

Wat zijn de kritieke succesfactoren in de strategie van GGNet voor het boeken van een gezond bedrijfsresultaat op de Zvw-markt?

Het ontwerp van een strategiekaart voor een GGZ-instelling.



*Remco Huis in 't Veld
29 April 2011*

*Eerste begeleider Universiteit Twente:
Tweede begeleider Universiteit Twente:
Begeleider GGNet:*

*Tom De Schryver
Kees Tesselhof
Richard Heij*

1 Inleiding	9
1.1 De Nederlandse zorginkoopmarkt voor geestelijke gezondheidszorg	9
1.2 Probleemstelling.....	10
1.3 Literatuuronderzoek	12
2 Theoretisch Kader	13
2.1 De Balanced Scorecard	13
2.2 De toegevoegde waarde van de strategiekaart.....	15
2.3 De vier perspectieven van de strategiekaart	20
2.3.1 Financieel perspectief	20
2.3.2 Klantenperspectief	20
2.3.3 Interne processen perspectief	23
2.3.4 Het leer- en groeiperspectief.....	24
2.4 Het ontwerp van de strategiekaart in de praktijk.....	24
2.5 De overgang van de stuurkant naar de meet- en rapportagekant van de BSC.....	26
3 Methodiek	27
3.1 Participerend observeren	27
3.2 Onderzoeksactiviteiten.....	28
4 De strategiekaart van GGNet	31
4.1 De strategie van GGNet voor de overheveling van curatieve zorg naar de Zvw	31
4.1.1 Het finaliteitsperspectief	31
4.1.2 Het klantenperspectief.....	32
4.1.3 Interne processenperspectief	32
4.1.4 Leer- en groeiperspectief	34
4.1.5 De strategiekaart in 2004.....	35
4.2 De veranderingen in de omgeving van GGNet: de toegenomen invloed van de zorgverzekeraar	37

4.3 De strategie van GGNet <i>na</i> de overheveling van curatieve zorg naar de Zvw	39
4.3.1 Het finaliteitperspectief	39
4.3.2 Het klantenperspectief	39
4.3.3 Het interne processenperspectief	43
4.3.4 Leer- en groeiperspectief	48
4.3.5 De strategiekaart in 2011	50
4.4 De verschillen	52
4.4.1 De bovenkant van de strategiekaarten vergeleken	52
4.4.2 De onderkant van de strategiekaarten vergeleken	54
4.5 Reactie van de opdrachtgevers	56
5 Conclusie	57
6 Aanbevelingen	59
Bronnen	61
Websites	63
Appendix A: Analyse Zorginkoopbeleid Agis 2011	65
Appendix B: Summary	71

Voorwoord

Voor u ligt de scriptie die de kritieke succesfactoren identificeert in de strategie van GGNet voor het behalen van een gezond bedrijfsresultaat op de Zvw-markt. De scriptie vormt het sluitstuk van de master Business Administration die ik doorlopen heb aan de Universiteit Twente.

Met deze scriptie sluit ik niet alleen mijn opleiding af maar ook een periode van mijn leven. Mijn studententijd kende een paar dalletjes, maar die worden ruimschoots gecompenseerd door de vele mooie momenten waar ik met een grote glimlach op terugkijk.

Mijn afstuderen staat wat dat betreft symbool voor mijn gehele studententijd. Niet alles liep op rolletjes. Ik heb vorig jaar moeten besluiten om mijn eerste afstudeeropdracht te staken en ben vervolgens met frisse moed aan deze opdracht bij GGNet begonnen. Daar ben ik op een plek terecht gekomen waar ik me direct thuis voelde. Ik wil de mensen van GGNet dan ook bedanken. In drie woorden zou ik hen willen typeren als vriendelijk, behulpzaam en gastvrij. In het bijzonder wil ik Richard Heij bedanken, mijn begeleider bij GGNet. Onze gesprekken heb ik behalve als nuttig ook als zeer plezierig ervaren.

Tom de Schryver is mijn eerste begeleider van de Universiteit Twente geweest bij zowel het huidige als mijn vorige afstudeerproject. Hij heeft dit gehele traject dan ook van dichtbij meegemaakt. Tom nam altijd uitgebreid de tijd om mijn voortgang te bespreken. Zijn kritische kijk en advies hielpen mij op het juiste spoor. Ik zou hem als begeleider aan iedere student aanbevelen. In een later stadium is Kees Tesselhof als tweede begeleider bij onze bijeenkomsten aangeschoven. Met zijn expertise op het gebied van de balanced scorecard en strategiekaarten een zeer welkome aanvulling. Tom en Kees, dank jullie wel.

Tot slot wil ik mijn ouders, broer en vrienden bedanken. Ik heb de mooie momenten samen met jullie mogen vieren maar jullie stonden er ook als het eens wat minder ging. Speciaal aandacht voor mijn moeder die mijn scriptie heeft geredigeerd. Dat steuntje in de rug is er altijd. Voor haar misschien heel normaal, ik vind het heel bijzonder.

Remco Huis in 't Veld
April 2011

Managementsamenvatting

De overheveling van curatieve GGZ van de AWBZ naar de Zvw heeft de omgeving waarin GGNet moet opereren sterk veranderd. De overheid heeft de regierol uit handen gegeven en toebedeeld aan de zorgverzekeraar. De veranderingen in de omgeving hebben GGNet ertoe gezet om haar strategie te wijzigen. Er is een strategiekaart voor GGNet ontworpen om deze strategie te visualiseren en te vertalen naar concrete doelstellingen. Deze strategiekaart identificeert de kritieke succesfactoren (KSF's) in de huidige strategie van GGNet voor het boeken van een gezond bedrijfsresultaat op de Zvw-markt. Daarmee wordt antwoord gegeven op de probleemstelling:

Wat zijn de kritieke succesfactoren in de strategie van GGNet voor het boeken van een gezond bedrijfsresultaat op de Zvw-markt?

Ik adviseer GGNet de strategiekaart te gaan gebruiken als basis voor het ontwerp van prestatie-indicatoren in haar BSC. Deze prestatie-indicatoren moeten gezamenlijk het instrumentarium van de Prestatie Monitor van GGNet gaan vormen. De voordelen van het gebruik van de Prestatie Monitor worden groter wanneer het model is ingevoerd in samenhang met een passende strategiekaart. De strategiekaart ondersteunt GGNet in het ontwerp van nieuwe kritieke prestatie-indicatoren en het koppelen van deze KPI's aan de organisatiestrategie. De strategiekaart laat zien dat de vele KPI's in een goed geconstrueerde BSC het instrumentarium vormen voor één heldere strategie. Het ontbreken van een strategiekaart verminderd de effectiviteit van de BSC wat op haar beurt de prestaties van de organisatie weer kan doen laten afnemen (Lucianetti, 2010).

Naast dit advies zijn de belangrijkste aanbevelingen die in mijn onderzoek naar voren komen:

- De strategiekaart kan van grote waarde zijn voor het communiceren van strategie. De strategiekaart kan direct ingezet worden als communicatie-instrument om aan alle medewerkers van GGNet het belang van een goede prestatie op de zorginkoopmarkt duidelijk te maken.
- De huidige strategiekaart van GGNet laat zien dat de focus van de organisatie op de korte- en middellange termijn ligt. Ik adviseer GGNet ook haar lange termijn doelstellingen te concretiseren en een strategie te formuleren die tot het behalen van deze doelstellingen leidt. Wat moet er nu gebeuren om daartoe in staat te zijn? Het antwoord op deze vraag kan aanleiding vormen voor het formuleren van doelstellingen die als KSF's in het leer- en groeiperspectief opgenomen kunnen worden in de strategiekaart.
- Om de kans op een succesvolle implementatie van de Prestatie Monitor te vergroten is het van belang dat de Raad van Bestuur van GGNet zich uitspreekt voor de komst van dit prestatimanagementsysteem. Wanneer zij overtuigd zijn van de voordelen moeten zij dit ook kenbaar maken aan de organisatie door actief deel te nemen aan het implementatieproces.

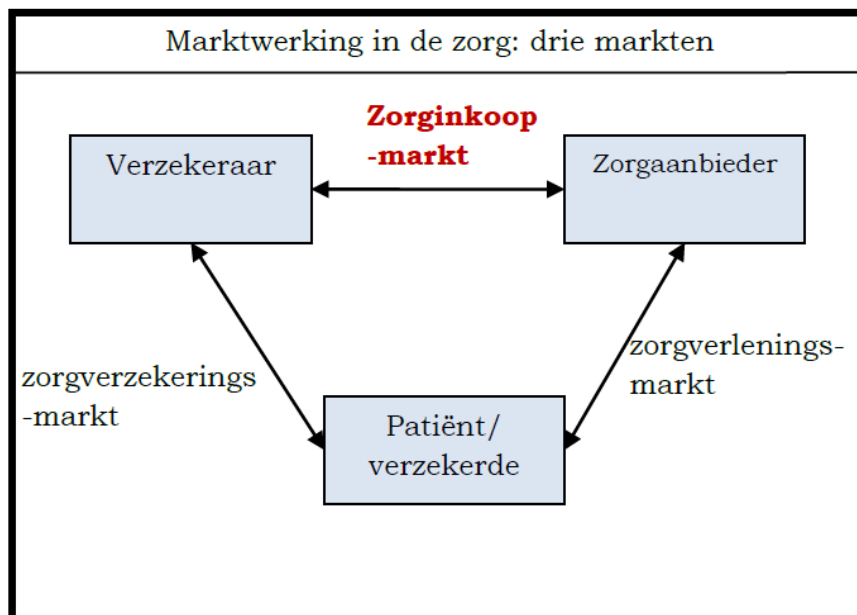
1 Inleiding

1.1 De Nederlandse zorginkoopmarkt voor geestelijke gezondheidszorg

Op 1 januari 2008 is een groot deel van de geestelijke gezondheidszorg vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). De Zorgverzekeringswet is een belangrijk onderdeel van het Nederlandse zorgstelsel en is geïntroduceerd om consumenten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders meer keuzeruimte en een grotere verantwoordelijkheid te geven. De zorgverzekeringswet heeft tot doel de marktwerking in de zorg te vergroten (Website Nederlandse Zorgautoriteit, www.nza.nl).

De rol van de overheid is veranderd. De regierol is in handen gegeven aan de zorgverzekeraars. Dit betekent dat de budgetafspraken met instellingen voor geestelijke gezondheidszorg (GGZ) niet meer gemaakt worden met de overheid maar met de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar mag daarbij, anders dan onder de AWBZ het geval was, zelf bepalen met wie zij een contract afsluit. Op de achtergrond speelt de overheid nog steeds een belangrijke rol. Als wetgever bepaalt zij de spelregels en houdt zij via de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) toezicht (Trimbos instituut, 2009).

De markt waar zorgaanbieders en zorgverzekeraars elkaar treffen wordt de *zorginkoopmarkt* genoemd (Van de Pol, 2007). Samen met de zorgverzekeringsmarkt en zorgverleningsmarkt vormen ze de drie deeldomeinen van de marktwerking in de zorg. Deze is weergegeven in figuur 1.



Figuur 1: Marktwerving in de zorg (Van de Pol, 2007, pp. 251)

Een aanbieder van geestelijke gezondheidszorg komt met het inwerkingtreden van de Zvw voor het eerst in aanraking met marktwerking in haar sector. De GGZ-aanbieder zal winst moeten maken om de continuïteit en kwaliteit van haar zorgverlening te kunnen waarborgen. Daarbij is de zorgverzekeraar een grote en belangrijke klant geworden. Zorgverzekeraars maken met GGZ-aanbieders individueel afspraken over de hoeveelheid zorg die geleverd zal worden tegen een daarvoor vastgestelde prijs. Zorgverzekeraars hebben, binnen de kaders van de wet, de vrijheid zelf invulling te geven aan deze overeenkomsten. Op het moment dat zorgverzekeraar en GGZ-aanbieder tot overeenstemming komen wordt er een budget verleend aan de GGZ-aanbieder. Dit gaat volgens de regels van de Zorgverzekeringswet en wordt daarom het Zvw-budget genoemd.

De zorginkoopmarkt is een belangrijk podium. Om in staat te zijn kwalitatief hoogwaardige zorg te kunnen verlenen is het voor een GGZ-aanbieder van belang zo goed mogelijk te presteren op deze zorginkoopmarkt. Zorgverzekeraars zijn organisaties die de patiënt vertegenwoordigen maar ook winstgevend moeten zijn om haar eigen continuïteit te waarborgen. Zij zullen kiezen voor geestelijke gezondheidszorginstellingen die hoogwaardige zorg aanbieden tegen een relatief lage prijs. Het gevolg voor GGZ-aanbieders is dat naast het verlenen van kwalitatief hoogwaardige zorg presteren op het financiële vlak erg belangrijk is geworden.

Met de overheveling van de curatieve GGZ naar de Zvw is ook een nieuw financieringssysteem in de GGZ geïntroduceerd: de diagnosebehandelcombinaties (DBC's). Een DBC is een weergave van alle activiteiten en verrichtingen die een patiënt doorloopt bij het verkrijgen van zorg en stelt daarmee de kostprijs van de zorgverlening vast. De DBC-systematiek heeft tot een uitgebreidere registratie geleid dan datgene wat gebruikelijk was onder de AWBZ. Onder de AWBZ werden de budgetafspraken gemaakt op instellingsniveau. Er is dan nauwelijks inzicht in de aard, kwaliteit en omvang van de zorg. Bij de DBC-systematiek is de registratie op cliëntniveau. De geld- en informatiestromen zijn nu aan elkaar gekoppeld wat tot meer transparantie leidt (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport [VWS], 2008).

1.2 Probleemstelling

GGNet is als aanbieder van geestelijke gezondheidszorg actief op de Nederlandse zorgmarkt. GGNet helpt en ondersteunt mensen met psychische, psychosociale en psychiatrische problemen in de regio Oost-Gelderland, Zutphen en Apeldoorn. Een klein gedeelte van haar activiteiten speelt zich af in de regio Den Haag en Nijmegen. Met 2400 werknemers is GGNet een grote speler op de Nederlandse markt van de geestelijke gezondheidszorg (Website GGNet, www.ggnet.nl).

GGNet biedt verschillende vormen van psychiatrische zorg aan. Dit varieert van het geven van preventie cursussen tot aan jarenlange therapieën, eventueel gecombineerd met woonvormen. De verschillende vormen van zorg kunnen worden opgedeeld in drie groepen. *Curatieve zorg* is gericht op genezing van de patiënt, de behandelduur is in bijna alle gevallen hooguit 1 jaar. *Langdurige zorg* is gericht op mensen met ernstige psychische aandoeningen. De behandeling duurt langer dan een jaar en genezing is vaak niet mogelijk. De behandeling is er dan op gericht om de patiënt om te kunnen laten gaan met de symptomen en klachten die de aandoening veroorzaakt. Daarnaast verleent GGNet *diensten voor*

andere instanties. De belangrijkste opdrachtgever in deze categorie is het Ministerie van Justitie. GGNet levert in opdracht van dit ministerie forensische psychiatrie (Tbs-behandelingen) (Jaarverslag 2009).

De curatieve zorg is overgeheveld vanuit de AWBZ naar de Zvw. Deze zorgvorm beslaat meer dan de helft van GGNet's activiteiten. De veranderingen die gepaard zijn gegaan met de invoering van de Zvw in de GGZ hebben grote invloed gehad voor de financiering en organisatie van de curatieve zorg. Deze thesis richt zich op de veranderingen in de bedrijfsvoering rond de curatieve GGZ van GGNet.

De veranderende omstandigheden brengen voor de GGZ-aanbieders een grote uitdaging met zich mee. GGNet is zich bewust van deze veranderingen en gaat de uitdaging aan om te presteren in haar nieuwe omgeving. Als individuele GGZ-aanbieder wil GGNet de beschreven ontwikkelingen, ingezet door de komst van de zorgverzekeringswet, vertalen naar gevolgen voor haar eigen interne organisatie.

Zorgverzekeraars volgen de verrichtingen van GGNet met grote interesse en zijn gebaad bij een heldere informatievoorziening over de prestaties van de GGZ- instelling. GGNet beschouwt de zorgverzekeraar als een zeer belangrijke partner en wil dan ook graag aan de verwachtingen van de zorgverzekeraar voldoen. GGNet stelt zich als doel een transparant beeld te geven over haar geleverde prestaties ten aanzien van het verkregen Zvw-budget. Dit komt ten goede aan haar relatie met de zorgverzekeraars en draagt bij aan haar doelstelling om goed te presteren op de zorginkoopmarkt.

De vraag naar een gedegen overzicht van de financiële prestaties en de intrede van de DBC-systematiek heeft de laatste jaren geleid tot sterke verbeteringen ten aanzien van de administratieve organisatie van GGNet. Waar daarvoor veel cijfers ontbraken over de geleverde behandelingen is deze administratie nu op orde. De op orde gebrachte basisadministratie geeft GGNet de mogelijkheid tegemoet te komen aan de sterk toegenomen vraag om informatie, zowel binnen als buiten de organisatie. Zij wil hieraan voldoen door de implementatie van de Prestatie Monitor. Dit is een nieuw prestatie-managementsysteem.

'Prestatiemanagement is het proces waarin sturing van de organisatie plaatsvindt door het systematisch vaststellen van missie, strategie en doelstellingen van de organisatie, deze vervolgens te vertalen naar alle organisatieniveaus en meetbaar te maken door rapportage van kritische succesfactoren en prestatie-indicatoren, om uiteindelijk acties te kunnen ondernemen voor bijsturing van de organisatie' (De Waal, 2002,p.1).

De Prestatie Monitor wordt binnenkort geïmplementeerd in de organisatie van GGNet. De keuze voor de te gebruiken prestatie-indicatoren is nog niet gemaakt. Prestatie-indicatoren worden meestal aangeduid als kritieke prestatie-indicatoren (KPI's). KPI's zijn kwantitatieve metingen, vooraf overeengekomen, die de kritieke succesfactoren (KSF's) van de organisatie weerspiegelen. Een goed hanteerbare definitie van kritieke succesfactoren wordt gegeven door een van de eerste wetenschappers die gebruik maakte van dit begrip, Rockart (1979, p.85):

"Critical success factors are, for any business, the limited numbers of areas in which results, if they are satisfactory, will ensure competitive performance for the organization. They are the few key areas where things must go right for the business to flourish."

GGNet heeft de mogelijkheid om zelf haar KPI's te formuleren. Voor de organisatie staat centraal dat deze prestatie-indicatoren GGNet moeten helpen om een goed bedrijfsresultaat te boeken op de zorginkoopmarkt.

De Prestatie Monitor van GGNet is gebaseerd op de theorie over de balanced scorecard (BSC). De BSC vormt een raamwerk voor het vertalen van strategie in operationele termen. Het is daardoor bijzonder geschikt voor het formuleren van KPI's (Kaplan & Norton, 1996). De kans op een succesvolle implementatie van strategie is groter door het gebruik van prestatiemeting. Echter geldt dit ook andersom, prestatiemeting is pas succesvol wanneer het de KSF's in de strategie van GGNet reflecteert. Voordat de BSC, in de vorm van de Prestatie Monitor, succesvol toegepast kan worden in de organisatie zal eerst vastgesteld moeten worden wat de KSF's zijn in de strategie van GGNet. Dit heeft geleid tot de volgende probleemstelling:

Wat zijn de kritieke succesfactoren in de strategie van GGNet voor het boeken van een gezond bedrijfsresultaat op de Zvw-markt?

1.3 Literatuuronderzoek

In het volgende hoofdstuk wordt een literatuuronderzoek verricht. Hierin wordt het theoretische concept gegeven waarin de stappen omschreven worden die een succesvol ontwerp van KPI's mogelijk maken. Dit gebeurt aan de hand van de theorie over de balanced scorecard (BSC). De BSC kent zowel een stuurkant als een meet- en rapportagekant. De stuurkant bestaat uit de strategie van de organisatie en het identificeren van de kritieke succesfactoren (Von Saher & Vorwerk, 2004). Een visuele weergave van de strategie van een organisatie van maximaal één pagina groot wordt een strategiekaart genoemd (Kaplan & Norton, 2004a). De strategiekaart visualiseert de KSF's van de organisatie en de oorzaak- en gevolgrelaties tussen deze organisatiedoelstellingen (Antola et al., 2006). De strategiekaart wordt gebruikt als model voor het formuleren van de stuurkant van de BSC.

In het hoofdstuk volgend op het theoretisch kader, methodiek, wordt beschreven hoe de vergaarde kennis toegepast is binnen de organisatie van GGNet.

2 Theoretisch Kader

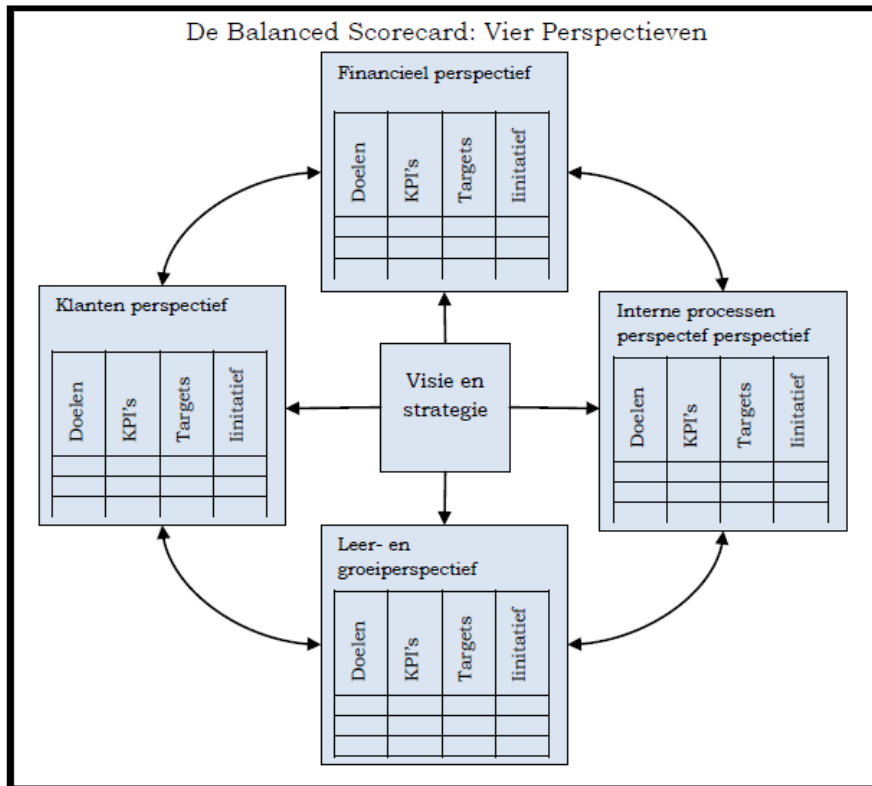
You can't measure what you can't describe (Kaplan & Norton)

2.1 De Balanced Scorecard

In 1992 introduceerden Robert Kaplan en David Norton een nieuw concept voor het opzetten van een prestatimanagementsysteem. Dit systeem heet de Balanced Scorecard (BSC) en wordt gebruikt voor het ontwerp van financiële en niet financiële kritieke prestatie-indicatoren. Gezamenlijk vormen deze KPI's een evenwichtige manier voor het management om de prestaties van de organisatie te volgen.

