	72%
Kliniek Overwaal	Algemeen psychiatrisch ziekenhuis	13%	152%

² Solvabiliteit: eigen vermogen/totale bedrijfsopbrengsten

³ Liquiditeit: vlottende activa/kortlopende schulden

Geraadpleegde bronnen

- Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Statline databank
- College bouw zorginstellingen. In Perspectief. Vastgoedbeheer in de GGZ. Utrecht, juni 2007
- Erasmus Universiteit Rotterdam, Drs. R. Bijkerk. Ondernemen in de GGZ. Uit idealisme of door overlevingsdrang? Rotterdam, maart 2007
- Ministerie van VWS. Met zorg ondernemen. Den Haag, juli 2007
- RIVM. Zorgbalans 2008. Bilthoven, mei 2008
- TNO Kwaliteit van leven. Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden 2007. Hoofddorp, april 2008
- Universiteit van Tilburg, Prof. Dr. R.T.J.M. Janssen. De markt van de GGZ in ontwikkeling. Invitational Conference. Vraagsturing en klantstrategieën in de AWBZ. Ammerzoden, oktober 2006
- UWV. Kwantitatieve informatie 4e kwartaal 2007. Amsterdam, 2008
- Jaarverslagen, jaarrekeningen en jaardocumenten Maatschappelijke Verantwoording van: Accare, Adhesie GGZ, Altrecht, AMC de Meren, Bouman GGZ, Buitenamstel de Geestgronden, Centrum '45, Centrum Maliebaan, Curium-LUMC, De Bascule, De Gelderse Roos, De Grote Rivieren, De Hoop, De Jutters, De Viersprong, Delta Psychiatrisch Centrum, Dr. Leo Kannerhuis, Eleos, Emergis, Forum GGZ Nijmegen, GGNet, GGZ Breburg Groep, GGZ Delfland, GGZ Dijk en Duin, GGZ Drenthe, GGZ Eindhoven en de Kempen, GGZ Friesland, GGZ Noord-Holland Noord, GGZ Oost-Brabant, GGZ Westelijk Noord-Brabant, GGZ-centrum Westfriesland, GGZ-groep Noord en Midden Limburg, In de Bres, Iriszorg, Jeugdriagg Noord Holland Zuid, Kliniek Overwaal, Lentis, Lievegoed Zorggroep, Mediant, Meerkanten, Mondriaan Zorggroep, Mutsaersstichting, Nederlands Psychoanalytisch Instituut, Novadic-Kentron, Parnassia Bavo Groep, Prins Claus Centrum (Orbis Medisch en Zorgconcern), Reinier van Arkel, RIAGG Amersfoort en Omstreken,

RIAGG Maastricht, RIAGG Rijnmond, RIAGG Zuid, RIAGGz Over de IJssel, Rivierduinen, RMPI, Sinai Centrum, Stichting JellinekMentrum, Stichting Karakter, Symfora Groep, TACTUS, Triversum, Verslavingszorg Noord Nederland, Zonnehuizen Kind en Jeugd, Zwolse Poort.

Over BS Health Consultancy

BS Health Consultancy is een adviesbureau specifiek gericht op de gezondheidszorg. Wij leveren advies en bieden ondersteuning bij strategische- en beleidsvraagstukken van zorgaanbieders, zorgverzekeraars, farmaceutische bedrijven, (rijks)overheid en koepel- en brancheorganisaties. Daarbij combineren wij onze diepe marktkennis met gedegen kwalitatieve en kwantitatieve analyses.

Meer in het bijzonder richt BS Health Consultancy zich op:

Strategie en innovatie: het faciliteren en ontwikkelen van strategievorming en innovatie, resulterend in een concreet strategisch plan.

Scenarioplanning: het in kaart brengen van toekomstige kansen en risico's om inzicht te geven in strategische opties en de consequenties.

Partnerselectie en fusiebegeleiding: het zoeken naar partners en het realiseren van de samenwerking.

Klantsegmentatie: het identificeren en analyseren van segmenten en vervolgens opstellen van een klant- en distributiestrategie.

Marketingcampagnes: het analyseren van commerciële campagnes en doorvertalen voor het nieuwe commerciële seizoen.

Benchmarking: het opstellen van een (kwalitatieve en kwantitatieve) vergelijking van de prestaties van de organisatie met de markt.

Zorgkostenmanagement: ondersteuning bieden bij de analyse van de zorgconsumptie en het beheersen van de zorgkosten door het ontwikkelen van nieuwe zorgketens

Business case ontwikkeling: het gestructureerd in kaart brengen van alle risico's en opbrengsten van de te nemen strategische beslissingen.

Organisatieproces/ontwerp: het doorlichten, optimaliseren, (her)positioneren van bedrijfsprocessen en ontwerpen, inrichten van organisatiestructuren.

Beleids(evaluatie)onderzoek: het uitvoeren van (ex-ante en ex-post) beleidsonderzoeken die een cruciale rol spelen binnen de beleidscyclus van organisaties.

BS Health Consultancy profileert zich als opinieleider binnen de zorg(verzekerings)markt. Jaarlijks onderzoeken wij de (verwachte) bewegingen op de markt en publiceren deze in white papers. In het afgelopen jaar hebben wij reeds de volgende white papers voor de zorgmarkt uitgebracht:

- Mobiliteit Marginaal (BS Health Consultancy, september 2008)
- Zorginkoop inspireert en innoveert (BS Health Consultancy, juli 2008)
- Stilte na de Storm (BS Health Consultancy, maart 2008)

Voor vragen over het onderzoek, de dienstverlening van BS Health Consultancy of het downloaden van voorgaande onderzoeken, kunt u onze website www.bshealth.nl raadplegen en/of contact opnemen met:

Paul van den Broek

Mobiel: +31(0) 6 53 65 7102

E-mail: paulvandenbroek@bshealth.nl

Renate Streng

Mobiel: +31(0)6 28 48 7934

E-mail: renatestreng@bshealth.nl

BS Health Consultancy
Prinsesselaan 27
2015 BV Haarlem
e-mail: info@bshealth.nl
www.bshealth.nl

Haarlem, oktober 2008