De Balanced Scorecard is ontwikkeld vanuit een ontevredenheid over het gebruik van alleen traditionele financiële KPI's als de return on investment (ROI) en winst per aandeel. Deze indicatoren bleken geschikt voor de industriële economie maar onvoldoende voor gebruik in de hedendaagse kenniseconomie. Door alleen financiële KPI's te gebruiken ontstaat er een misleidend beeld over het succes van de organisatie omdat er geen, of te weinig, aandacht gegeven wordt aan innovaties en het verbeteren van de bedrijfsvoering. De aandacht verschoof daardoor naar operationele KPI's met het idee dat financiële resultaten vanzelf zouden volgen. Ook deze benadering is op zichzelf niet succesvol gebleken. Managers realiseerden zich dat KPI's ontworpen vanuit één invalshoek geen helder beeld van de prestaties van een gehele organisatie opleverden en vroegen om een systeem dat hun de mogelijkheid gaf om de prestaties op verschillende gebieden te kunnen monitoren. De Balanced Scorecard is het eerste prestatimanagementsysteem dat gebruik maakt van zowel financiële als operationele indicatoren en hedendaags wordt gebruikt in alle voorkomende sectoren (Website Balanced Scorecard Institute, www.balancedscorecard.org).

De Balanced Scorecard vertaalt abstracte strategie naar operationele termen en concrete kritieke prestatie-indicatoren. Het belicht de prestaties van een organisatie vanuit vier verschillende invalshoeken: het financieel perspectief, het perspectief van klanten, interne processen perspectief en het leer- en groeiperspectief (Kaplan & Norton, 1992). Een schematische weergave van de BSC en haar verschillende perspectieven is weergegeven in figuur 2.



Figuur 2: De Balanced Scorecard (Kaplan & Norton, 1996, p.9)

De BSC kan het beste gepresenteerd worden als een raamwerk voor het vertalen van strategie in operationele termen. In het raamwerk staan de strategie en visie centraal. De strategie en visie van een organisatie staan aan de basis voor de doelen die gesteld worden in de vier perspectieven. Binnen de perspectieven zelf worden deze doelen weer vertaald naar KPI's. De pijlen tussen de verschillende perspectieven laten zien dat de doelen gesteld in het ene perspectief gevolgen hebben voor de doelstellingen in het andere perspectief. Zoals te zien in het raamwerk vormen de visie en de strategie het centrale element. De pijlen wijzen maar één richting op, wat duidelijk maakt dat de doelen in de verschillende perspectieven afhangen van de geformuleerde strategie. Binnen de verschillende perspectieven worden de doelen en de daaraan gekoppelde KPI's beschreven. Met targets worden de normen die gesteld worden voor de KPI's bedoeld. De initiatieven staan voor de strategische initiatieven die genomen worden om de doelstellingen te kunnen bereiken.

De Balanced Scorecard wordt door vele wetenschappers beschouwd als een goed functionerend concept voor het ontwerp van KPI's die dienen voor de besturing van een organisatie (Fermont & De Waal, 2002; Neely, 1999; Traas, 1996). Uit een groot onderzoek bleek dat zeven jaar na de introductie 44% van de Noord-Amerikaanse bedrijven gebruik maakten van de BSC. In 2004 is dit onderzoek wereldwijd herhaald en werd duidelijk dat de BSC zelfs door 57% van de ondernemingen gebruikt werd. Ook over het gebruik van de BSC is men tevreden. Op een schaal van 1 tot 5 scoort de BSC een 3.86 (Rigby, 2001, 2005). Naast de positieve kritieken van wetenschappers wordt de Balanced Scorecard dus veelvuldig en naar tevredenheid gebruikt in de praktijk.

2.2 De toegevoegde waarde van de strategiekaart

Eén van de recente onderzoeken naar de BSC heeft laten zien op welke manier dit managementconcept kan bijdragen aan de prestaties van een organisatie (De Geuser et al., 2009). Op empirische wijze toonden de onderzoekers de positieve invloed van de BSC op organisatieprestaties aan. Concreet is gedemonstreerd dat deze bijdrage uit de volgende punten bestaat:

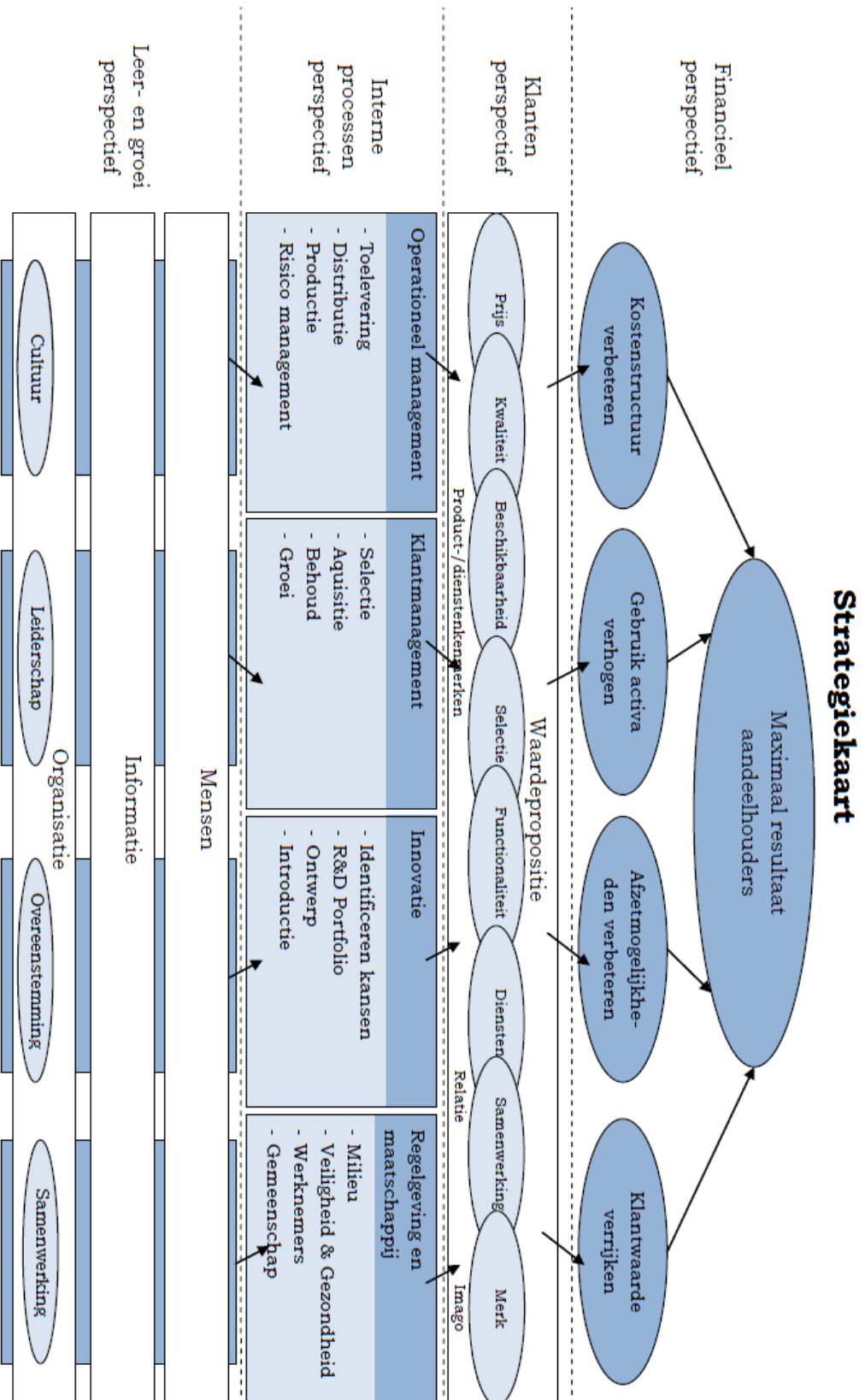
- Een betere vertaling van de strategie in operationele termen
- Het feit dat strategievorming een continu proces wordt.
- Een betere afstemming tussen processen, competenties en afdelingen in de organisatie.

Het onderzoek toont daarmee aan dat de BSC tegenwoordig niet alleen gezien wordt als instrument voor het ontwerp van KPI's maar ook als een methode voor de implementatie van strategie. De BSC draagt positief bij aan een verhoging van de organisatieprestaties wanneer het wordt gebruikt als instrument om de strategie van de onderneming te vertalen (De Geuser et al., 2009).

De resultaten van het onderzoek komen overeen met de stelling van de Kaplan en Norton (2001, 2004b). Zij stellen wel dat wanneer een juiste beschrijving van de strategie ontbreekt de voordelen van de BSC voor een organisatie vervagen. Zonder goede beschrijving kan de strategie niet binnen de organisatie gecommuniceerd worden. Gebrekkige communicatie zorgt er vervolgens voor dat de organisatie niet afgestemd wordt op de strategie. En wanneer deze afstemming afwezig is, faalt de implementatie van de strategie. Dit inzicht vormde de aanleiding voor de publicatie van een nieuw managementinstrument als aanvulling op de door hun ontworpen balanced scorecard: de strategiekaart.

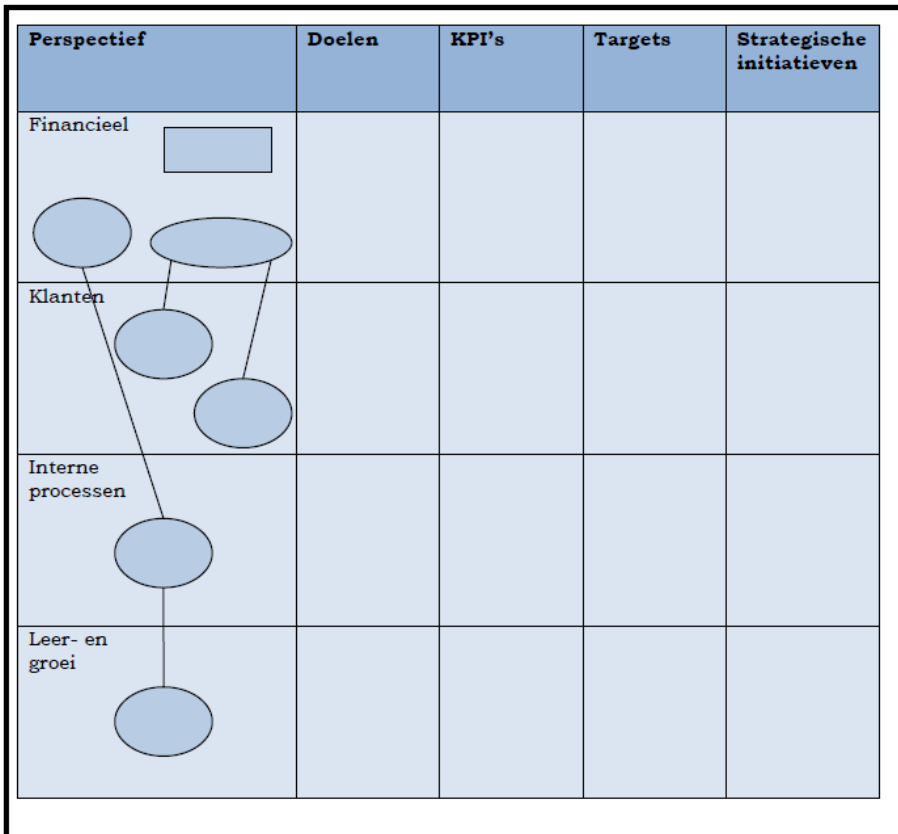
De BSC biedt een methode aan om doelen te vertalen naar kritieke prestatie-indicatoren. Voordat de BSC toegepast kan worden moet er echter eerst vastgesteld worden wat de doelen zijn. Deze doelen kunnen worden afgeleid van de strategie van een organisatie. Een strategie beschrijft hoe een organisatie van plan is waarde te creëren voor haar aandeelhouders, klanten en werknemers (Kaplan & Norton, 2004a, p.27). De strategiekaart is een methode om algemene en abstracte strategie die in de top van een organisatie wordt geformuleerd te vertalen naar specifieke doelstellingen die meer betekenis hebben voor managers en medewerkers. Men is daardoor in staat te handelen naar de strategie van de organisatie. Een visuele weergave van deze methode van maximaal één pagina groot wordt een strategiekaart genoemd (Kaplan & Norton, 2004a). De specifieke doelstellingen in de strategiekaart komen overeen met de kritieke succesfactoren van de organisatie (Antola et al., 2006).

De strategiekaart is opgebouwd uit vier lagen die overeenkomen met de verschillende perspectieven van de BSC: het financieel perspectief, het perspectief van klanten, interne processen perspectief en het leer- en groeiperspectief. De lagen (en dus de verschillende perspectieven) zijn op een logische wijze gestapeld. Bovenaan staat meestal het financiële perspectief. De doelen binnen dit perspectief zijn gericht op de lange termijn en representeren de hoogste doelen. Vervolgens komt daaronder het perspectief van klanten. Binnen dit perspectief is het belangrijkste doel om de waardepropositie vast te stellen. De waardepropositie is het centrale element van de strategie van de organisatie. Binnen het interne processen perspectief worden de doelen geformuleerd voor de kritieke processen die de waardepropositie moeten creëren. Onderaan staat het leer- en groeiperspectief. Hier worden doelen gesteld die de immateriële activa van de organisatie in staat moeten stellen als aanjager te fungeren voor het behalen van succes binnen de andere perspectieven (Kaplan & Norton, 2004a). Op de volgende pagina wordt de strategiekaart schematisch weergegeven (figuur 3).



Figuur 3: De strategiekaart (Kaplan en Norton, 2004b, p. 51)

De logica van de strategie komt in de strategieke kaart naar voren. Het laat zien hoe doelen en initiatieven binnen de vier BSC-perspectieven integreren en gecombineerd de complete strategie beschrijven. De strategieke kaart helpt een organisatie een BSC te ontwerpen die zich richt op de kritieke succesfactoren. Een strategieke kaart laat ook het verband zien tussen de verschillende perspectieven. Als de indicatoren gezien worden als 20 onafhankelijke meetinstrumenten wordt het voor de mensen in de organisatie te gecompliceerd om de BSC in gebruik te nemen. De strategieke kaart laat zien dat de vele KPI's in een goed geconstrueerde BSC het instrumentarium vormen voor één heldere strategie (Kaplan & Norton, 2004a). Deze samenhang tussen de strategieke kaart en de Balanced Scorecard wordt weergegeven in figuur 4.



Figuur 4: Raamwerk van de strategieke kaart en BSC gecombineerd (Drury, 2008)

Een strategiekaart kan gebruikt worden op zowel directie- als op andere organisatieniveaus. Hoewel een strategie complex kan zijn stimuleert de strategiekaart om de strategie op het niveau van één perspectief te bekijken om vervolgens te begrijpen hoe de verschillende perspectieven met elkaar in causaal verband staan. Het proces stimuleert discussies over de vraag hoe subdoelen tot elkaar in verband staan en draagt bij aan het bereiken van consensus over datgene wat nu echt belangrijk is voor de organisatie (Irwin, 2002).

Een strategiekaart is een waardevol communicatie-instrument. Door aan medewerkers te laten zien, en niet alleen te vertellen, wat de strategie is begrijpen ze de strategie beter. Een strategiekaart is niet alleen geschikt als intern communicatiemiddel. Strategiekaarten geven de organisatie de kans om de klant te informeren over haar producten en diensten en de effectieve wijze waarop zij deze bij de klant wil afleveren (Scholey & Armitage, 2003).

Toch is het lang niet zo dat alle organisaties gebruik maken van strategiekaarten. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat er vaak geen causaal model als de strategiekaart ten grondslag ligt aan het ontwerp van de BSC. De cijfers over het gebruik van een strategiekaart bij het formuleren van de BSC variëren tussen de 23% (Davis en Albright, 2004) en 50% (Speckbacher et al., 2003).

Hoewel in casestudies de voordelen van de strategiekaart beschreven zijn (Kaplan & Norton 2001, 2004b; Irwin, 2002; Scholey & Armitage, 2003) is de vraag relevant of dit ook een positief effect heeft op een succesvol gebruik van de BSC. Een enquête gehouden onder managers heeft het effect van strategiekaarten op de adoptie van de BSC in de organisatie onderzocht. Het onderzoek is gehouden onder een groep bedrijven die een BSC en een strategiekaart ontwierpen en een groep bedrijven die wel een BSC gebruikten maar geen ervaring hadden met strategiekaarten. Het onderzoek toont aan dat de verwachte voordelen van het gebruik van de BSC groter zijn wanneer de organisatie een strategiekaart gebruikt. Het gaat dan onder meer om de volgende punten (Lucianetti, 2010, p.29):

- Het bereiken van consensus rond de visie en de strategie van de organisatie.
- Het verduidelijken van de verbanden tussen korte- en lange termijn doelen.
- Strategie wordt een onderdeel van ieders dagelijkse werkzaamheden.
- Het vertalen van strategie in operationele termen.
- Het vaststellen van nieuwe prestatie-indicatoren.
- Het koppelen van de prestatie-indicatoren aan de bedrijfsstrategie.

De conclusie van het onderzoek is dat de voordelen van de BSC groter zijn wanneer het model is ingevoerd in samenhang met een passende strategiekaart. Een doelmatig gebruik van de BSC staat in verband met het wel of niet gebruiken van een strategiekaart (Lucianetti, 2010). 'Zonder twijfel heeft het ontbreken van een strategiekaart een negatieve invloed op het BSC project. Het vermindert de effectiviteit van de BSC wat op haar beurt de prestaties van de organisatie weer kan doen laten afnemen (Lucianetti, 2010, p.32).'

2.3 De vier perspectieven van de strategiekaart

2.3.1 Financieel perspectief

Het financiële perspectief representeert het lange termijn doel en tevens het hoogste doel van de organisatie: het maximaliseren van het resultaat voor haar aandeelhouders in verhouding tot het geïnvesteerde kapitaal (Kaplan & Norton, 1996).

De link tussen strategie en het financiële perspectief komt naar voren in het zoeken naar een balans tussen de vaak tegenstrijdige doelstellingen van productiviteit en groei. Met productiviteitsdoelstellingen richt een organisatie zich op het verlagen van haar directe en indirecte kosten. Het doel is om dezelfde prestatie te leveren maar gebruik te maken van minder middelen. Kortom, efficiënter werken. Groeidoelstellingen kennen twee verschillende vormen. Allereerst kan een onderneming proberen haar huidige klantenrelaties beter te benutten door haar meer, of meer verschillende producten te verkopen. Daarnaast kunnen groeidoelstellingen gerealiseerd worden door het introduceren van nieuwe producten en het betreden van nieuwe marktsegmenten. Deze twee doelstellingen leven vaak op gespannen voet met elkaar. Het behalen van groeidoelstellingen gaat bijna zonder uitzondering gepaard met het doen van investeringen en daarmee het vergroten van de capaciteit van de organisatie. Productiviteitsdoelstellingen richten zich juist op het verkleinen van deze capaciteit of in ieder geval het efficiënter gebruiken van de bestaande capaciteit. Het is zaak om deze twee doelstellingen in balans te houden. Vaak is men geneigd voorrang te geven aan productiviteitsdoelstellingen omdat deze op korte termijn resultaat kunnen opleveren. Groeidoelstellingen leveren vaak pas op de langere termijn resultaat op maar zijn daardoor niet minder belangrijk (Kaplan & Norton, 2004a).

2.3.2 Klantenperspectief

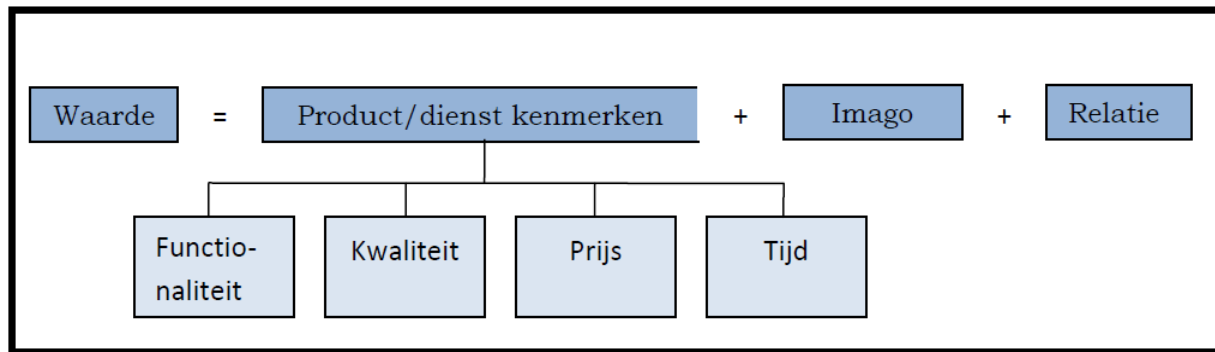
Om te weten wat het klantenperspectief is moet de organisatie weten tot welke doelgroep haar klanten behoren. De organisatie identificeert in welk marktsegment men acteert en wie haar klanten (kunnen) zijn. Het marktsegment is belangrijk. Het vormt de bron voor de opbrengstencomponent van het financiële perspectief van de organisatie. Het klantenperspectief van de strategiekaart is ook bedoeld om de waardepropositie die een organisatie levert te identificeren (Kaplan & Norton, 2004).

Waardepropositie

De waardepropositie is een verzameling van kenmerken die de organisatie levert door middel van producten en diensten om loyaliteit en tevredenheid te creëren voor klanten binnen haar marktsegment (Kaplan & Norton, 1996, pp. 73). De waardepropositie is een unieke mix van product, prijs, service, relatie en imago dat de organisatie aan haar klanten biedt. De waardepropositie van een bedrijf moet uitstralen wat zij verwacht te kunnen betekenen voor haar klanten en wat zij beter of anders doet dan haar concurrenten. Het is erop gericht om klanten te binden die behoren tot de doelgroep van de organisatie.

De waardepropositie vormt de kern van een bedrijfsstrategie. Het helpt haar interne processen zo in te richten dat haar prestaties binnen het klantenperspectief van de Balanced Scorecard verbeteren (Kaplan

& Norton, 2000). De kenmerken van de waardepropositie kunnen worden onderverdeeld in drie verschillende groepen: kenmerken van product of dienst, klantrelatie, imago en reputatie (zie figuur 5).



Figuur 5: Algemeen model waardepropositie (Kaplan & Norton, 1996, p.74)

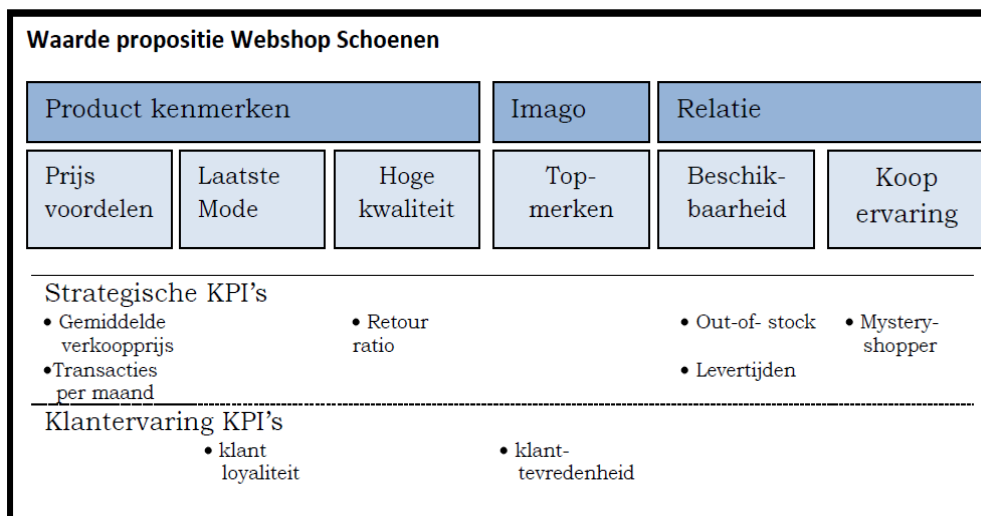
Een waardepropositie dient door de organisatie ontworpen te worden op basis van de kenmerken en eisen van de klanten in haar doelgroep. Hoewel de waardepropositie voor elke organisatie uniek is en beslist zelfstandig opgesteld moet worden beschrijven Kaplan en Norton (2004a) vier algemene strategieën gebaseerd op vier verschillende waardeproposities:

- *Beste koop of laagste kosten.* Veel grote bedrijven als Dell, McDonald's en Toyota boeken succes met een dergelijke waardepropositie. De doelen binnen deze waardepropositie zijn aantrekkelijke prijzen, een consistente kwaliteit, korte leveringstijden en een eenvoudig aankoopproces voor de klant.
- *Productinnovatie en leiderschap.* Bedrijven met deze waardepropositie vragen hogere prijzen voor hun producten omdat ze steeds weer in staat zijn om producten aan te bieden met een superieure functionaliteit. De doelen binnen de waardepropositie zijn gericht op een marktsegment van klanten die bereid zijn om meer te betalen voor een product in ruil voor unieke en innovatieve eigenschappen van datzelfde product. Het is voor de organisatie noodzakelijk om als eerste met het product de markt te betreden. Voorbeelden van bedrijven met een dergelijke strategie zijn Apple en Mercedes.
- *Complete klantoplossingen.* De waardepropositie is er in dit geval op gericht klanten een gevoel te geven dat het bedrijf de klant begrijpt en in staat is een op maat gemaakte oplossing te leveren. De doelen binnen de waardepropositie zijn erop gericht om de klant niet één maar een bundeling van producten of diensten te verkopen, een uitstekende service aan te bieden en veel tijd en energie in de relatie met de klant te steken. Voorbeelden zijn Deloitte en IBM.
- De vierde strategie op basis van een waardepropositie wordt *lock-in* genoemd. Deze strategie is gebaseerd op de hoge kosten die klanten ervaren wanneer ze de gevraagde diensten of producten willen afnemen bij een concurrent. De klant verwacht een consistent product voorzien van vele standaarden zodat de klant kan profiteren van het netwerk van de producent.

De toegevoegde waarde wordt dan ook vaak behaald door het ontwikkelen van aanvullingen op het standaard product. Het meest bekende voorbeeld van deze strategie is Microsoft. Denk daarbij aan de vele applicaties die zij levert ter aanvulling op haar besturingsprogramma Windows.

De waardepropositie van een organisatie hoeft niet precies te passen binnen een van de beschreven algemene strategieën. In principe kan elke organisatie haar eigen unieke waardepropositie formuleren. Voorop staat dat de doelen die een organisatie voor haar waardepropositie opstelt het centrale element van haar gehele strategie vormt.

De ontworpen waardepropositie kan vervolgens geoperationaliseerd worden door het gebruik van KPI's. Dit kan het beste uitgelegd worden aan de hand van een simpel voorbeeld, een webshop voor schoenen. De webshop richt zich op mensen met een modaal tot bovenmodaal inkomen die op een makkelijke manier schoenen van topkwaliteit willen aanschaffen. In de waardepropositie is daarom opgenomen dat de schoenen van hoge kwaliteit moeten zijn, de producten snel geleverd moeten worden en op elk gewenst moment besteld kunnen worden. De waardepropositie en de daar aan gekoppelde KPI's zien er dan uit als in figuur 6.



Figuur 6: Voorbeeld waardepropositie (Kaplan & Norton, 1996, p.74)

De KPI's binnen het klantenperspectief van de Balanced Scorecard moeten erop gericht zijn om maximaal te profiteren van klanten binnen het marktsegment en de doelgroep van de organisatie. De indicatoren bestaan onder andere uit marktaandeel, klanttevredenheid, loyaliteit, behoud van klanten, klantenacquisitie en de winstgevendheid per klant.

2.3.3 Interne processen perspectief

In het derde perspectief van de strategiekaart worden de interne processen van een organisatie geïdentificeerd die een cruciale rol vervullen in het behalen van de doelstellingen binnen het financiële- en het klantenperspectief. Dit geeft ook invulling aan de volgorde waarin de doelstellingen voor de verschillende perspectieven bepaald moeten worden. Het interne processen perspectief wordt pas vormgegeven nadat de doelstellingen binnen het financiële perspectief (maximaliseren resultaat voor aandeelhouders) en het klantenperspectief beschreven zijn. Op deze manier zorgt de Balanced Scorecard ervoor dat de eisen die gesteld worden aan de interne bedrijfsvoering gebaseerd zijn op verwachtingen van specifieke externe belanghebbenden (Kaplan & Norton, 1996).

Alle processen moeten goed gemanaged worden maar de focus moet juist liggen op de processen die extra aandacht verdienen omdat deze de differentiatie aan de strategie toevoegen. Met andere woorden, deze processen vertegenwoordigen het onderscheidend vermogen van de organisatie ten opzichte van concurrenten.

Kaplan en Norton (2004a) beschrijven vier verschillende clusters binnen het interne processen perspectief.

Operationeel management: Operationele processen vormen de basis, de dagelijkse processen, waarbinnen de bestaande producten en diensten geproduceerd en geleverd worden. Deze activiteiten beginnen met een aanvraag van een klant voor een product of dienst en eindigt met de levering van dit product of deze dienst.

Klantmanagement: Klantmanagement processen zijn gericht op het ontplooiën en verdiepen van klantrelaties. In het kort kunnen vier processen worden onderscheiden: het selecteren van doelgroepen, het verwerven van klanten, het behouden van klanten en het verbreden en verdiepen van een klantrelatie.

Innovatie: Innovatie processen ontwikkelen nieuwe producten, processen en diensten die erop gericht zijn de organisatie in staat te stellen om nieuwe markten en klantsegmenten te betreden.

Regelgeving en maatschappij: Deze processen zijn er op gericht de organisatie het recht te geven te mogen opereren in de gemeenschappen en landen waarin zij produceert en haar diensten en producten verkoopt. Nationale en lokale regelgevingen op het gebied van milieu, gezondheid, veiligheid en arbeidsrecht vormen een standaardkader waarbinnen de organisatie moet opereren. Vaak wil een organisatie verder gaan dan de standaarden voorschrijven om een goede reputatie naar klanten, werknemers en overheden op te bouwen.

Elke strategie moet in elk cluster één of meer cruciale processen identificeren. Op deze manier is er een balans tussen de processen die waarde toevoegen op de korte én op de lange termijn.

2.3.4 Het leer- en groeiperspectief

De doelen in het financiële -, klant- en interne processen perspectief laten zien op welke gebieden de organisatie moet excelleren om een goede prestatie te leveren. Het laatste onderdeel van de Balanced Scorecard, het leer- en groeiperspectief functioneert als aanjager voor het behalen van resultaat in de andere drie perspectieven. De drie bronnen voor het leer- en groeiperspectief bestaan uit:

- De capaciteiten van werknemers. Mogelijke doelstellingen houden verband met de tevredenheid van werknemers, het personeelsverloop en de competenties van medewerkers.
- De mogelijkheden van informatiesystemen. Bijvoorbeeld de toegang van medewerkers tot informatie, de tijdigheid van de informatie en de kwaliteit van de informatie.
- Handelsbevoegdheid. De mogelijkheden van werknemers die beschikken over accurate informatie wordt alsnog onvoldoende benut als deze te weinig handelsbevoegdheid hebben. Het gevolg is dat zij niet gemotiveerd zijn om in lijn met de organisatiestrategie te handelen. Handelsbevoegdheid kan bijvoorbeeld vergroot worden door bottom-up initiatieven te stimuleren (Kaplan & Norton, 1996).

Deze doelen stimuleren de organisatie om te leren en te groeien. Ze staan aan de basis voor het bereiken van succes in de andere perspectieven (Kaplan & Norton, 1996). Het is belangrijk hierbij voorbij te gaan aan clichés als ‘het ontwikkelen van mensen’ en het ‘uitdragen van onze waarden’. Het doel moet juist zijn om binnen de organisatie de capaciteiten te ontwikkelen en te beschikken over de attributen die benodigd zijn om de kritieke interne processen goed tot uitvoer te kunnen brengen (Kaplan & Norton, 2004a).

2.4 Het ontwerp van de strategiekaart in de praktijk

Er is door Kaplan en Norton geen uitgebreid voorschrift gepubliceerd voor het ontwerp van een strategiekaart. De auteurs stellen dat de beste manier om een strategiekaart te ontwerpen *top-down* is. Het begin van het ontwerp moet de bestemming van de strategie zijn. Dit is het hoogste doel en tevens bestaansrecht van de organisatie. De strategiekaart moet vervolgens laten zien wat de route is om dit einddoel te bereiken (Kaplan & Norton, 2000). De auteurs voorzien niet in een proces of een technische handleiding voor het ontwerpen van een strategiekaart (Antola et al., 2006).

Het einddoel en het bestaansrecht van de organisatie heeft invloed op de structuur van de strategiekaart. In profit-organisaties hangt het succes van de onderneming af van de mate waarin zij de verwachtingen van haar aandeelhouders waar kan maken. De winstgevendheid van een onderneming staat hierbij bovenaan. Dit komt tot uiting door het financiële perspectief, waar onder andere de winstdoelstellingen beschreven worden, bovenaan in de BSC te plaatsen. In tegenstelling tot deze private ondernemingen hangt het succes van non-profit organisaties niet alleen af van het behalen van financiële doelstellingen. Financiële overwegingen spelen vaak een ondersteunende of belemmerende rol maar vormen zelden de primaire doelstelling van de organisatie. De organisatie moet de strategiekaart aanpassen aan haar eigen eisen. Het financiële perspectief hoeft daarbij niet altijd bovenaan te komen staan (Irwin, 2002; Brandt, 2003). Vaak ligt het primaire belang van de aandeelhouders

niet binnen het financiële perspectief maar meer binnen het klantenperspectief. De term aandeelhouders kan in dit geval ook beter vervangen worden door de term opdrachtgevers. De opdrachtgever is de partij die het functioneren van de non-profitorganisatie mogelijk maakt. De opdracht die dan aan de organisaties gegeven wordt omvat een maatschappelijke rol (Brandt, 2003). In veel gevallen is het niet juist om het klantenperspectief bovenaan te zetten in de strategiekaart. Het doel van een non-profit organisatie is niet het individuele belang maar juist het belang van de maatschappij. De eisen van de maatschappij bestaan vaak uit het doelmatig gebruik van middelen. Samen met het verwezenlijken van het maatschappelijke of ideële doel van de organisatie vormt dit in dat geval het bovenste perspectief. We noemen dit het finaliteitsperspectief. De ultieme finaliteit van een dergelijke organisatie is niet de tevredenheid van de (individuele) burgers maar een collectieve, maatschappelijke opdracht (Brandt, 2003).

De steun van het topmanagement, maar zeker ook het middenmanagement is van belang tijdens het ontwerp van de strategiekaart. Om het implementatietraject van de strategiekaart succesvol te kunnen doorlopen zal het management zich moeten verbinden aan het project. Zonder de steun van vooral het topmanagement zal het middenmanagement en de medewerkers het belang van het project niet inzien (Antola et al., 2006). Het formuleren van de KSF's in de strategiekaart is zelden een wetenschappelijk proces. Meestal is het een resultaat van een collectieve visie van de betrokken managers op de doelen van de organisatie en de manier waarop deze doelen bereikt moeten worden (de strategie zelf). Dit samenspel is niet verkeerd. Wanneer managers niet betrokken worden bij het ontwerpproces kan men dit als reden opwerpen om geen gebruik te maken van de resultaten die de strategiekaart naar voren brengt. Zeker wanneer de strategiekaart niet strookt met de belangen van de individuele manager. Er moet een 'gedeeld eigenaarschap' van de strategiekaart ontstaan door het ontwerp van de strategiekaart als een gezamenlijk proces te zien (Buytendijk et al., 2005).

In het gezamenlijke ontwerp proces schuilt ook meteen een grote valkuil. Het selecteren van de kritieke succesfactoren kan gemakkelijk tot meningsverschillen leiden tussen de managers van verschillende afdelingen die betrokken zijn bij het project en werken met verschillende agenda's. Toch zijn er voldoende mogelijkheden om dit op te lossen. Een sterke projectleider is vaak de beste oplossing (Papalexandris et al., 2005). Wanneer men er echter in slaagt om het ontwikkelproces goed te doorlopen geeft de discussie uiteindelijk consensus over de vraag wat nu echt belangrijk voor de organisatie is en hoe de subdoelstellingen hiermee in verband staan (Irwin, 2002).

2.5 De overgang van de stuurkant naar de meet- en rapportagekant van de BSC

De BSC kent zowel een stuurkant als een meet- en rapportagekant. De stuurkant bestaat uit de strategie van de organisatie en het identificeren van de kritieke succesfactoren (Von Saher & Vorwerk, 2004). Door het maken van een strategiekaart wordt de strategie van een organisatie gevisualiseerd en de KSF's geaccentueerd (Antola et al., 2006). De meet- en rapportagekant bestaat uit de kritieke prestatie-indicatoren en de implementatie van deze KPI's in de organisatie (Von Saher & Vorwerk, 2004).

Een goede strategiekaart vereenvoudigt het ontwerp van KPI's aanzienlijk. Tot nu toe is in dit theoretisch kader veel aandacht besteed aan de stuurkant van de BSC. Gezien de probleemstelling is dit niet meer dan logisch. Het doel van deze thesis is namelijk om de KSF's te identificeren in de strategie van GGNNet door het ontwerp van een strategiekaart. De strategiekaart is bedoeld als basis voor de ontwikkeling van kritieke prestatie-indicatoren die gezamenlijk de BSC voor GGNNet moeten vormen.

De BSC wordt aangestuurd vanuit de afdeling planning en control. Hierbij gaat het erom de uitgevoerde stuuracties door het management te laten meten. De KPI's worden periodiek gerapporteerd en geanalyseerd. Op basis van deze metingen en analyses kan de organisatie bijgestuurd worden en kan de BSC periodiek worden bijgesteld. Bij dit meetproces komen de BSC en de planning en control cyclus bij elkaar (Von Saher & Vorwerk, 2004). De controller heeft van oudsher een beheersmatige, bewakende rol met een financiële oriëntatie. Hij had daarbij geen of weinig taken die te maken hadden met het uitzetten of bewaken van de strategie. Tegenwoordig wordt de controller juist op dit terrein een belangrijke rol toegedicht, onder andere bij ontwikkeling en implementatie van de BSC. De controller vormt het schakelpunt tussen de stuurkant en de meet- en rapportagekant van de BSC.

De planning en control cyclus is onlosmakelijk verbonden met de BSC. Als de samenhang tussen deze twee elementen ontbreekt, is effectieve organisatiebesturing in samenhang met de gestelde doelen onmogelijk. Het bijhouden van de BSC wordt dan alleen gezien als een administratieve lastenverzwaring terwijl de voordelen zeer vaag blijven (Von Saher & Vorwerk, 2004).

3 Methodiek

3.1 Participerend observeren

In dit hoofdstuk wordt een methode gepresenteerd om de kennis verzameld in het theoretisch kader toe te kunnen passen in de organisatie van GGNet. Het doel van dit onderzoek is om antwoord te geven op de probleemstelling die beschreven is in de inleiding:

Wat zijn de kritieke succesfactoren in de strategie van GGNet voor het boeken van een gezond bedrijfsresultaat op de Zvw-markt?

Een groot deel van deze thesis schreef ik op het hoofdkantoor van GGNet in Warnsveld. Door betrokken te zijn bij de dagelijkse gang van zaken was het mogelijk de benodigde informatie uit de praktijk te verzamelen. Ik had de mogelijkheid om strategische documenten in te zien en gesprekken te voeren met medewerkers die betrokken zijn bij het beleid van GGNet. Het uiteindelijke antwoord wat gegeven wordt op de probleemstelling is gekoppeld aan een advies. Als dit advies wordt opgevolgd, worden bepaalde veranderingen in de organisatie van GGNet in gang gezet. Ik tracht dus een zekere mate van invloed uit te oefenen op mijn onderzoeksterrein. Een dergelijke onderzoeksmethode is het beste te typeren als een participerende observatie (Berkens, 1997).

Yin (2003) beschrijft verschillende manieren om tijdens een onderzoek data te verzamelen, deze noemt hij de zes bronnen van bewijs. In tabel 1 worden de verschillende mogelijkheden voor dataverzameling weergegeven. In het vervolg van dit hoofdstuk presenteer ik een stappenplan om tot de beantwoording van mijn probleemstelling te komen. Daarbij geef ik aan welke vorm van dataverzameling ik heb gebruikt om de resultaten te kunnen presenteren.

<i>Data</i>	<i>Voorbeelden/ Uitleg</i>
Documentatie	Brieven, e-mails, notulen en andere geschreven documenten.
Archief bestanden	Begrotingen, jaarverslagen, budgetten en andere verzamelde data.
Interviews	Gesprekken met direct betrokkenen bestaande uit open vragen.
Directe observaties	Observaties die de onderzoeker doet bij een bezoek aan zijn onderwerp.
Indirecte observaties	Observaties van deelnemers in je onderzoek.
Fysieke artefacten	Fysiek bewijs van observaties in de vorm van bijvoorbeeld computerafdrukken.

Tabel 1: 'Zes bronnen van bewijs'(Yin,2003, pp.86)

3.2 Onderzoeksactiviteiten

In hoofdstuk 2 is de eerste stap van dit onderzoek gezet, een beschouwing van de beschikbare literatuur over het onderwerp. Het doel hiervan is het onderzoek van wetenschappelijke kennis te voorzien over het gebruik van strategiekaarten en het verband tussen de strategiekaart en de BSC.

In het onderzoek is de huidige strategie van GGNet met die van 2004 vergeleken. Door deze twee jaren met elkaar te vergelijken wordt een compleet beeld geschetst van een periode waarin de omgeving van GGNet sterk is veranderd. Ik laat zien wat de belangrijkste verandering in de omgeving is geweest en welke gevolgen dit heeft gehad voor de strategie en GGNet's strategiekaart. De elementen die als KSF opgenomen zijn in de huidige strategiekaart vormen de basis voor de beantwoording van de probleemstelling. Dit is in een logische volgorde gebeurd, te zien in het onderstaande stappenschema.

Stap 1: Het beschrijven van de strategie voor de overheveling van de curatieve GGZ naar de Zvw.

De eerste stap in het onderzoek is het beschrijven van de strategie van GGNet voor de overheveling van de curatieve GGZ naar de Zvw. Deze beschrijving wordt afgesloten met de presentatie van GGNet's strategiekaart in 2004. De benodigde gegevens zijn verzameld met behulp van een documentanalyse van de statuten van de stichting GGNet en het financieel jaaroverzicht 2004. Er is gekozen voor het jaar 2004 omdat in 2005 de plannen om de curatieve GGZ naar de Zvw geopenbaard werden. 2004 is zodoende het laatste jaar waarbij geen relatie gelegd kan worden tussen deze ontwikkelingen in de omgeving en de strategie van GGNet.

Stap 2: De belangrijkste veranderingen in de omgeving van GGNet beschreven: de rol van de zorgverzekeraar.

Met de overheveling van de curatieve GGZ van de AWBZ naar de Zvw is de regierol op de zorginkoopmarkt in handen gekomen van de zorgverzekeraar. De tweede stap in het onderzoek is om de rol van de zorgverzekeraar op de zorginkoopmarkt te schetsen en een beschrijving te geven van het zorginkoopproces. Publicaties over de ontwikkelingen in de Nederlandse gezondheidszorg van onderzoeks- en overheidsinstanties fungeren als bron.

Stap 3: Het beschrijven van de strategie na de overheveling van de curatieve GGZ naar de Zvw.

Vervolgens wordt de huidige strategie van GGNet geschetst en wordt de huidige strategiekaart van GGNet gepresenteerd. De beschrijving van de huidige strategie is uitvoeriger omdat er meer bronnen beschikbaar zijn dan voor de strategie in 2004. Naast een documentanalyse van het jaarverslag 2009 en de kaderbrief van 2010 zijn ook interviews gehouden met beleidsmakers binnen GGNet. Ook is het zorginkoopbeleid van Agis, GGNet's belangrijkste klant, geanalyseerd. De elementen die in de huidige strategiekaart zijn opgenomen vormen de kritieke succesfactoren voor het boeken van een gezond bedrijfsresultaat op de Zvw-markt.

Stap 4: Vergelijken van de strategiekaarten

De veranderingen in de omgeving hebben geleid tot andere strategische keuzes. Door de strategiekaarten met elkaar te vergelijken worden deze veranderingen beschreven. Dit gebeurt in twee gedeeltes. Eerst worden de bovenkant van beide strategiekaarten vergeleken, vervolgens de onderkant.

Stap 5: Presenteren van de bevindingen aan de opdrachtgevers.

De strategiekaarten zijn tijdens een presentatie voorgelegd aan mijn opdrachtgevers. Centraal stond daarbij de vraag of de strategiekaart geaccepteerd werd. Eventueel konden na afloop van deze bijeenkomst nog enkele aanpassingen in de strategiekaarten gemaakt worden.

4 De strategiekaart van GGNet

4.1 De strategie van GGNet voor de overheveling van curatieve zorg naar de Zvw

4.1.1 Het finaliteitperspectief

In profit-organisaties hangt het succes van de onderneming af van de mate waarin zij de verwachtingen van haar aandeelhouders waar kan maken. De winstgevendheid van een onderneming staat hierbij voorop en het financiële perspectief vormt de bovenste laag van de strategiekaart. GGNet is een stichting. Deze rechtsvorm houdt verband met haar bestaansrecht. Dit is het beste uit te leggen door te kijken naar de definitie die in Nederland gebruikt wordt voor een stichting:

“Een stichting wordt opgericht om met behulp van een vermogen een bepaald doel te realiseren. Het doel staat beschreven in de statuten. Een stichting kan een onderneming hebben en winst maken. De winst moet ten goede komen aan een ideëel of sociaal doel. Een stichting heeft geen leden” (Website Kamer van Koophandel, www.kvk.nl).

Het maximaliseren van het resultaat van aandeelhouders is niet het hoogste doel van een stichting. Winst is dus ondergeschikt in een stichting. Het doel van de stichting is ideëel of sociaal van aard en is vastgelegd in haar statuten. In de statuten van GGNet staat in artikel 2a vermeld wat haar doel is:

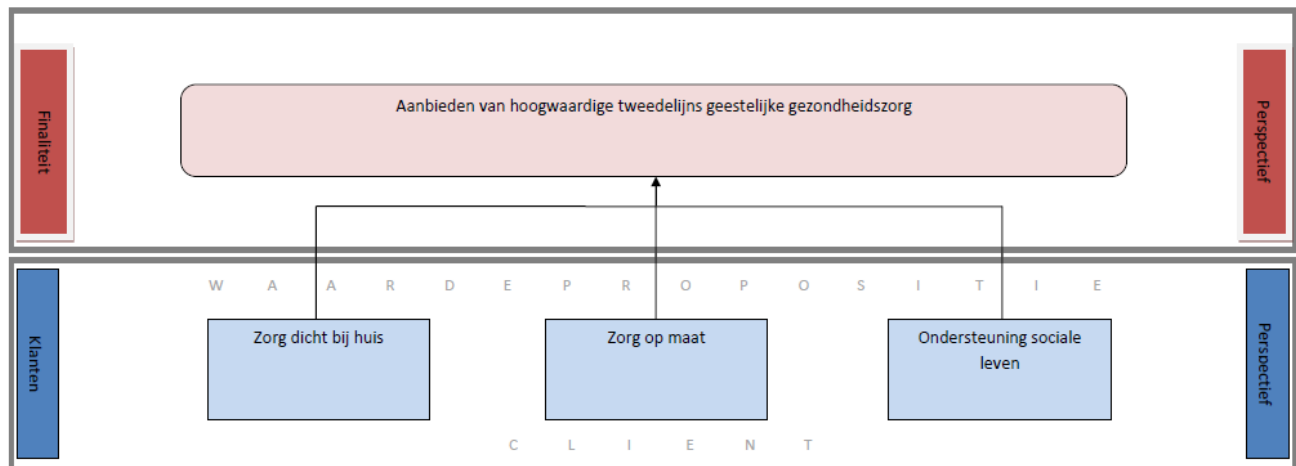
‘Het bieden van hulp in de geestelijke gezondheidszorg en in het bijzonder aan mensen met een psychiatrische problematiek’

In vakjargon wordt dit kortweg het verlenen van ‘tweedelijns’ geestelijke gezondheidszorg genoemd. Eerstelijns zorg is gericht op lichtere psychische klachten. De behandeling wordt bijvoorbeeld gegeven door een huisarts of een eerstelijns psycholoog. Tweedelijns zorg is gericht op zwaardere psychische klachten, zoals depressies en verslavingsproblemen. Een tweedelijns behandeling wordt bijvoorbeeld gegeven door een psychiater, psychotherapeut, tweedelijns psycholoog of door een verpleegkundige.

De stichting heeft zichzelf een maatschappelijke opdracht gegeven: Het aanbieden van hoogwaardige tweedelijns GGZ. De realisatie van deze doelstelling vormt het bestaansrecht van GGNet. Deze doelstelling vormde in 2004 in zijn geheel de bovenste laag van de strategiekaart. Dit perspectief wordt in dit geval het finaliteitperspectief genoemd. Met finaliteit wordt bedoeld het gericht zijn op het verwezenlijken van een einddoel (Brandt, 2003). Een logische vraag is waarom deze doelstelling niet in het klantenperspectief van GGNet geplaatst wordt. De reden is dat het ultieme einddoel van GGNet niet de tevredenheid van de individuele cliënt is maar het dienen van de gehele maatschappij. Door het klantenperspectief bovenaan te zetten zouden de individuele belangen van een cliënt primeren boven het maatschappelijke belang.

4.1.2 Het klantenperspectief

De strategie van GGNet was in 2004 gericht op het belang van de cliënt. Dat bleek onder andere uit de volgende tekst uit het jaarverslag: 'Het is belangrijk om goed te luisteren naar cliënten. Hun behoeften bepalen immers ons werk. Regelmatig hoor ik dat cliënten andere hulpverlening krijgen aangeboden dan waar ze om gevraagd hebben' (Jaarverslag GGNet 2004, p.14). De wensen van de cliënt vormden het uitgangspunt. De waardepropositie in GGNet's strategiekaart van 2004 was dan ook gericht op de wensen van de cliënt. In het jaarverslag staat beschreven dat cliënten reistijd als bezwaarlijk ervoeren. Dit bleek uit de reactie van cliënten wanneer GGNet deze doorverwees naar specialisten buiten het verzorgingsgebied van GGNet. Zorg moest goed bereikbaar zijn en dicht bij huis geleverd worden (Jaarverslag GGNet 2004, p.11). De cliënt had behoefte aan maatwerk en een gespecialiseerde behandeling (Jaarverslag GGNet 2004, p.9). Tot slot vervult de cliënt net als elke andere burger sociale rollen. GGNet diende deze cliënten te ondersteunen in deze rollen en zich niet expliciet te richten op de psychiatrische problematiek (Jaarverslag GGNet 2004, p.13). Schematisch wordt deze waardepropositie weergegeven in figuur 7.



Figuur 7: Het finaliteit- en klantenperspectief van GGNet's strategiekaart in 2004 (bron: eigen werk)

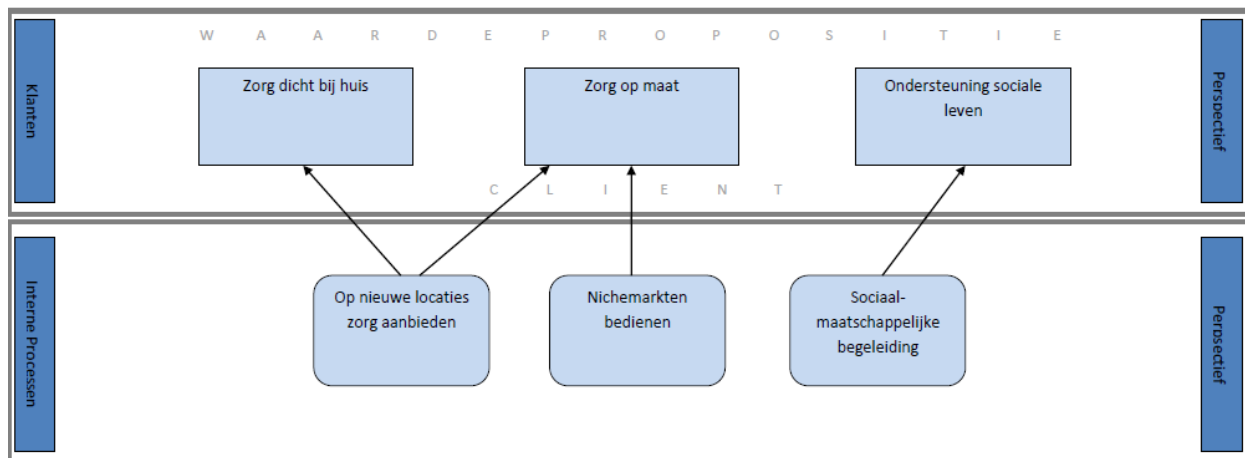
4.1.3 Interne processenperspectief

In het jaardocument staan veel initiatieven gepresenteerd die aansluiten op de waardepropositie van de cliënt. De initiatieven in het interne processenperspectief waren er op gericht de kwaliteit van het aanbod te verhogen en cliënten te bereiken die op dat moment niet op maat bediend werden. De belangrijkste initiatieven uit die tijd worden hieronder beschreven. Het interne processenperspectief en de relatie tot de waardepropositie van GGNet's strategiekaart in 2004 wordt daarna gepresenteerd (figuur 8).

GGNet bood in 2004 zorg aan op nieuwe locaties. Voorbeelden hiervan waren het aanbieden van behandelingen bij cliënten thuis of zelfs het ter plekke aanbieden van zorg aan Nederlanders die overwinterden in Spanje (Jaarverslag GGNet 2004, p. 11, 12).

Er werden in 2004 programma's ontwikkeld voor cliëntgroepen die nog niet op maat bediend werden. Vanuit bedrijfskundig perspectief worden dit nichemarkten genoemd. Voorbeelden waren de hulpprogramma's voor jonge moeders met psychiatrische problemen, hulpprogramma's voor niet aangeboren hersenletsel en het openen van een nieuwe kliniek speciaal voor jongeren.

GGNet wilde waar nodig cliënten ondersteunen in hun sociale leven. Daarvoor schreven behandelaren begeleidingsplannen. Ook werd er samengewerkt met woningbouwcoöperaties om cliënten zonder sociale structuur, waarvan de behandeling eindigt, te helpen aan geschikte woonruimte (Jaarverslag GGNet 2004, p.13, 22).

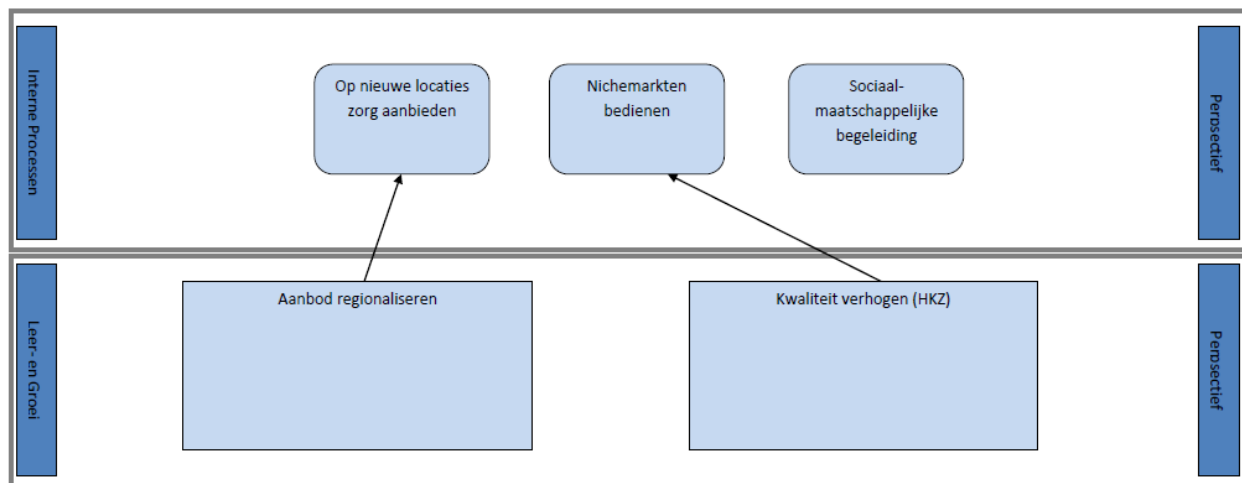


Figuur 8: Het interne processenperspectief van GGNet's strategiekaart in 2004 (bron: eigen werk)

4.1.4 Leer- en groeiperspectief

GGNet had in 2004 haar kenniscentrum laten inventariseren welke initiatieven GGNet moest ondernemen om in aanmerking te komen voor HKZ-certificering. HKZ staat voor Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector. Dit is een stichting die toetst of de zorginstelling voldoet aan de gestelde kwaliteitseisen (Website stichting HKZ, www.hkz.nl). Het certificaat was voor GGNet geen doel op zich. Het ging haar om de verbetering van de kwaliteit van haar aanbod (Jaarverslag GGNet 2004, p.20).

Daarnaast stelde GGNet in 2004 dat ze haar behandelaanbod in de toekomst verder wilde regionaliseren zodat de zorg binnen handbereik zou komen voor iedere burger. Daarvoor wilde ze gaan samenwerken met huisartsenpraktijken en ziekenhuizen (Jaarverslag GGNet 2004, p.21 en p.22). GGNet's leer- en groeiperspectief wordt schematisch weergegeven in figuur 9.



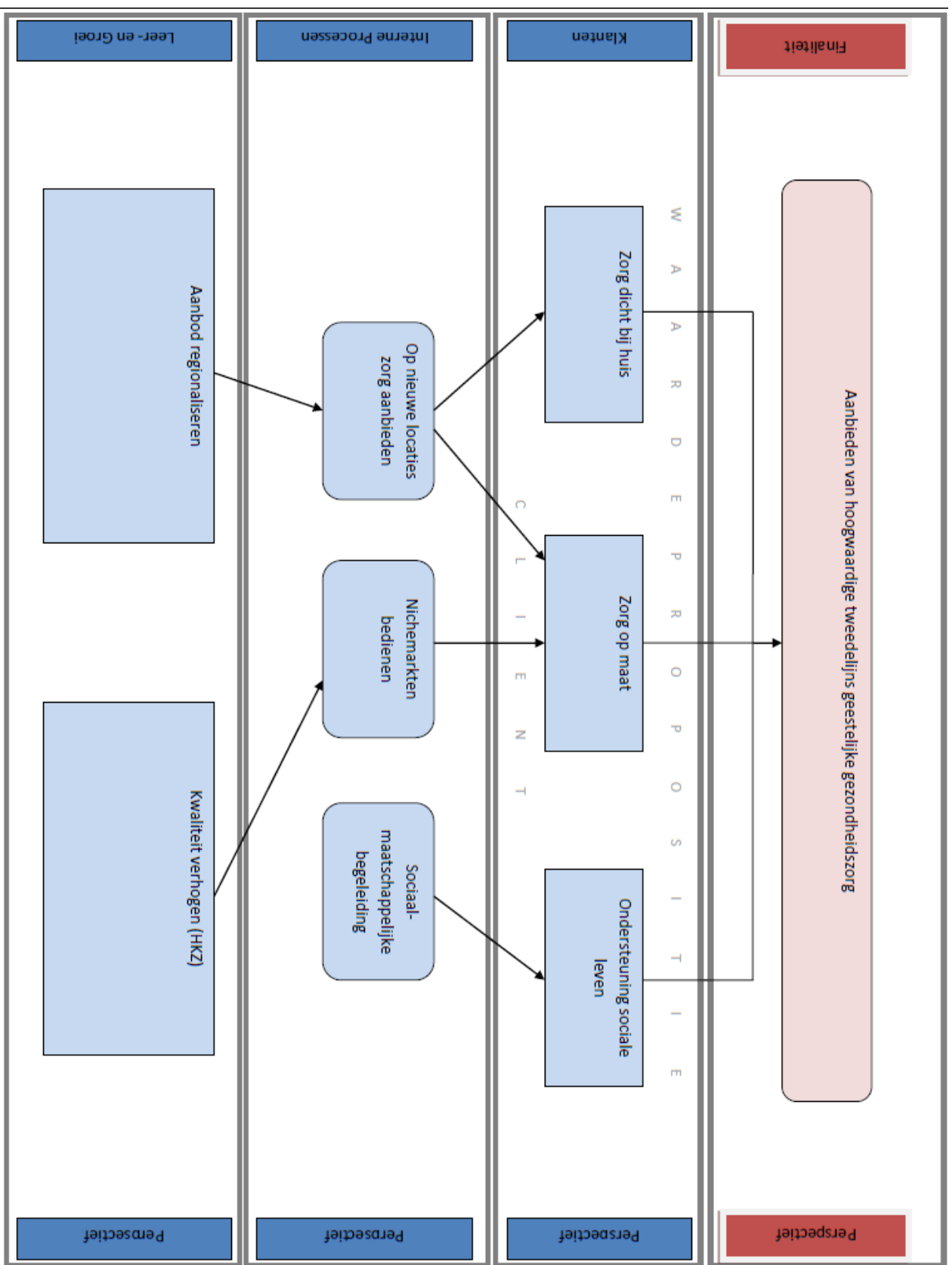
Figuur 9: Het leer- en groeiperspectief van GGNet's strategiekaart in 2004 (bron: eigen werk)

4.1.5 De strategiekaart in 2004

Op de volgende pagina wordt de strategiekaart van GGNet in zijn geheel weergegeven. De strategiekaart is een weergave van doelstellingen, initiatieven en verbanden in de vier verschillende perspectieven. Elk element van de strategiekaart draagt bij aan de doelstelling in het finaliteitsperspectief: het aanbieden van hoogwaardige tweedelijns geestelijke gezondheidszorg.

Financiële doelstellingen vormden geen onderdeel van GGNet's strategiekaart in 2004 omdat deze geen onderdeel vormden van de strategie. In de oude situatie was de overheid verantwoordelijk voor de uitvoering van de AWBZ. Op grond van budgetafspraken kreeg GGNet maandelijks een voorschot van het zorgkantoor (overheid). De verantwoording van de geleverde zorg vond achteraf plaats en was niet op persoonsniveau maar op instellingsniveau. Dit hield in dat de verantwoording geen gedetailleerde registratie vereiste. GGNet was in het oude systeem wel verzekerd van inkomsten die ontvangen werden voordat de kosten gemaakt werden (Ministerie van VWS, 2008).

In het jaarverslag werd wel gewezen op de registratieplicht: 'Zorg heeft tenminste twee kanten: de inhoudelijke en de bedrijfseconomische. Met die laatstgenoemde voelen hulpverleners zich nog te weinig vertrouwd. De overheid en cliëntenorganisaties verwachten van ons dat wij kunnen aantonen wat wij met ons geld doen. Een kwestie van efficiënt en transparant werken en de registratiediscipline onder de hulpverleners aanscherpen' (Jaarverslag GGNet 2004, p.7). De gevraagde registratie werd beschouwd als een 'beheertaak' voor de managers (Jaarverslag GGNet 2004, p.15).



Figuur 10: GGNet's strategiekarta in 2004 (bron: eigen werk)

4.2 De veranderingen in de omgeving van GGNet: de toegenomen invloed van de zorgverzekeraar

In het inleidende hoofdstuk van deze thesis is de overheveling van de curatieve GGZ van de AWBZ naar de Zvw beschreven. Deze verandering in de wetgeving heeft de omgeving waarin GGNet acteert sterk veranderd. Met de overheveling van de curatieve GGZ naar de Zvw heeft de overheid de regierol in handen gegeven van de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar maakt individueel afspraken met zorgaanbieders, dit gebeurt op de zorginkoopmarkt en wordt zorginkoop genoemd.

De zorginkoop in de GGZ is georganiseerd volgens het zogenaamde marktleidermodel. Per regio koopt de verzekeraar die voor het betreffende gebied marktleider is de zorg in. Deze verzekeraar wordt de penvoerder genoemd. De afspraken die de penvoerder met de GGZ-aanbieder maakt zijn bindend voor de andere zorgverzekeraars. De onderhandelingen tussen de zorgverzekeraar en zorgaanbieder moeten zorgen voor een optimale verhouding tussen de kwaliteit en prijs van de zorg. Bij de onderhandelingen wordt ook de tweede marktleider betrokken. Deze zorgverzekeraar kijkt over de schouder mee. In sommige gevallen wil deze tweede marktleider budget verlenen voor initiatieven van de zorgaanbieder waar de penvoerder niet toe bereid is (Trimbos instituut, 2009).

De zorginkoopprocedure is daarbij als volgt opgebouwd. Bestaande instellingen kunnen rekenen op een garantiebudget. Dit garantiebudget bestaat uit een bepaald percentage van het budget van het afgelopen jaar. Tijdens de zorginkoopprocedure voor 2011 kon GGNet rekenen op een garantiebudget van 85% (Agis, 2010). Het overige deel van het budget kan de zorgaanbieder verdienen op basis van diverse prestaties. De wijze waarop dit extra budget te verdienen is verschilt per zorgverzekeraar. Aanbieders moeten voldoen aan diverse criteria op het gebied van onder andere kwaliteit, prijs en transparantie. Men kan op deze criteria punten verdienen waarna door middel van een berekening van de zorgverzekeraar het aangegeven garantiebudget opgehoogd kan worden. De spelregels over het prestatiebudget en de hoogte van het garantiebudget kunnen per zorgverzekeraar verschillen (Nederlandse Zorgautoriteit, 2010).

Een aantal tendensen komen duidelijk naar voren wanneer de eisen en voorwaarden die de zorgverzekeraars stellen voor het prestatiebudget bekeken worden. In de eerste plaats is de inkoopprijs voor zorgverzekeraars een cruciale factor. Zorgverzekeraars kijken daarbij ook naar de doelmatigheid. Wanneer blijkt dat een zorgaanbieder meer dan gemiddeld tijd besteed aan een bepaald soort behandeling kan dit negatieve gevolgen hebben voor haar budget. In de tweede plaats is de transparantie van de zorgaanbieder belangrijk voor de zorgverzekeraar. Het gaat om transparantie vooraf waarbij de zorginstelling duidelijk maakt welke vorm van zorg hij aanbiedt en om transparantie achteraf in de vorm van DBC-registratiegegevens, tevredenheids- en prestatiemetingen. De focus ligt daarbij voornamelijk op de informatievoorziening over de kwaliteit van de zorg (Trimbos instituut, 2009).

Als blijkt dat een aanbieder aan het eind van het jaar minder heeft geproduceerd dan afgesproken, dient het bijbehorende budget te worden ingeleverd. Dit wordt een onderproductie genoemd. Bij een overproductie zijn de extra kosten voor rekening van de aanbieder zelf, tenzij de aanbieder kan aantonen dat die overproductie niet het gevolg is van inefficiënte bedrijfsvoering (maar bijvoorbeeld

door een toename van het aantal cliënten) en de zorgverzekeraar hierin mee wil gaan. De zorgverzekeraar moet dan wel over de benodigde financiële ruimte beschikken. Het is de vraag hoe lang de systematiek van garantiebudgetten overeind zal blijven. De branchevereniging van de zorgverzekeraars (Zorgverzekeraars Nederland) heeft zijn leden geadviseerd de garantiebudgetten geleidelijk te verlagen en toe te werken naar een toekomst waarbij er geen sprake meer is van garantiebudgetten. Wanneer de zorgverzekeraars dit advies overnemen betekent dit dat de invloed van de eisen en voorwaarden die de verzekeraars stellen voor het prestatiebudget een steeds grotere invloed hebben op het budget van de zorgaanbieder (Trimbos instituut, 2009).

In regio waar GGNet actief is zijn Agis en Menzis marktleider. Daarvan is Agis penvoerder. Het inkoopbeleid van Agis heeft dan ook grote invloed op het Zvw-budget van GGNet.

Agis gaat bij de inkoop van zorg zoveel mogelijk uit van het perspectief van haar eigen cliënt, consumenten die een zorgverzekering hebben afgesloten bij de verzekeraar. Agis zet daarbij in op een hoogstaand en divers aanbod voor een aanvaardbare prijs. De inkoopmethodiek van Agis zal de komende jaren steeds meer groeien naar een systeem van *Pay for Performance*. Dit zijn prijsafspraken waar kwaliteit- en doelmatigheidsprestaties onderdeel vanuit maken. Transparantie is belangrijk, Agis wil zicht hebben op de kwaliteit die de zorgaanbieders leveren (Agis, 2010).

De tweedelijns GGZ moet niet onnodig belast worden met problematiek die in de eerste lijn kan worden opgevangen. Om die reden is Agis voor ondersteuning van de huisartspraktijken en is zij geïnteresseerd in dienstverlening via het internet. Agis stimuleert *extramuralisering*. Dit houdt in dat, behalve een kleine groep patiënten die is aangewezen op intramurale zorg (in een instelling), hulpverlening zoveel mogelijk in een (beschermde) woonomgeving plaats moet vinden. Omdat dit ook kostenbesparend werkt is Agis in staat voor meer cliënten zorg in te kopen. Kortom, Agis wil zoveel mogelijk lange behandeltrajecten in de tweede lijn voorkomen (Agis, 2010). Dit meerjarenperspectief vormt samen met een aantal speerpunten voor de korte termijn de basis voor de zorginkoopprocedure.

Als bestaande GGZ-instelling kan GGNet rekenen op een garantiebudget van 85% ten opzichte van het bestaande budget. De resterende 15% wordt onder de instellingen verdeeld tijdens de zorginkoopprocedure en betreft het prestatiebudget. Voor een individuele GGZ-instelling kan dit percentage hoger of lager uitvallen dan het gemiddelde door een goede score op de inkoopcriteria of het voeren van een goed zorginkoopgesprek. Op deze manier kan het budget van een instelling dus boven of onder de 100% uitkomen.

4.3 De strategie van GGNet na de overheveling van curatieve zorg naar de Zvw

4.3.1 Het finaliteitsperspectief

De beschreven veranderingen in de omgeving hebben invloed op het beleid van GGNet. De strategie van GGNet in 2011 is ten opzichte van 2004 gewijzigd. Dat blijkt onder andere in het huidige finaliteitsperspectief van GGNet.

Het finaliteitsperspectief van GGNet na de overheveling van de curatieve zorg naar de Zvw bestaat, anders dan voorheen, uit twee doelstellingen. Het bestaansrecht van GGNet is onveranderd gebleven. De doelstelling ‘Aanbieden van hoogwaardige tweedelijns GGZ’ is dan ook nog steeds de belangrijkste doelstelling in het finaliteitsperspectief.

Zorgverzekeraars hebben, binnen de regels van de Zvw, de vrijheid zelf invulling te geven aan een overeenkomst met GGNet. Zij oefenen daarmee rechtstreeks invloed uit op het bedrijfsresultaat van GGNet. Een positief bedrijfsresultaat is voor GGNet een harde voorwaarde om te kunnen functioneren als GGZ-aanbieder. Het behalen van een gezond bedrijfsresultaat op de markt voor curatieve geestelijke gezondheidszorg is dan ook als tweede doelstelling opgenomen in het finaliteitsperspectief. De doelstelling behoort in het finaliteitsperspectief omdat deze grote invloed heeft op de continuïteit van de stichting GGNet.

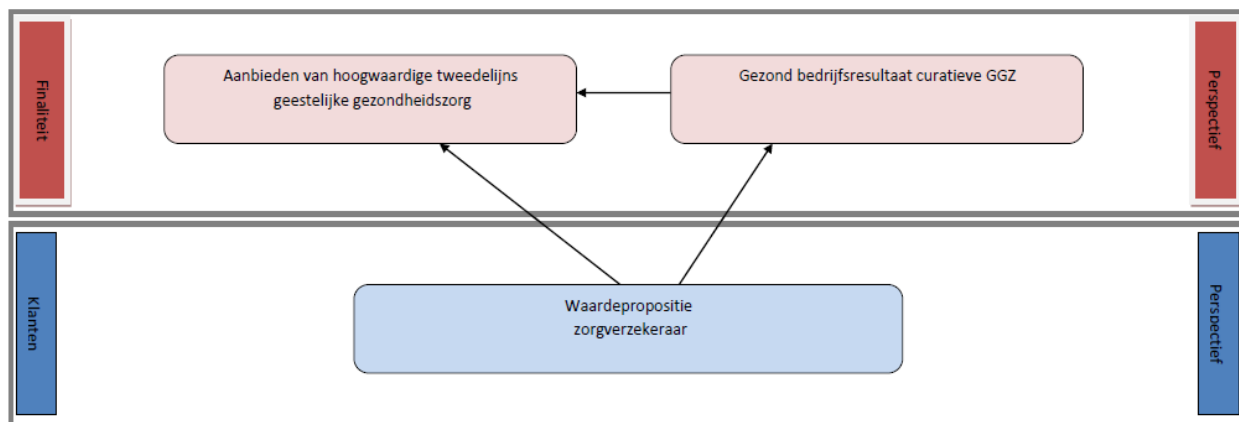
4.3.2 Het klantenperspectief

GGNet houdt tegenwoordig niet alleen rekening met het belang van de cliënt maar kijkt ook naar de wensen van andere partijen. ‘Onder ‘klanten’ worden niet alleen de hulpbehoevenden verstaan, maar vooral ook de zorgverzekeraar. Het afgelopen jaar heeft GGNet al geleerd om van buiten naar binnen te kijken. Dat wil zeggen dat vanuit het perspectief van de klant naar het eigen aanbod wordt gekeken, om te verifiëren of het daadwerkelijk aansluit bij de behoefte’ (kaderbrief 2010, p.2). Tijdens de interviews wordt dit verduidelijkt. ‘De cliënt is niet de klant. De cliënt ondergaat een behandeling’ (interview Directeur Financiën 24 november 2010) ‘De laatste jaren is het belang van de zorgverzekeraar naast het belang van de cliënt komen te staan’ (interview secretaris Raad van Bestuur [RvB] 16 november 2010).

De voorwaarden en eisen die de verzekeraar stelt komen in sommige gevallen niet overeen met die van de cliënt. De strategie van GGNet is erop gericht om de belangen van beide partijen te behartigen. Deze situatie wijkt af van een normaal klantenperspectief waarbij de afnemer van de dienst of product ook degene is die daarvoor betaald. In de GGZ-sector ondergaat de cliënt de behandeling en wordt deze vervolgens betaald door de verzekeraar.

De strategiekaart die in deze thesis ontworpen is identificeert de KSF's in de strategie van GGNet gericht op het behalen van een gezond bedrijfsresultaat op de Zvw-markt. Het bedrijfsresultaat wordt in belangrijke mate beïnvloed door het resultaat wat GGNet boekt op de zorginkoopmarkt. De zorgverzekeraar is de klant die de zorgverlening van GGNet financiert. In deze strategiekaart worden de belangen van de zorgverzekeraar dan ook vertaald in de waardepropositie. De zorgverzekeraar moet geïnteresseerd zijn in de waardepropositie die GGNet aanbiedt. Het gezonde bedrijfsresultaat stelt GGNet vervolgens in staat om te kunnen fungeren als aanbieder van hoogwaardige GGZ. Doordat de

zorgverzekeraar de patiënt vertegenwoordigd zullen een aantal aspecten van de waardepropositie ook direct in verband staan met het aanbieden van hoogwaardige zorg in het finaliteitsperspectief. Dit is weergegeven in figuur 11.



Figuur 11: Het finaliteit- en klantenperspectief in grote lijnen. (bron: eigen werk)

De waardepropositie

Omdat in een ideale situatie de waardepropositie één op één aansluit met de wensen van de klanten van GGNet heb ik een analyse gemaakt van het zorginkoopbeleid van haar belangrijkste klant, Agis. De volledige analyse is terug te vinden in appendix A. Hieronder presenteer ik mijn belangrijkste bevindingen.

De vragen die gesteld zijn door Agis tijdens de zorginkoopprocedure zijn geanalyseerd om de inkoopcriteria van Agis in kaart te brengen. De inkoopcriteria van Agis zijn gerangschikt naar belangrijkheid door aan de inkoopcriteria twee wegingsfactoren toe te kennen.

De curatieve GGZ is door Agis onderverdeeld in 5 deelmarkten. De deelmarkten zijn onderverdeeld op basis van het type klachten en daarnaast wordt er onderscheid gemaakt tussen volwassenen en jeugd. Per deelmarkt worden andere vragen gesteld. De eerste wegingsfactor gebruikt in deze analyse is de mate waarin GGNet actief is in een deelmarkt. Hoe belangrijker de deelmarkt voor GGNet, des te zwaarder tellen de vragen mee in mijn analyse.

Agis heeft aan elk criterium een maximale score gekoppeld die per vraag verschilt. Hoe belangrijker het criterium, hoe meer punten er te verdienen zijn. Deze maximale score per criterium is het uitgangspunt voor de tweede wegingsfactor.

Ik heb de inkoopcriteria vervolgens gerangschikt naar belangrijkheid en geclusterd in onderwerpen. Het resultaat is te zien in tabel 2. De eerste kolom geeft de onderwerpen weer, de tweede kolom de inkoopcriteria die hierbij horen en de derde kolom geeft aan hoe zwaar het onderwerp procentueel meetelt in de inkoopprocedure voor GGNet. Deze percentages tellen niet op tot 100%. Dit komt omdat de minder belangrijke onderwerpen niet opgenomen zijn in de tabel. Voor het volledige overzicht van de inkoopcriteria en de berekeningen verwijs ik wederom naar appendix A.

Onderwerp	Inkoopcriteria zorginkoopprocedure Agis 2011	Wegingsfactor
Transparantie	- Tijdig aanleveren gegevens - Houden van ROM Metingen en aanleveren bij KZN - Respons klanttevredenheidsonderzoek	38%
Concurrerende prijs	- Korting op NZa-tarief - Upcoading - Hoeveelheid onderhanden werk - Verhouding direct/indirect werken	28%
Communicatie patiënt	- Informatievoorziening aan patiënten - Zinnvolle daginvulling bespreken - Betrekken van familie en naasten	17%

Tabel 2: De belangrijkste criteria van zorgverzekeraar Agis tijdens de zorginkoop 2011
(bron: Zorginkoopprocedure Agis 2011 curatieve GGZ-aanbieders)

Uit mijn analyse blijkt dat Agis de GGZ-aanbieder vooral op 3 punten toetst: de transparantie van de zorgaanbieder, de communicatie met de patiënt en de prijs.

Opvallend is de sterke wens van Agis om op een correcte manier geïnformeerd te worden over de resultaten van GGNet als zorgaanbieder. Ruim een derde van de punten (38%) is te verdienen door transparant te zijn. Daarbij toetst de zorgverzekeraar niet de inhoud van de informatie maar het feit dat deze op een juiste manier verzameld en op een juiste en tijdige manier gepresenteerd wordt.

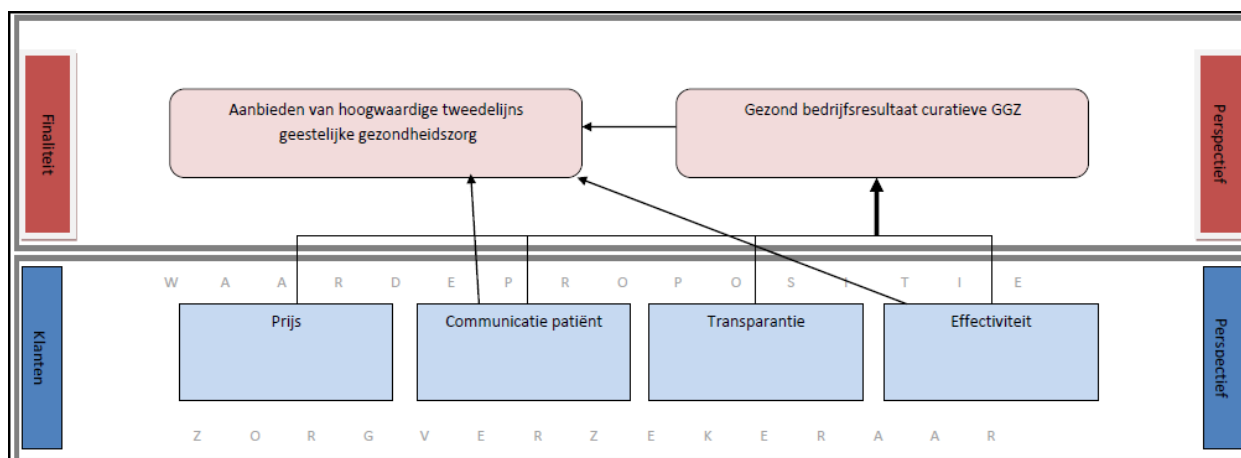
Niet alleen wil de zorgverzekeraar correct geïnformeerd worden, dit moet ook voor haar cliënten gelden. Door de cliënt goed te informeren over zijn behandeling, de familie daarbij te betrekken en te praten over een zinvolle dagbesteding kan het prestatiebudget aanzienlijk verhoogd worden. 17% van de vragen gaan over de communicatie met de patiënt.

Van de vragen die de zorgverzekeraar stelt heeft 28% betrekking op de prijs die GGNet de zorgverzekeraar kan bieden en aspecten die deze prijs kunnen verlagen. Het NZa-tarief is het maximumtarief wat een zorgaanbieder mag vragen. De zorgverzekeraar ziet graag dat GGNet een tarief hanteert dat onder dit maximum zit en honoreert dit in de inkoopprocedure. Daarnaast wordt de zorgaanbieder beloond wanneer de hoeveelheid onderhanden werk laag is en behandelingen efficiënt weten te werken. Tot slot let zij erop dat behandelingen niet doelbewust net boven de grens van een duurdere DBC worden afgesloten om de inkomsten te vergroten. Dit wordt *upcoading* genoemd (Website Agis, www.agisweb.nl).

De invloed van de prijs op het bedrijfsresultaat van GGNet is in werkelijkheid nog iets groter dan de hierboven gestelde 28%. Wanneer GGNet inefficiënt werkt door minder mensen voor het afgesproken budget te helpen levert zij een onderproductie. De zorgverzekeraar mag GGNet dan korten in haar budget. Overigens komt het maar zelden voor dat wanneer GGNet een overproductie behaalt (meer mensen helpt voor het afgesproken budget) zij extra budget van de zorgverzekeraar ontvangt.

De kans is aanwezig is dat binnen een aantal jaren het marktleidermodel wordt afgeschaft. In dat geval is niet alleen Agis klant van GGNet maar vervullen alle (grote) zorgverzekeraars een rol tijdens de zorginkoopprocedure. Daarom heb ik ook de zorginkoopdocumenten van twee andere grote zorgverzekeraars bekeken, op zoek naar gelijkenissen en verschillen met het zorginkoopdocument van Agis. In hoofdlijnen verschillen de inkoopcriteria niet. Alle hierboven genoemde criteria zijn ook vertegenwoordigd in het zorginkoopbeleid van Menzis en de UVIT-groep (Zorginkoopdocumenten Menzis en UVIT, 2010).

Op basis van de analyse heb ik de elementen *transparantie*, *prijs* en *communicatie met de patiënt* in de waardepropositie geplaatst (zie figuur 12).



Figuur 12: De waardepropositie van GGNet in de huidige strategiekaart en het verband met het finaliteitsperspectief (bron: eigen werk)

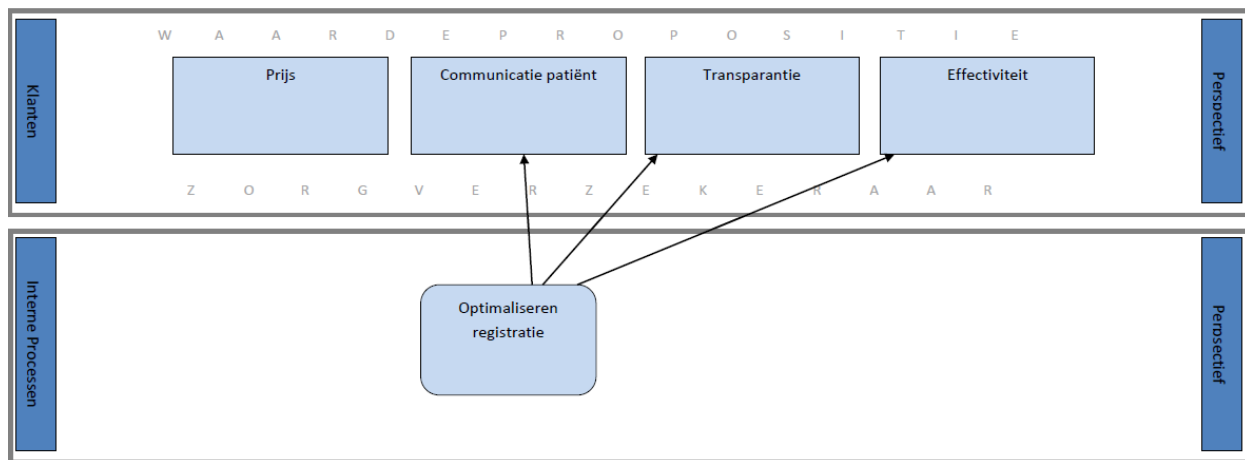
Effectiviteit is het vierde element in de waardepropositie. In de zorginkoopprocedure van de zorgverzekeraars wordt nog niet gevraagd naar de inhoudelijke scores van de effectiviteitsmetingen. Het is nog lastig om de kwaliteit van een GGZ-behandeling zichtbaar te krijgen. Hoewel er in de sector een discussie aan de gang is over de vraag op welke manier dit het beste kan gebeuren zijn alle partijen ervan overtuigd dat openheid over het resultaat een goede zaak is (GGZ Nederland, 2009). Omdat het gebruik van effectiviteitsmetingen in de GGZ nog volop in ontwikkeling is wordt de gevraagde aanlevering van informatie nu alleen nog op procesmatige criteria beoordeeld. In de toekomst zal meer en meer inhoudelijk naar deze informatie gekeken worden.

Een goede communicatie met de patiënt en een effectieve behandeling is niet alleen in het voordeel van de zorgverzekeraar maar zeker ook voor de hulpbehoevende zelf. Dit wordt weergegeven in de strategiekaart met een directe verbinding tussen deze twee onderdelen van de waardepropositie en de doelstelling ‘aanbieden van hoogwaardige tweedelijns GGZ’ in het finaliteitsperspectief.

4.3.3 Het interne processenperspectief

Het interne processenperspectief van de huidige strategiekaart bestaat uit doelstellingen om invulling te geven aan de waardepropositie die geformeerd is in het klantenperspectief. Deze bijdragen zijn van doorslaggevend belang voor het succesvol invullen van de waardepropositie. De doelstellingen worden hieronder beschreven en geïllustreerd met een schematische weergave van dat element in GGNet's strategiekaart.

Optimaliseren registratie



Figuur 13: Verband tussen 'optimaliseren registratie' en de waardepropositie (bron: eigen werk)

De laatste jaren heeft GGNet veel energie gestoken in het op orde brengen van de basisadministratie. Daardoor is ze nu in staat om veelal financiële gegevens correct en op tijd aan te leveren bij de zorgverzekeraar. De uitdaging is nu om deze registratie te optimaliseren. GGNet moet steeds meer inzicht krijgen in de kwaliteit en effectiviteit van de behandeling. ROM lijkt hiervoor het meest geschikte instrument.

ROM is het aan de hand van vragenlijsten meten van de ernst van de problematiek, kwaliteit van leven en het dagelijks functioneren. ROM bestaat uit een voormeting en in ieder geval één herhalingsmeting. De vragenlijsten worden ingevuld door de cliënt (Website GGNet, www.ggnet.nl). "ROM is erg belangrijk voor GGNet. ROM is vooral belangrijk als instrument om te voldoen aan de eisen van de zorgverzekeraar. Om deze reden gaat GGNet hier ook zeker mee door" (interview secretaris RvB 16 november 2010).

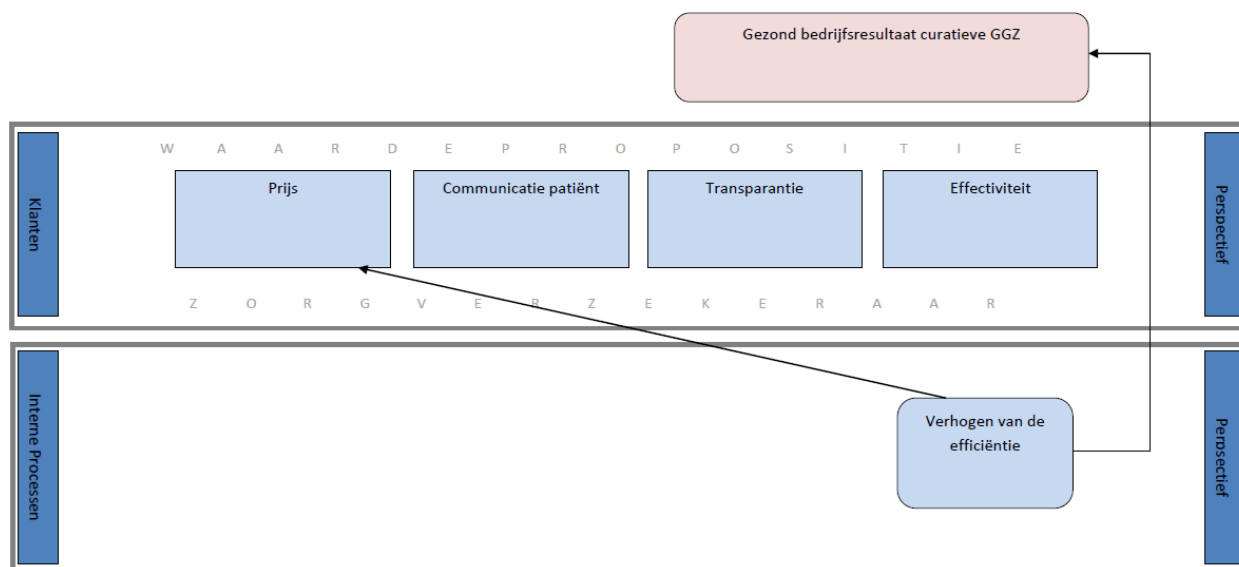
In 2010 zijn maar een heel klein aantal herhalingsmetingen uitgevoerd (150 op meer dan 10.000 cliënten). In december 2010 is de projectgroep ROM opgericht om ROM in de hele organisatie te implementeren. Het doel is om meer dan 5000 voor- en herhalingsmetingen uit te voeren Dat is bij 30%

van de cliënten. Om de respons flink te laten stijgen is er voor gekozen een (online) systeem te gebruiken waarbij cliënten zonder tussenkomst van de behandelaar worden gevraagd om mee te doen aan de metingen. (Interview projectleider ROM 4 februari 2011). Met het organisatiebreed implementeren van ROM wordt een bijdrage geleverd aan de transparantie van GGNet.

Het optimaliseren van de registratie draagt ook bij aan de communicatie met de patiënt. Doordat de ROM-vragen gesteld worden in begrijpelijke taal zijn de resultaten goed te communiceren met de cliënt. De cliënt krijgt zo meer informatie over de voortgang van de behandeling. Het resultaat van de behandeling wordt inzichtelijk voor de cliënt via *My GGNet Online*. Dit is een digitaal informatieportaal voor de cliënt (Interview projectleider ROM 4 februari 2011). Meer hierover is te lezen onder het kopje ‘aanbieden hybride behandelvormen’.

Daarnaast is het de bedoeling dat ROM in de nabije toekomst bijdraagt aan het verbeteren van de kwaliteit en effectiviteit van de behandeling. Gegevens van grote groepen cliënten komen beschikbaar voor analyse. Daarbij kan het effect van bijvoorbeeld behandelduur en behandelmethodes vergeleken worden (Interview projectleider ROM 4 februari 2011). Deze doelstelling is nog niet geconcretiseerd voor 2011 maar zou, wanneer ROM is ingebed in het behandelproces, op termijn de responsdoelstelling kunnen vervangen.

Verhogen van de efficiëntie



Figuur 14: Verband tussen ‘verhogen van de efficiëntie’ en de waardepropositie en het finaliteitsperspectief (bron: eigen werk)

Om de kosten en de prijs van haar zorgverlening beheersbaar te houden wil GGNet haar efficiëntie verhogen. Dit wil zij op twee manieren bereiken. De overheadkosten moeten teruggebracht worden en de capaciteit van de organisatie moet maximaal benut worden.

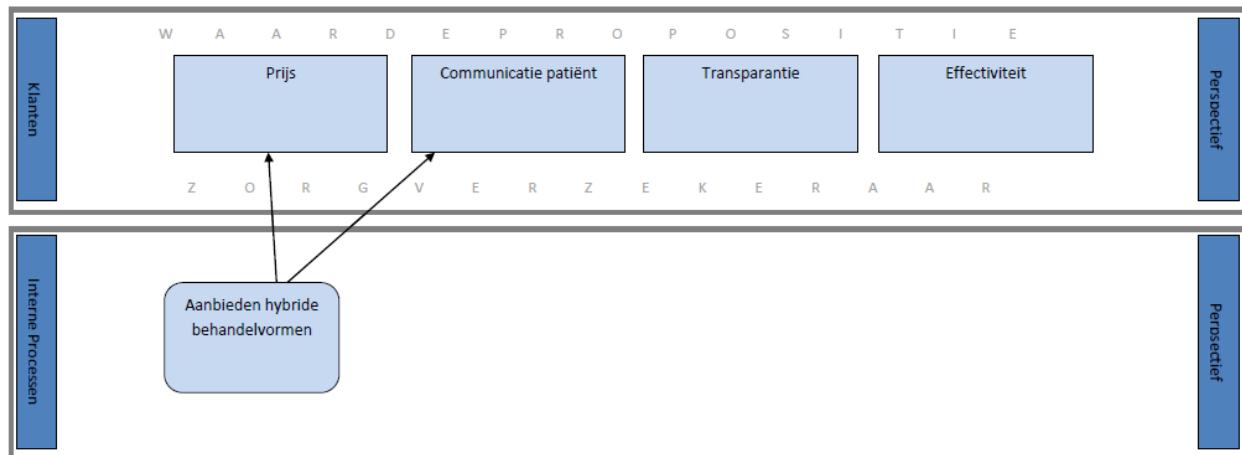
Op dit moment ligt het percentage overhead op 24%. De doelstelling komt voort uit een advies van een extern bureau dat de overheadkosten van GGNet vergeleken heeft met andere zorgaanbieders in Nederland. Om in staat te zijn efficiënter te werken en beter om te kunnen gaan met de DBC-systematiek die in Nederland is ingevoerd moeten de klantlogistieke processen worden verbeterd. Deze processen bestaan uit de registratie en facturatie van cliënten en hun behandelingen. “Het onderzoeksrapport heeft laten zien dat GGNet meer mensen dan gemiddeld inzet in de klantlogistiek en dat dit daarnaast relatief goedkope krachten zijn. Het feit dat dit voornamelijk goedkope krachten zijn houdt verband met het opleidingsniveau. GGNet wil de bezetting nu verbeteren door het werk met minder, maar wel hoger geschoolde mensen te doen”(interview secretaris RvB 16 november 2010). “De kosten moeten teruggebracht worden door het juiste systeem te laten gebruiken door de juiste persoon op de juiste plek in de organisatie. De intentie is om alles in één keer goed te doen in plaats van het inbouwen van controlemechanisme om de fouten op te sporen”(interview Directeur Financiën 24 november 2010). De maatregelen moeten de overheadkosten terugbrengen en daardoor het aanbieden van geestelijke gezondheidszorg goedkoper maken.

In 2011 hanteert GGNet een nieuw organisatiemodel. Het organisatiemodel bestaat niet meer uit resultaat verantwoordelijke eenheden (RVE's) maar uit zorglijnen. De indeling van RVE's was gebaseerd op geografische ligging. Het uitgangspunt van de kanteling naar zorglijnen is om op basis van zorginhoud de organisatieonderdelen te vormen. Het oude model versterkte de focus op de eigen eenheid en belemmerde het belang van GGNet als geheel. GGNet werkt nu met nog maar 5 verschillende zorglijnen (Kaderbrief 2011). “Alle contacten met de zorgverzekeraar gaan over ziektebeelden en niet over de locaties in het verzorgingsgebied waar de behandelingen plaats moeten vinden. Je kunt nu één GGNet-breed beleid voeren, functies samenvoegen en dienstverlening concentreren ” (interview Directeur Financiën 24 november 2010). De nieuwe structuur kan een belangrijke bijdrage leveren aan de vermindering van de overheadkosten doordat ondersteunende en administratieve processen wellicht geconcentreerd kunnen worden op één locatie. Dit moet weloverwogen gebeuren waarbij voorkomen moet worden dat de olie uit de machine verdwijnt (Interview directeur kortdurende zorg 1 februari 2011).

De capaciteit van GGNet moet daarnaast zo goed mogelijk ingezet worden om de productiviteit te optimaliseren. Het efficiënt inrichten van je bedrijfsprocessen zorgt uiteindelijk voor een hoger bedrijfsresultaat. Twee factoren bepalen de productiviteit van de organisatie. Ten eerste moeten de behandelaren zo veel mogelijk tijd besteden aan het behandelen van patiënten. Deze tijd kan namelijk gefactureerd worden. Een tweede factor waar GGNet naar kijkt is de bedbezetting. Het aantal bedden op een afdeling dat onbezet blijft levert wel kosten op door de inzet van personeel en de kosten van het gebouw, maar geen inkomsten. Een hoge bedbezetting zorgt ervoor dat de capaciteit van de organisatie efficiënt ingezet wordt.

Het terugbrengen van de overheadkosten en het optimaal benutten van de capaciteit verlaagd de kosten die GGNet maakt voor het aanbieden van haar zorg. Daardoor is er een rechtstreeks verband tussen deze doelstelling en de doelstelling om een gezond bedrijfsresultaat te boeken op de Zvw-markt in het finaliteitsperspectief.

Aanbieden hybride behandelvormen



Figuur 15: Verband tussen 'aanbieden hybride behandelvormen' en de waardepropositie (bron: eigen werk)

Hybride behandelingen zijn behandelingen die deels online plaats vinden (e-health) of ondersteund worden met digitale applicaties of communicatievormen. Een toename van hybride behandelingen kan een bijdrage leveren aan zowel het terugbrengen van de kosten van een behandeling als het verbeteren van de communicatie met de patiënt.

Door internetdienstverlening als preventiemiddel in te zetten wordt de vraag naar reguliere tweedelijns GGZ kleiner. Vooral de aanpak van lichte depressieklachten door het aanbieden van online cursussen is een succes. Omdat dit de druk verlaagt op het reguliere aanbod is de verzekeraar bereid bepaalde online preventiecursussen te vergoeden (Interview directeur kortdurende zorg 1 februari 2011).

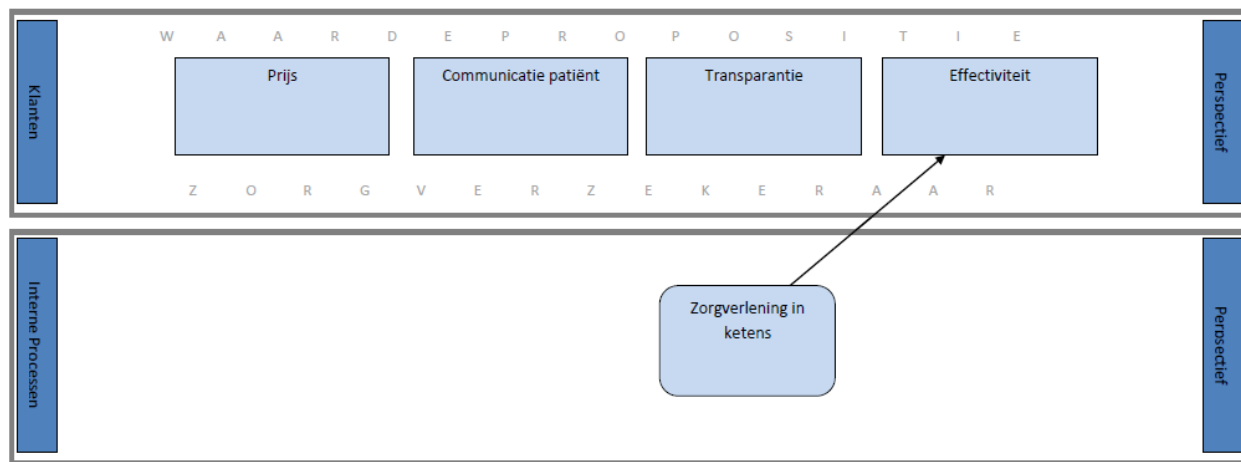
Ook de kosten van de reguliere behandelingen kunnen verminderd worden door de inzet van het internet. Deze hybride behandelvormen bestaan bijvoorbeeld uit face to face- en e-mailcontacten tussen cliënt en behandelaar. Hybride behandelmethodes ontstaan vaak vanuit traditionele behandelingen. Voordat een behandelmethode in de praktijk wordt gebruikt wordt de effectiviteit eerst wetenschappelijk getest. Wanneer de e-mailcontacten onderdeel uitmaken van de inhoudelijke behandelingen mag dit gedeclareerd worden bij de verzekeraar. Hybride behandelingen zorgen ervoor dat GGNet over minder capaciteit hoeft te beschikken en behandelaars efficiënter kunnen werken (Interview directeur kortdurende zorg 1 februari 2011).

Eerder in dit hoofdstuk is het informatieportaal *My GGNet Online* geïntroduceerd. Deze applicatie geeft cliënten de mogelijkheid om informatie over de voortgang van hun behandeling te verkrijgen en te communiceren met de behandelaar. Doordat patiënten ook hun face to face afspraken kunnen verplaatsen en herinnerd worden aan afspraken wordt ook een verlaging van het aantal cliënten dat verstek laat gaan verwacht. *My GGNet Online* wordt in de loop van 2011 in gebruik genomen (Interview directeur kortdurende zorg 1 februari 2011).

GGNet is ook betrokken bij behandelingen die in zijn geheel via het internet aangeboden worden. Deze vorm van dienstverlening vindt voornamelijk plaats onder de hoede van het bedrijf *Interapy*, waar

GGNet samen met andere GGZ- instellingen aandeelhouder van is (kaderbrief 2010). In de toekomst is het ook mogelijk dat GGNet deze vorm van zorgverlening in andere samenwerkingsverbanden of zelf gaat aanbieden (Interview directeur kortdurende zorg 1 februari 2011).

Zorgverlening in ketens



Figuur 16: Verband tussen 'zorgverlening in ketens' en de waardepropositie (bron: eigen werk)

GGNet onderhoudt samenwerkingsverbanden met andere instanties in de gezondheidszorg. Op deze manier kunnen zij gezamenlijk zorgen voor een vloeiend verloop van het behandeltraject van de cliënt. Dit wordt ketenzorg genoemd. Ketenzorg waarbij GGNet betrokken is zijn de totstandkoming van behandelingscentra in ziekenhuizen, samenwerking met instellingen voor verslavingszorg, eerstelijns GGZ-praktijken (bijvoorbeeld de overname van eertselijnspraktijk ISIS) en huisartspraktijken.

Op de diabeticipoli in het Gelre ziekenhuis Zutphen wordt bijvoorbeeld gewerkt met een GGZ-consulent om klachten op het snijvlak van psychiatrie en somatiek te verhelpen. Uit onderzoek blijkt namelijk dat diabetes vaak gepaard gaat met psychische klachten (Interview beleidsmedewerker RGC Zutphen 4 februari). Regionale GGZ Centra (RGC's) van GGNet zijn gevestigd in de grote ziekenhuizen in het verzorgingsgebied van GGNet.

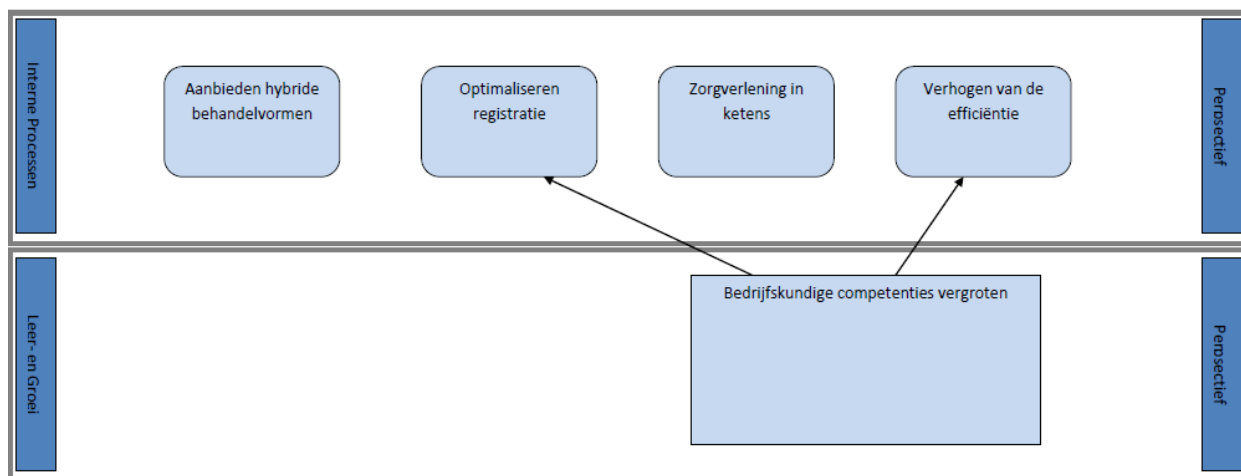
GGNet heeft ook medewerkers in dienst die met hun expertise op het gebied van GGZ huisartsen bijstaan. Dit worden Praktijk Ondersteuners Huisartsen (POH-ers) genoemd. Veel klachten kunnen door POH-ers direct behandeld worden en een eventueel vervolg van de hulpverlening sluit goed aan op de bestaande behandelvormen (kaderbrief 2010).

Ketenzorg wordt ontwikkeld om het zorgpad van de cliënt soepeler, efficiënter en effectiever te laten verlopen en lange behandeltrajecten in de tweede lijn te voorkomen. Om deze reden staat de zorgverzekeraar positief tegenover deze samenwerkingsverbanden.

4.3.4 Leer- en groeiperspectief

Deze paragraaf bestaat uit de beschrijving van strategische initiatieven binnen het leer- en groeiperspectief. Het perspectief moet voor GGNet voorwaarden creëren voor het behalen van de doelstellingen in de andere perspectieven. Twee doelstellingen en de strategische initiatieven die daarbij horen vullen dit perspectief van de GGNet's strategiekaart.

Bedrijfskundige competenties vergroten



Figuur 17: Verband tussen 'bedrijfskundige competenties vergroten' en het interne processenperspectief (bron: eigen werk)

De veranderingen in de GGZ vragen om andere competenties van medewerkers. GGNet wil een functiehuis ontwikkelen om recht te doen aan de verschillende specialismen die ontstaan zijn en om aantrekkelijke carrièrepaden voor haar medewerkers te creëren (Kaderbrief 2011). Dit betekent dat er duidelijkheid moet komen over de inhoud van de verschillende functies en de individuele doelstellingen die hierbij horen. Daarnaast moeten de horizontale bewegingen (zelfde niveau, andere taken) en verticale bewegingen (zelfde taken, ander niveau) die een medewerker kan maken in kaart worden gebracht. Daarbij moet duidelijk omschreven worden welke competenties gevraagd worden voor een bepaalde functie en welke doelstellingen bij de functie passen. Een dergelijk functiehuis laat de spreiding van verantwoordelijkheden zien en biedt een duidelijk perspectief aan de medewerker.

Ik adviseer GGNet, om in staat te kunnen zijn de efficiëntie te verhogen en de registratie te optimaliseren, specifiek aandacht te besteden aan het uitbreiden van de competenties van managers en zorglogistieke medewerkers.

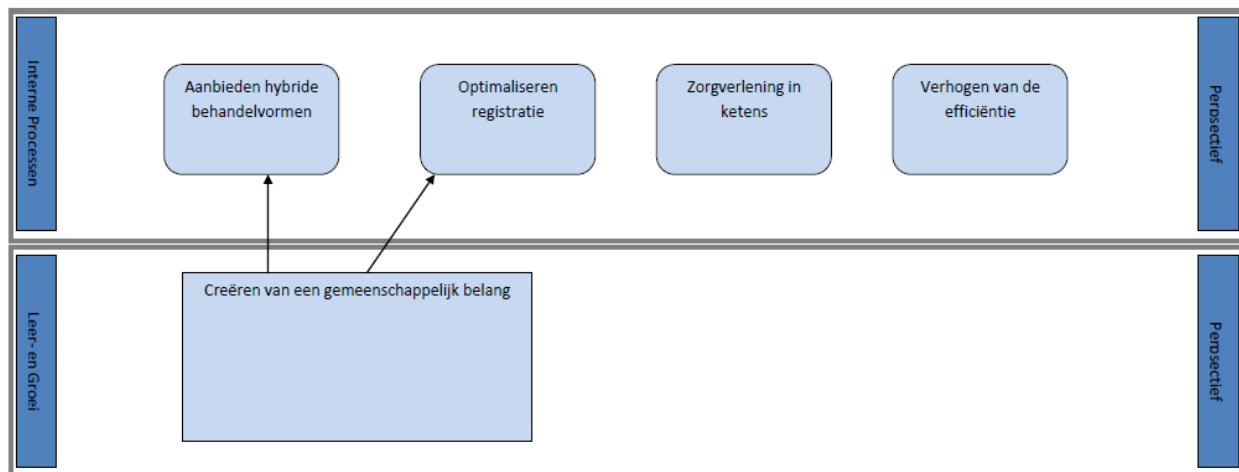
Managers in alle lagen van de organisatie moeten zonder uitzondering over bedrijfskundige competenties beschikken. Managers zouden in staat moeten zijn om ontwikkelingen in de maatschappij (macroniveau) die de vraag naar GGZ bepalen te kunnen begrijpen en het verband te kunnen leggen met de gevolgen voor organisatie van GGNet (microniveau). Wanneer de manager hiertoe in staat is kunnen doelen op afdelingsniveau geformuleerd worden die beter aansluiten op de strategie van GGNet. De

huidige maatregelen van het middenmanagement zijn vaak gebaseerd op zorginhoudelijke argumenten op cliëntniveau zonder daarbij goed te kijken of de beslissingen bijdragen aan de doelstellingen van de organisatie en de ontwikkelingen op macroniveau (interview business controller, 13 april 2011).

Vervolgens moet de leidinggevende in staat zijn om de voortgang van de processen te bewaken door bekend te zijn met het gebruik van management control systemen. Dit zijn beheersmaatregelen die medewerkers sturen om activiteiten uit te voeren die bijdragen aan de doelen van de organisatie. Bijvoorbeeld het inzicht in inkomsten en uitgaven (budgettering) en het voeren van een passend beloningsbeleid.

De bedrijfskundige competenties zouden daarom onderdeel moeten worden van de doelstellingen en functieomschrijvingen in het functiehuis en in het werving- en selectieproces. Ook is het aan te bevelen om trainingen aan te bieden die de kwaliteit van deze competenties bij de huidige managers en medewerkers vergroten wanneer blijkt dat deze onvoldoende zijn.

Creëren van een gemeenschappelijk belang



Figuur 18: Verband tussen 'creëren van een gemeenschappelijke cultuur' en het interne processenperspectief (bron: eigen werk)

De verandering in de financiering van de zorg vraagt om een andere houding van de medewerkers. 'De mensen in de eigen organisatie veranderden niet zo snel als de externe omgeving dat doet. De garantie van inkomsten zorgde ervoor dat mensen achterover konden leunen. Dat gebeurt nog steeds terwijl de nieuwe situatie een hele andere houding vergt' (Interview HRM-manager 31 januari 2011).

Een belangrijke doelstelling van het HRM-beleid is om een cultuurverandering in gang te zetten. Deze kan het beste ingezet worden door je te richten op het middenmanagement. Het idee hierachter is dat de manager deze veranderingen onder zijn of haar medewerkers in beweging kan zetten. De thema's die daarbij centraal staan zijn leiderschap, ambitie, vakmanschap en optimale gastvrijheid. De ontwikkeling van competenties voor leidinggevendens krijgt dit jaar een vervolg onder de noemer 'leerkring leidinggeven' (Interview HRM-manager 31 januari 2011).

Hoewel GGNet via het aansturen van het middenmanagement een cultuurverandering in beweging wil zetten adviseer ik GGNet om zich (ook) rechtstreeks te richten op de behandelaren. De uitdaging lijkt hier het grootst. Het is niet voor niets dat GGNet heeft besloten om de behandelaren geen rol te geven bij het houden van de ROM-metingen. In de afgelopen jaren was dit wel het geval en was de respons zeer beperkt. Deels als gevolg van onduidelijke afspraken over meetmomenten maar vooral omdat veel behandelaren de toegevoegde waarde van effectmetingen niet zien. In het projectvoorstel ROM staat treffend omschreven dat het slagen van het project valt of staat met een positieve instelling van medewerkers, cliënten en managers.

De intrede van effectmetingen in de GGZ lijkt een onomkeerbare trend. Een positieve houding van behandelaren tegenover ROM zou dan ook zeer gewenst zijn. Zonder de steun van behandelaren kan wel een hoge respons behaald worden maar blijft het effect op de communicatie met de patiënt en een verbetering van de behandeling achterwege.

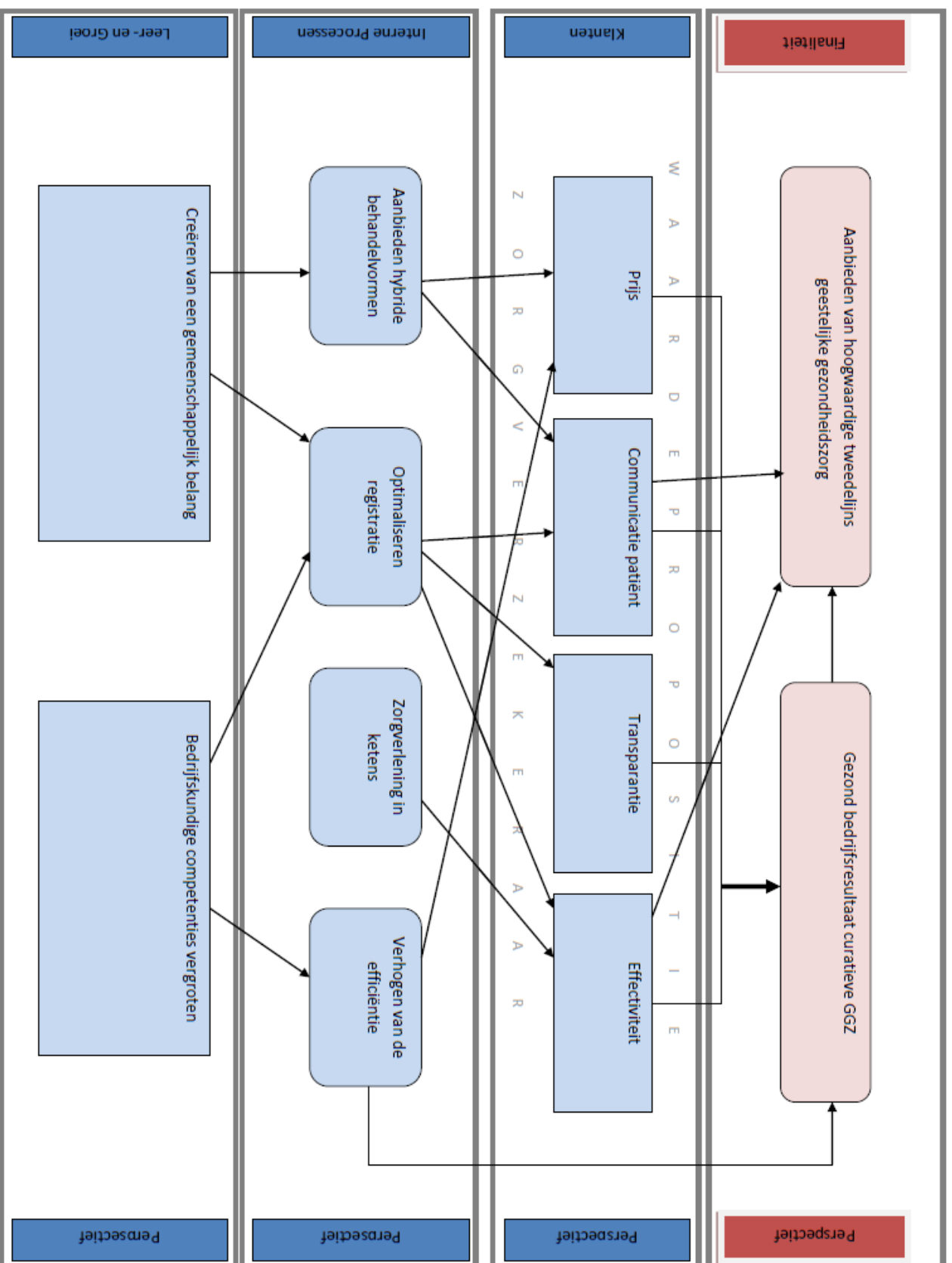
Ik adviseer GGNet dan ook in overleg te treden met de behandelaren om de ROM-metingen stap voor stap te verbeteren zodat inhoudelijke bezwaren van behandelaren weggenomen kunnen worden. Op deze manier kan de houding van behandelaren in positieve zin veranderen. Deze strategiekaart is een goede methode om de relatie tussen deze niet-financiële doelstellingen en hoger gelegen financiële doelstellingen te visualiseren en te communiceren.

De rol van de behandelaren is van doorslaggevend belang voor het slagen van het gebruik van ROM. Maar ook heeft de behandelaar een cruciale functie bij het slagen van de hybride behandelvormen. De behandelaar moet bereid zijn om te kiezen voor dergelijke methodes. De uitdaging is om ervoor te zorgen dat de behandelaar inziet dat dergelijke initiatieven GGNet helpen bij het bereiken van een gezonde bedrijfsvoering. Wanneer dit inzicht er is ontstaat er een gemeenschappelijk belang bij de beleidsmakers en behandelaren van GGNet.

4.3.5 De strategiekaart in 2011

Op de volgende pagina wordt de huidige strategiekaart van GGNet gepresenteerd. De strategiekaart is een weergave van doelstellingen, initiatieven en verbanden in de vier verschillende perspectieven. Elk element van de strategiekaart draagt bij aan de doelstellingen in het finaliteitsperspectief: het behalen van een gezond bedrijfsresultaat op de markt voor curatieve geestelijke gezondheidszorg en het aanbieden van hoogwaardige tweedelijns geestelijke gezondheidszorg.

Deze strategiekaart helpt mij om een antwoord te kunnen geven op de probleemstelling van deze thesis. Een gezond bedrijfsresultaat op de markt voor de curatieve GGZ is afhankelijk van het vervullen van de vier elementen in de waardepropositie, de vier doelstellingen in het interne processenperspectief en de twee doelstellingen in het leer- en groeiperspectief. Dit zijn de kritieke succesfactoren.



Figuur 19: De huidige strategiekaart van GGNet (bron: eigen werk)

4.4 De verschillen

4.4.1 De bovenkant van de strategiekaarten vergeleken

De strategiekaarten die in dit hoofdstuk zijn gepresenteerd verschillen van elkaar. De overheveling van de curatieve GGZ van de AWBZ naar de Zvw en de toegenomen invloed van de zorgverzekeraar hebben de omgeving waarin GGNet opereert sterk veranderd. Dit heeft geleid tot andere strategische keuzes.

In 2004 waren de inkomsten van GGNet min of meer gegarandeerd. Er was voor GGNet geen reden om financiële doelstellingen als KSF op te nemen in haar strategiekaart. De invoering van de Zvw heeft de sector kennis laten maken met marktwerking waarbij het ondernemersrisico van GGNet sterk is gestegen. De zorgverzekeraar mag zelf bepalen met wie zij een contract afsluit en welke voorwaarden zij daaraan stelt. Natuurlijk is het altijd zo geweest dat GGNet inkomsten en uitgaven in balans moest houden maar anders dan voorheen is het boeken van een gezond bedrijfsresultaat een strategische uitdaging geworden. Deze doelstelling is nu opgenomen in de strategiekaart als KSF in het finaliteitperspectief. Niet alleen is het finaliteitperspectief gewijzigd, ook de waardepropositie in het klantenperspectief is veranderd.

De verandering is het best te illustreren door de volgende twee stellingen nog eens naast elkaar te zetten.

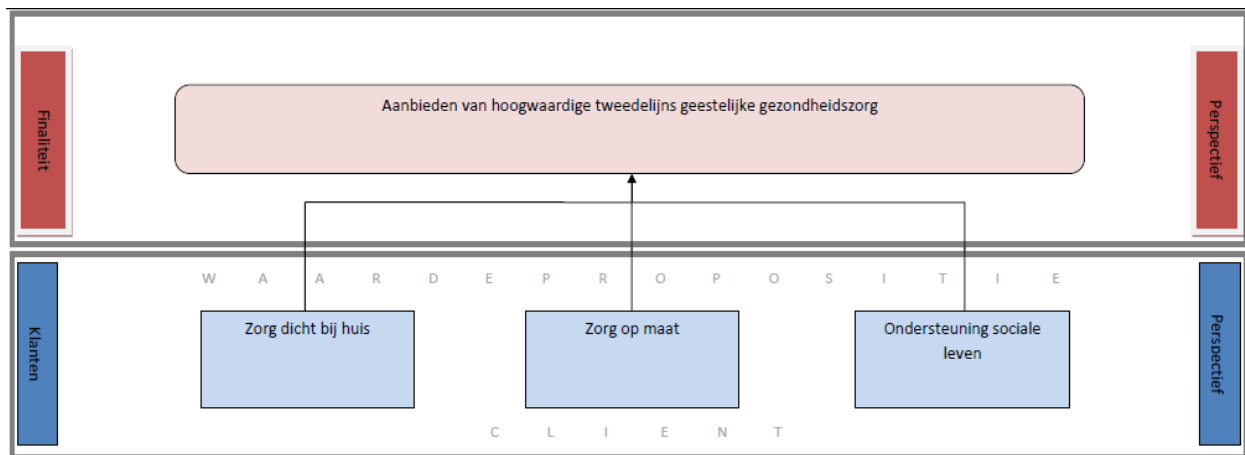
‘Het is belangrijk om goed te luisteren naar cliënten. Hun behoeften bepalen immers ons werk’
(Jaarverslag GGNet 2004, p.12).

‘De cliënt is niet de klant. De cliënt ondergaat een behandeling’ (interview Directeur Financiën 24 november 2010)’.

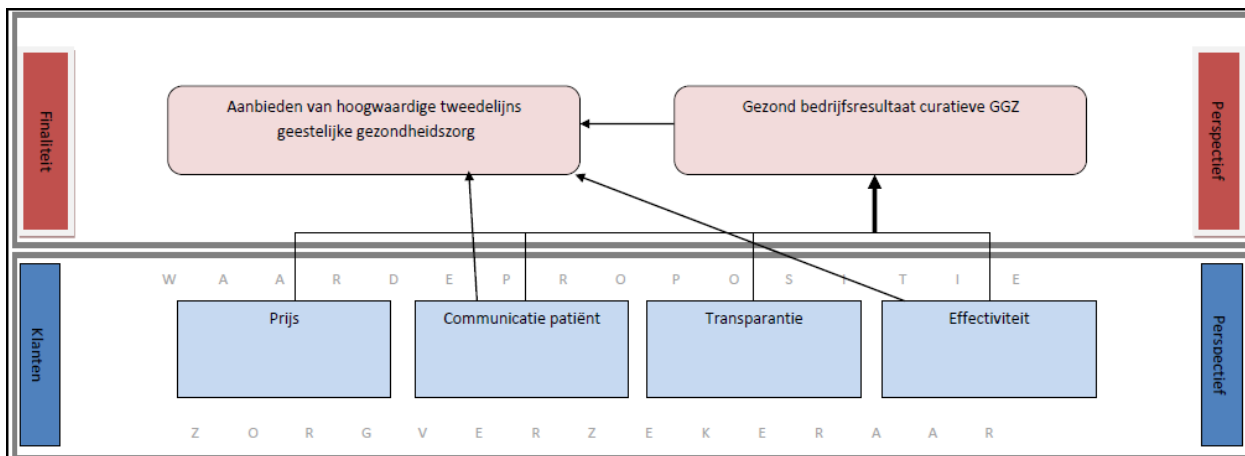
De stellingen laten zien dat de huidige strategie van GGNet niet alleen gericht is op de belangen van de cliënt zoals in 2004 maar dat ook serieus rekening gehouden moet worden met de belangen van de zorgverzekeraar. In dit hoofdstuk ga ik een stap verder door te stellen dat vanuit bedrijfskundig oogpunt de belangen van de cliënt, verzameld in een waardepropositie, niet opgenomen kunnen worden in de strategiekaart. Het structureel aanbieden van hulpprogramma's waar geen vergoeding tegenover staat brengt de continuïteit van GGNet in gevaar. In uitzonderingsgevallen kan GGNet natuurlijk afwijken van deze stelling door *cross subsidie* toe te passen. Dit betekent dat verliesgevende activiteiten gecompenseerd worden met winstgevende dienstverlening. Omdat de winstmarges in de GGZ zeer klein zijn wil ik benadrukken dat dit alleen in incidentele gevallen een oplossing kan zijn.

Meer voor de hand liggend is dat in dergelijke situaties de zorgverzekeraar overtuigd moet worden van het nut van het programma, zodat er een verband ontstaat met de waardepropositie van de zorgverzekeraar. Een andere mogelijkheid is om voor dergelijke gevallen een andere financieringsvorm te vinden, buiten de zorgverzekeraar om.

Bovenkant strategiekaart 2004



Bovenkant strategiekaart 2011



Figuur 20: De bovenkant van de strategiekaart van 2004 vergeleken met de bovenkant van de huidige strategiekaart (bron: eigen werk)

4.4.2 De onderkant van de strategiekaarten vergeleken

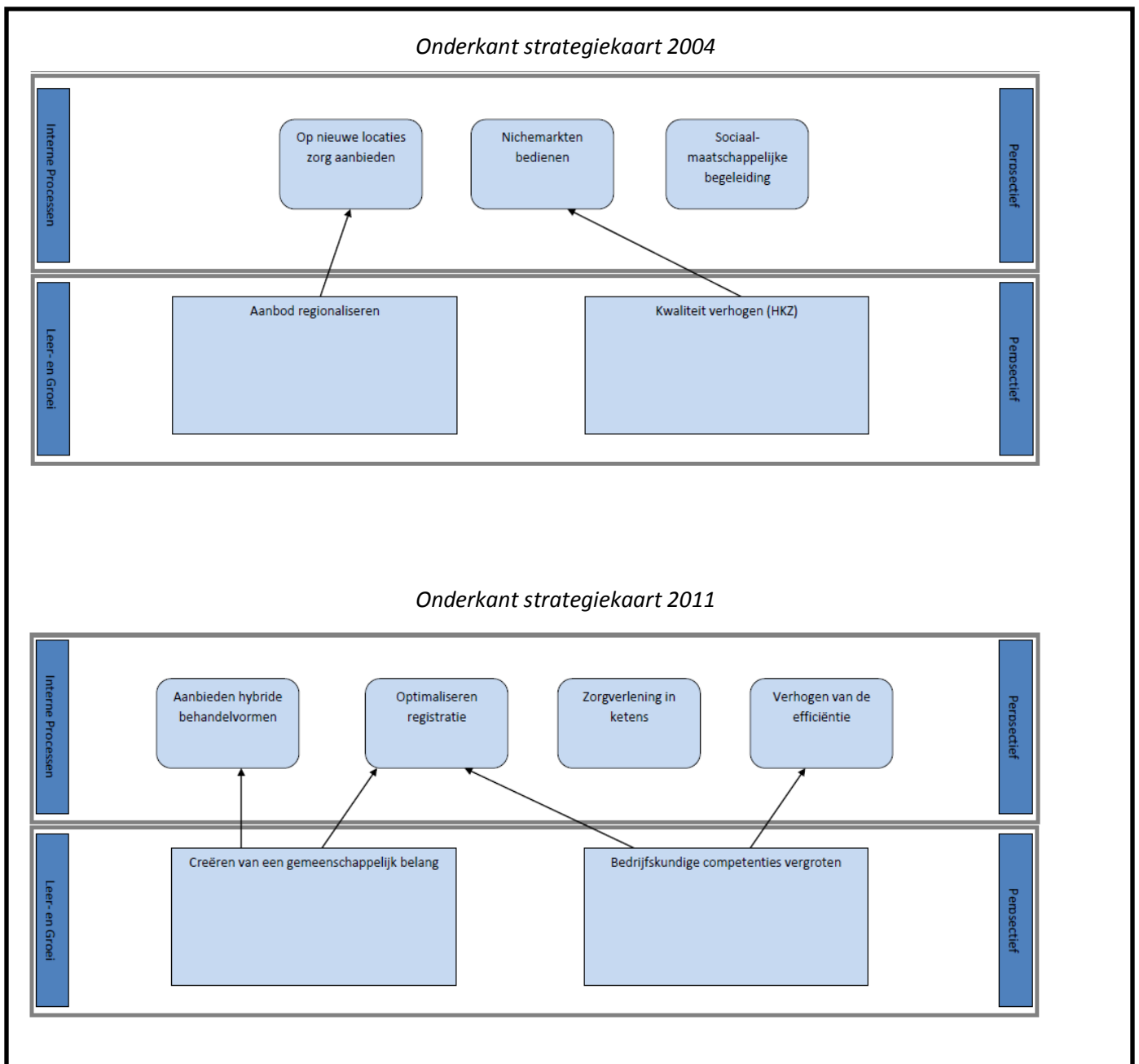
De doelstellingen die gepresenteerd zijn in het interne processenperspectief en het leer- en groeiperspectief verschillen ook van elkaar. Dit is een logisch gevolg van de veranderingen in de top van de strategiekaart. De doelstellingen in 2004 lieten een duidelijk verband zien met de belangen van de cliënt. In 2011 is de relatie tussen de doelstellingen in de onderste perspectieven en de gewijzigde waardepropositie goed zichtbaar.

Een voorbeeld hiervan is de doelstelling in het huidige interne processenperspectief om de efficiëntie te verhogen. Een van de strategische initiatieven daarbij is het vervangen van het organisatiemodel. In het oude model was de onderverdeling van RVE's gebaseerd op de geografische spreiding. Het model droeg bij aan de waardepropositie van de cliënt doordat op deze manier zorg dicht bij huis en op maat geleverd kon worden. Het huidige organisatiemodel kent een functionele spreiding waarbij op basis van zorginhoud de organisatieonderdelen gevormd worden. De wijziging is te verklaren wanneer je kijkt naar de huidige waardepropositie. De plaats van de behandeling is van ondergeschikt belang ten opzichte van de kosten van de behandeling. De kosten kunnen gedrukt worden door functies samen te voegen en dienstverlening te concentreren.

Ook voor de andere drie doelstellingen in het interne processenperspectief (aanbieden hybride behandelvormen, optimaliseren registratie en zorgverlening in ketens) geldt dat er een kostenverlagend effect van de initiatieven uitgaat. Echter dragen deze initiatieven ook indirect bij aan het aanbieden van hoogwaardige tweedelijns GGZ omdat ze de communicatie met de patiënt verbeteren of invloed hebben op de effectiviteit van de behandeling. Van de doelstellingen in het interne processenperspectief van 2004 gaat geen kostenverlagend effect uit. Dit is een gevolg van het ontbreken van een doelstelling in het finaliteitperspectief die gericht was op het beheersen van de kosten.

De doelstellingen in het leer- en groeiperspectief van 2004 zijn behaald. GGNet heeft een HKZ-certificaat. Daarmee voldoet haar zorgaanbod aan de gestelde kwaliteitseisen. Ook is het aanbod verder geregionaliseerd. Er zijn samenwerkingsverbanden ontstaan met ziekenhuizen, huisartspraktijken en eerstelijnspraktijken. De beoogde doelstelling achter deze samenwerking, zorg moet binnen handbereik zijn voor iedere burger, is in 2011 vervangen door de gewenste verbetering van de effectiviteit. Door kennis te bundelen en problemen bij de wortel aan te pakken worden lange behandeltrajecten in de tweede lijn voorkomen.

De huidige doelstellingen in het leer- en groeiperspectief zijn erop gericht om indirect bij te dragen aan de tweede doelstelling in het finaliteitperspectief, het gezonde bedrijfsresultaat. Dit gebeurt door de bedrijfskundige kennis in de organisatie te vergroten en te zorgen voor een situatie waarbij iedereen in de organisatie, behandelaren en stafmedewerkers, zich bewust is van het belang van een goede prestatie op de zorginkoopmarkt. In de huidige strategische documenten van GGNet en tijdens de interviews wordt vooral gesproken over strategie van GGNet op de korte- en middellange termijn. Er zijn geen doelstellingen geformuleerd met betrekking tot de lange termijn.



Figuur 21: De onderkant van de strategiekaart van 2004 vergeleken met de onderkant van de huidige strategiekaart (bron: eigen werk)

4.5 Reactie van de opdrachtgevers

De conceptresultaten zijn gepresenteerd aan de opdrachtgevers in de organisatie. Bij deze bijeenkomst waren de financieel directeur, de manager planning en control en een senior controller aanwezig. Om een aantal redenen heb ik besloten om mijn voorlopige bevindingen te delen.

Ik wilde weten of de strategiekaart van 2011 zoals ik deze geschetst heb geaccepteerd zou worden door de mensen die zich dagelijks met het beleid van GGNet bezig houden. De bijeenkomst heeft geleid tot een aantal kleine aanpassingen van de strategiekaart. In de strategiekaart, zoals deze gepresenteerd is in paragraaf 4.3, zijn deze aanpassingen verwerkt

Naast de feedback die ik heb gekregen wilde ik weten hoe men tegen het gebruik van deze methode aankeek. De reacties hierop waren positief. De strategiekaart kan GGNet helpen om haar strategie te communiceren naar medewerkers en managers: 'Wanneer zorgmanagers het hebben over de cliënt hebben ze het over de patiënt en niet over degene die ervoor betaald. De strategiekaart maakt hierin veel helder. Het zou niet verkeerd zijn om deze bijeenkomst ook te houden voor een aantal behandelaren en/of teamleiders zodat hun belangrijke aandeel in het voeren van een gezonde bedrijfsvoering duidelijk wordt' (Reactie opdrachtgevers 8 maart). De strategiekaart kan dan ook een belangrijke rol spelen in het behalen van de doelstelling in het leer- en groeiperspectief; het creëren van een gemeenschappelijk belang.

De strategiekaart wordt erkend als een goede methode om tot het ontwerp van prestatie-indicatoren te komen. 'We werken aan de invulling van de Prestatie Monitor en we moeten gaan kijken hoe we deze resultaten hierop kunnen laten aansluiten. We hebben in het verleden vaker een scorecard opgezet maar we kunnen geen duidelijk antwoord geven als ons wordt gevraagd hoe deze scorecard tot stand gekomen is' (Reactie opdrachtgevers 8 maart).

Wanneer ik vraag welke acties, investeringen en veranderingen in de bedrijfsvoering op basis van mijn resultaten gevraagd worden van GGNet wordt de belangrijke rol van de medewerkers benadrukt: 'De belangrijkste investering is die in ons *human capital*. Hoe krijg je iedereen in de organisatie zover dat ze zich conformeren aan een gemeenschappelijk beleid wat we vervolgens ook gemeenschappelijk gaan uitdragen?' (Reactie opdrachtgevers 8 maart).

Een andere wijziging in de bedrijfsvoering waar op gewezen wordt is de introductie van kwaliteitsmetingen. 'Een grote uitdaging is om een manier te vinden om de kwaliteit van een behandeling meetbaar te krijgen' (Reactie opdrachtgevers 8 maart).

Ook wordt er gewezen op de rol van de Raad van Bestuur (RvB). Het zou goed zijn wanneer de RvB het initiatief zou nemen om het prestatie management van GGNet naar een hoger niveau te tillen. Tot nu toe is het de financiële staforganisatie die hier het initiatief in neemt (Reactie opdrachtgevers 8 maart).

5 Conclusie

In dit onderzoek, verricht in opdracht van GGNet, is een strategiekaart ontworpen die de kritieke succesfactoren in GGNet's strategie identificeert voor het boeken van een gezond bedrijfsresultaat. Daarmee wordt een antwoord gegeven op de probleemstelling die aan het begin van deze thesis is geformuleerd:

Wat zijn de kritieke succesfactoren in de strategie van GGNet voor het boeken van een gezond bedrijfsresultaat op de Zvw-markt?

Ik adviseer GGNet de strategiekaart te gaan gebruiken als basis voor het ontwerp van prestatie-indicatoren in haar BSC. Deze prestatie-indicatoren moeten gezamenlijk het instrumentarium van de Prestatie Monitor van GGNet gaan vormen. De Prestatie Monitor is een prestatimanagementsysteem gevuld met KPI's dat binnenkort in de organisatie van GGNet in gebruik genomen gaat worden. De Prestatie Monitor van GGNet moet de prestaties van GGNet op een inzichtelijke wijze presenteren en is gebaseerd op de BSC-methodiek.

De strategiekaart is een methode om algemene en abstracte strategie die in de top van een organisatie wordt geformuleerd te vertalen naar specifieke doelstellingen. De methode stelt de hiërarchische verhouding van de verschillende perspectieven vast waarin vervolgens de doelstellingen geplaatst kunnen worden. Ook de verbanden tussen de doelstellingen zijn met behulp van de strategiekaart gevisualiseerd (Kaplan & Norton, 2004a).

De voordelen van het gebruik van de Prestatie Monitor worden groter wanneer het model is ingevoerd in samenhang met een passende strategiekaart. De strategiekaart ondersteunt GGNet in het ontwerp van nieuwe kritieke prestatie-indicatoren en het koppelen van deze KPI's aan de organisatiestrategie. De strategiekaart laat zien dat de vele KPI's in een goed geconstrueerde BSC het instrumentarium vormen voor één heldere strategie. Het ontbreken van een strategiekaart vermindert de effectiviteit van de BSC wat op haar beurt de prestaties van de organisatie weer kan doen laten afnemen (Lucianetti, 2010).

De overheveling van curatieve GGZ van de AWBZ naar de Zvw heeft de omgeving waarin GGNet moet opereren sterk veranderd. De overheid heeft de regierol uit handen gegeven en toebedeeld aan de zorgverzekeraar. De veranderingen in de omgeving hebben GGNet er toe gezet om haar strategie te wijzigen. Voor de overheveling was de strategie van GGNet gericht op het verwezenlijken van de wensen van de cliënt. Na de overheveling stelt GGNet dat de belangen van de zorgverzekeraars naast die van de cliënt zijn komen te staan. Wanneer het bedrijfsresultaat op de Zvw-markt voorop gesteld wordt, zoals dat gedaan is in deze thesis, moet GGNet zelfs nog een stap verder gaan. Gezien vanuit deze invalshoek overstijgen de belangen van de zorgverzekeraar die van de cliënt.

Het uiteindelijke doel van GGNet's strategie op de Zvw-markt is het leveren van hoogwaardige curatieve geestelijke gezondheidszorg. Het boeken van een gezond bedrijfsresultaat op de Zvw-markt geldt daarbij als belangrijkste voorwaarde. Deze twee doelstellingen vormen het finaliteitsperspectief. Dit perspectief vormt de bovenste laag van de voor GGNet ontworpen strategiekaart.

De eisen en voorwaarden die de zorgverzekeraar stelt zijn duidelijk terug te zien in de waardepropositie die opgenomen is in het klantenperspectief van GGNet's strategiekaart. In dit tweede perspectief van GGNet's strategiekaart staan de elementen omschreven die GGNet een waardepropositie opleveren die aantrekkelijk is voor de klant, de zorgverzekeraar. De waardepropositie bestaat uit de doelstellingen 'het bieden van een lage prijs' en 'het leveren van transparantie' en worden aangevuld met twee doelstellingen die ook direct in verband staan met het aanbieden van hoogwaardige zorg: Het optimaliseren van de communicatie met de patiënt en het vergroten van de effectiviteit van de behandeling.

Het interne processenperspectief van GGNet bestaat uit doelstellingen die in verband staan met de waardepropositie in het klantenperspectief. De doelstellingen in de interne organisatie dragen daardoor bij aan het behalen van een gezond bedrijfsresultaat. De initiatieven zijn echter niet alleen bedoeld om meer inkomsten te generen of om de kosten te verlagen. Wanneer de doelstellingen gerealiseerd worden verbeterd de communicatie met de patiënt en wordt de effectiviteit van de behandeling vergroot.

De doelstellingen in het leer- en groeiperspectief staan in verband met de tweede doelstelling in het finaliteitsperspectief, het gezonde bedrijfsresultaat. Dit gebeurt door de bedrijfskundige kennis in de organisatie te vergroten en te zorgen voor een situatie waarbij iedereen in de organisatie zich bewust is van het belang van een goede prestatie op de zorginkoopmarkt. Deze doelstellingen spelen vooral in op verbeteringen op de korte- en middellange termijn. De focus op de lange termijn ontbreekt. Het klanten- en interne processenperspectief identificeert de KSF's die bepalend zijn voor het huidige succes en dat in de nabije toekomst. Het is echter onwaarschijnlijk dat GGNet haar lange termijn doelen behaalt gebruikmakend van hun huidige behandelprocessen, kennis en capaciteiten (Kaplan & Norton, 1996).

Deze thesis laat in navolging van andere auteurs (Irwin, 2002; Brandt 2003) zien dat de toegevoegde waarde van de strategiekaart niet alleen geldt voor commerciële bedrijven maar ook voor organisaties in de non-profitsector, en in het bijzonder de gezondheidszorg.

6 Aanbevelingen

Op basis van dit onderzoek wil ik GGNet een aantal aanbevelingen doen.

- De strategiekaart kan van grote waarde zijn als instrument voor het communiceren van strategie. Door aan medewerkers te laten zien en niet alleen te vertellen wat de strategie is, krijgen ze veel beter begrip van de strategie en de gedachte die er achter ligt (Scholey & Armitage, 2003). Het gebruik van een strategiekaart vergroot de voordelen van de BSC op dit vlak. Het verduidelijkt de verbanden tussen de korte- en lange termijn doelen en laat strategie onderdeel worden van de dagelijkse werkzaamheden van medewerkers (Lucianetti, 2010)

Zonder de steun van medewerkers zullen de resultaten op het terrein van een aantal KSF's uitblijven. Een belangrijk voorbeeld hiervan is de cruciale rol die de behandelaren spelen in het succes van de hybride behandelvormen en de toepassing van effectiviteitsmetingen. De strategiekaart kan aan de medewerkers inzichtelijk maken dat dergelijke strategische initiatieven in het belang van een ieder binnen GGNet is. De strategiekaart kan direct ingezet worden als communicatie-instrument voor het behalen van de doelstelling 'creëren van een gemeenschappelijk belang'. De strategiekaart kan bijvoorbeeld gebruikt worden als onderdeel van de kaderbrief. De kaderbrief verschijnt jaarlijks en heeft als doel medewerkers te informeren over de strategie en doelstellingen van het komende jaar.

- De controller heeft traditioneel gezien een bewakende, beheersmatige rol met een financiële oriëntatie. GGNet noemt haar controllers niet voor niets 'business controllers'. Daarmee geeft zij al aan dat van de controller ook verwacht wordt dat zij zich richt op het uitzetten en bewaken van de strategie. De controller zal dit in praktijk moeten brengen door zich bezig te houden met de ontwikkeling van de strategiekaart en BSC. Van de controller wordt verwacht dat hij of zij niet alleen laat zien wat er gebeurt maar ook kan verklaren waarom iets gebeurt en hoe het beter kan. De strategiekaart kan daarbij als een belangrijk instrument fungeren.
- Om de kans op een succesvolle implementatie te vergroten is het van belang dat de Raad van Bestuur van GGNet zich uitspreekt voor de komst van een (verbeterd) prestatimanagementsysteem. Wanneer zij overtuigd zijn van de voordelen moeten zij dit ook kenbaar maken aan de organisatie door actief deel te nemen aan het implementatieproces. Zonder de steun van de Raad van Bestuur is de kans groot dat het middenmanagement en medewerkers het belang van het project niet inzien (Antola et al., 2006).

- De huidige strategiekaart van GGNet laat zien dat de focus van de organisatie op de korte- en middellange termijn ligt. Dit is grotendeels verklaarbaar omdat de strategiekaart is gericht op het bereiken van een gezond bedrijfsresultaat op de Zvw-markt. Deze markt is nieuw voor GGNet en de organisatie is nog volop in beweging om optimaal te functioneren in deze nieuwe omgeving.

Ik adviseer GGNet ook haar lange termijn doelstellingen te concretiseren en een strategie te formuleren die tot het behalen van deze doelstellingen leidt. Wat zijn de ambities van GGNet? Wat wil GGNet bereiken en hoe moet de organisatie er over 10 of 20 jaar uitzien? En wat moet er nu gebeuren om daartoe in staat te zijn? Ik verwacht dat het antwoord op deze laatste vraag aanleiding vormt voor het formuleren van nieuwe doelstellingen die als KSF's in het leer- en groeiperspectief opgenomen moeten worden in de strategiekaart. Het is onwaarschijnlijk dat GGNet haar lange termijn doelen kan behalen gebruikmakend van hun huidige behandelprocessen, kennis en capaciteiten.

Aanbevelingen voor verder onderzoek

- GGNet moet met haar jarenlange ervaring en expertise uit blijven gaan van een eigen visie op het leveren van goede geestelijke gezondheidszorg. De invloed of druk van externe partijen mag de koers van de organisatie niet in zijn geheel bepalen. Sommige GGZ-aanbieders vrezen dat datgene wat nodig is om financieel overeind te blijven gaat afwijken van wat men vanuit overwegingen van goede zorg zou willen en kunnen doen. Het zou daarom ook goed zijn als GGNet een zorginhoudelijke strategiekaart zou ontwerpen waarbij de waardepropositie van de cliënt centraal staat. De verschillen die aan het licht komen door deze strategiekaart met de strategiekaart die in deze thesis gepresenteerd is te vergelijken, worden veroorzaakt door initiatieven die aansluiten op de waardepropositie van de cliënt maar waar geen interesse voor is bij de zorgverzekeraar. GGNet kan vervolgens afzien van deze initiatieven, de zorgverzekeraar proberen te overtuigen of onderzoek gaan naar een andere financieringsbron.
- Deze thesis is geschreven voor de activiteiten van GGNet gericht op curatieve geestelijke gezondheidszorg. De methode kan herhaald worden voor de andere activiteiten van GGNet. Zo kan GGNet een strategiekaart en KPI's ontwerpen voor de langdurige zorg (AWBZ) en de forensische psychiatrie.
- In de conclusie is aan GGNet geadviseerd om de strategiekaart te gaan gebruiken als basis voor het ontwerp van kritieke prestatie-indicatoren in haar BSC. De kritieke succesfactoren bepalen voor welke elementen van de strategie KPI's ontworpen dienen te worden. Het ontwerp van KPI's is een onderzoek op zich waard. Zo is het belangrijk om te weten of de KPI's de veronderstelde causale verbanden in de strategiekaart weergeven, hoe de targets van de KPI's vastgesteld kunnen worden en welke plek het prestatie managementsysteem in de planning & control cyclus van GGNet moet krijgen.

Bronnen

Agis Zorgverzekeringen. (2010). Zorginkoopprocedure 2011 curatieve GGZ-aanbieders. Verkregen op 12 februari, 2011, van

http://www.agisweb.nl/Voor_Zorgverleners/Verstrekingen/GGZ/GGZ_instellingen/Zorginkoop_2011_instellingen_curatieve_ggz .

Antola, J., Lönnqvist, A., Uusi-Rauva, E. (2006). Designing a strategy map in order to facilitate strategy implementation, *The Finnish Journal of Business Economics*, 10 (1) 11-29.

Berkens, W.(1997). *Praktijkgericht onderzoek en methodieontwikkeling*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Brandt,G. (2003). Balanced scorecard: ook voor non-profit organisaties? Verkregen op 20 december, 2010, van <http://www.amelior.be/ndi/artikels/artikel.asp?c=0&sc=0&a=180&tc=1> .

Buytendijk, F., Hatch, T., Micheli, P. (2010). Scenario-based strategy maps, *Business Horizons* 53 (4), 335-347.

Davis, S., Albright, T. (2004) An investigation of the effect of balanced scorecard implementation on financial performance, *Management Accounting Research*, 15 (2), 135–53.

De Geuser, F., Mooraj, S. and Oyon, D. (2009). Does the balanced scorecard add value? Empirical evidence on its effect on performance, *European Accounting Review*, 18 (1), 93–122.

De Waal, A. (2002). Prestatiemanagement werkt! Maar het blijft mensenwerk. Verkregen op 27 maart, 2011, <http://www.andredewaal.eu/docs2/webarticle-presterenmensenwerk.doc> .

Drury, C. (2008). *Management and Cost Accounting*. London: Thompson Learning.

Fermont H., De Waal, A. (2002). Belangrijke vereisten voor goede prestatie-informatie. Verkregen op 4 januari, 2010, van <http://www.andredewaal.eu/docs4/special-artikel7-novartis.doc> .

GGZ Nederland. (2009). Beleidsagenda: GGZ relevant en effectief.

Irwin, D. (2002) Strategy mapping in the public sector, *Long Range Planning* 35 (6) 637–647.

Kaplan, R.S., Norton, D.P. (1992). The Balanced Scorecard - Measures that Drive Performance, *Harvard Business Review*, 70 (1),71-79.

Kaplan, R.S., Norton, D.P. (1996). *The Balanced Scorecard: translating strategy into action*. Boston: Harvard Business School Press.

Kaplan, R.S., Norton, D.P. (2000). Having Trouble with Your Strategy? Then Map It. *Harvard Business Review*, 78 (5), 167-176.

- Kaplan, R.S., Norton, D.P. (2001). *The strategy focused organization*. Boston: Harvard Business School Press.
- Kaplan, R.S., Norton, D.P. (2004a). Strategy Maps. *Strategic Finance*, 85 (3) 27-35.
- Kaplan, R.S., Norton, D.P. (2004b). *Strategy Maps, Converting intangible assets into tangible outcomes*. Boston: Harvard Business School Press.
- Lucianetti, L. (2010). The impact of the strategy maps on balanced scorecard performance', *International Journal Business Performance Management*, 12 (1), 21–36.
- Menzis.(2010). Zorginkoopbeleid non-concurrentiële deelmarkt curatieve GGZ 2011. Verkregen op 9 februari, 2011, van <http://www.menzis.nl/web/Zorgaanbieders/Zorgsoorten/GGZ/ZorgcontracteringBeleidEnInkoop/GGZinstellingen/Contractering2011.htm> .
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2008).Monitor overheveling GGZ van de AWBZ naar de Zvw. Den Haag: H.J. Ramakers.
- Nederlandse zorgautoriteit. (2010). Monitor: De curatieve GGZ in 2009, ontwikkelingen in aanbod en volume.
- Neely, A. (1999). The performance measurement revolution: why now and what next?, *International Journal of Operations & Productions Management*, 19 (2), 205-228.
- Papalexandris, A., Ioannou, G., Prastacos, G., Soderquist, K. (2005). An Integrated Methodology for Putting the Balanced Scorecard into Action. *European Management Journal* 23 (2),214–227.
- Rigby, D. (2001). Management Tools and Techniques: A Survey. *California Management Review*, 43 (2) 139-160.
- Rigby, D. (2005). Management Tools 2005. (Januari). Verkregen op 26 oktober, 2010, van http://www.bain.com/bainweb/PDFs/cms/Public/Management_Tools_2005_Executive_Guide.pdf.
- Rockart, J.F., (1979). Chief executives define their own data needs. *Harvard Business Review*, 57 (2), 81-93.
- Scholey,C., Armitage, H.(2003) Clear trials, *CMA Management* 77 (2), 15-17.
- Speckbacher, G., Bischof, J., Pfeiffer, T. (2003). A descriptive analysis of the implementation of balanced scorecard in German-speaking countries, *Management Accounting Research*, 14 (4), 361–387.
- Stichting GGNet. (2005). Jaarverslag 2004. Warnsveld.
- Stichting GGNet. (2010). Jaarverslag 2009. Warnsveld.

Traas, L. (1996). Ondernemingsstrategie en management accounting op weg naar de 21^{ste} eeuw', *Handboek Management Accounting*, (2), 1-18.

Trimbos Instituut. (2009). Trendrapportage GGZ 2009: Nieuwe financieringskaders voor de GGZ. Utrecht: Van Hoof, F., Knipsel, A., Vijselaar, J.

Univé-VGZ-IZA-Trias. (2010). Zorginkoopbeleid curatieve GGZ 2011. Verkregen op 9 februari, 2011, van <http://www.cz.nl/cz-uvit-inkoopbeleid-ggz-2011-zorgaanbieders.pdf>.

Van de Pol, F. (2007). Marktwerving in de GGZ . In Keeman, J.N, De Leeuw, P.W., Mazel, J.A., Zitman, F.G (Red) *Het Medisch Jaar 2007* (pp. 251-258). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Von Saher, E., Vorwerk, E. (2004). Balanced Scorecard is nog lang niet passé, *Tijdschrift Controlling*, 19 (7/8),44-47.

Yin, R.K. (2003). *Case Study Research: design and methods*. Thousand Oaks : Sage.

Websites

Agis

http://www.agisweb.nl/Voor_Zorgverleners/Verstrekingen/GGZ/GGZ_instellingen/Zorginkoop_2011_instellingen_curatieve_ggz

Verkregen op 12 februari 2011

GGNet

<http://www.ggnet.nl/site/Over%20GGNet>

Verkregen op 8 februari 2010

Kamer van Koophandel

http://www.kvk.nl/wetten_en_regels/rechtsvormen/overzicht_rechtsvormen/de_stichting/

Verkregen op 20 oktober 2010

Nederlandse Zorgautoriteit

<http://www.nza.nl/regelgeving/wetgeving/zorgverzekeringswet>

Verkregen op 13 juli 2010

Stichting harmonisatie kwaliteitsbeoordeling in de zorgsector

<http://www.hkz.nl/content/view/1201/76/>

Verkregen op 28 december 2010

The Balanced Scorecard Institute

<http://www.balancedscorecard.org/BSCResources/AbouttheBalancedScorecard/tabid/55/Default.aspx>

Verkregen op 27 oktober 2010

Appendix A: Analyse Zorginkoopbeleid Agis 2011

De vragen die gesteld zijn door Agis tijdens de zorginkoopprocedure zijn geanalyseerd om de belangrijkste inkoopcriteria van Agis in kaart te brengen. De curatieve GGZ is door Agis onderverdeeld in 5 deelmarkten. De deelmarkten zijn onderverdeeld op basis van het type klachten en daarnaast wordt er onderscheid gemaakt tussen volwassenen en kinderen. Per deelmarkt worden andere vragen gesteld. De eerste wegingsfactor die gebruikt is in het rangschikken van de inkoopcriteria naar belangrijkheid is de mate waarin GGNet actief is in een bepaalde deelmarkt. Op deze manier zijn bijvoorbeeld de vragen die gesteld worden gericht op de eerste deelmarkt veel minder belangrijk in de analyse als de vragen die gesteld worden bij deelmarkt 3.

Deelmarkt	Omschrijving	Percentage van activiteiten GGNet (eerste wegingsfactor)
Deelmarkt 1	Preventie	2,55%
Deelmarkt 2	Enkelvoudige problematiek: Generalistische vragen met een relatief korte behandelingsduur	3,62%
Deelmarkt 3	Complexe problematiek: Doelgroep waarbij een zekere specialisatie vereist is	66,09%
Deelmarkt 4	Chronische complexe problematiek: Langdurig zorgafhankelijke cliënten	9,00%
Deelmarkt Jeugd	Aparte deelmarkt om te voorkomen dat budget bedoeld voor jeugd voor andere doeleinden gebruikt wordt	18,73%

Tabel 3 : Wegingsfactor 1: Activiteiten GGNet in de door Agis gehanteerde deelmarkten (Bron: GGNet)

Agis heeft aan elk criterium een maximale score gekoppeld die per vraag verschilt. Hoe belangrijker het criterium, hoe meer punten er te verdienen zijn. Deze maximale score per criterium is in de analyse gebruikt als tweede wegingsfactor. De criteria, maximale punten en de wegingsfactor worden per deelvraag weergegeven in de tabellen 4 t/m 8.

Deelmarkt 1: Preventie		
<i>Inkoopcriterium</i>	<i>Max. Punten</i>	<i>Tweede Wegingsfactor</i>
Gebruik maken van ervaringsdeskundigen	60	7,55%
Informatie-uitvraag Depressie DBS's	50	6,29%
Respons klanttevredenheidsonderzoek	30	3,77%
Houden van ROM-Metingen en aanleveren bij KZN	195	24,53%
Informatievoorziening aan patienten	120	15,09%
Tijdig aanleveren gegevens	280	35,22%
Hoeveelheid onderhanden werk	60	7,55%
Totaal	795	100,00%

Tabel 4 : Wegingsfactor 2: inkoopcriteria deelmarkt Preventie
(bron: Zorginkoopprocedure Agis 2011 curatieve GGZ-aanbieders)

Deelmarkt 2: Enkelvoudige problematiek		
<i>Inkoopcriterium</i>	<i>Max. Punten</i>	<i>Tweede Wegingsfactor</i>
Gebruik maken van ervaringsdeskundigen	60	5,06%
Informatie-uitvraag Depressie DBS's	50	4,22%
Respons klanttevredenheidsonderzoek	30	2,53%
Houden van ROM-Metingen en aanleveren bij KZN	195	16,46%
Informatievoorziening aan patienten	120	10,13%
Tijdig aanleveren gegevens	280	23,63%
Hoeveelheid onderhanden werk	60	5,06%
Spreekuur buiten kantooruren	30	2,53%
Korting op Nza-Tarief	260	21,94%
Verhouding direct/indirect werken	40	3,38%
Uploading	60	5,06%
Totaal	1185	100,00%

Tabel 5: Wegingsfactor 2: inkoopcriteria deelmarkt Enkelvoudige problematiek
(bron: Zorginkoopprocedure Agis 2011 curatieve GGZ-aanbieders)

Deelmarkt 3: Complexe problematiek		
<i>Inkoopcriterium</i>	<i>Max. Punten</i>	<i>Tweede Wegingsfactor</i>
Gebruik maken van ervaringsdeskundigen	60	4,21%
Informatie-uitvraag Depressie DBS's	50	3,51%
Respons klanttevredenheidsonderzoek	30	2,11%
Houden van ROM-Metingen en aanleveren bij KZN	195	13,68%
Informatievoorziening aan patiënten	120	8,42%
Tijdig aanleveren gegevens	280	19,65%
Hoeveelheid onderhanden werk	60	4,21%
Betrekken van familie en naasten	45	3,16%
Somatische screening	65	4,56%
Crisiskaart opstellen	50	3,51%
Informeren naar kinderen patiënt	50	3,51%
Zinvolle daginvulling bespreken	60	4,21%
Korting op Nza-Tarief	260	18,25%
Verhouding direct/indirect werken	40	2,81%
Upcoading	60	4,21%
Totaal	1425	100,00%

Tabel 6: Wegingsfactor 2: inkoopcriteria deelmarkt Complexe problematiek
(bron: Zorginkoopprocedure Agis 2011 curatieve GGZ-aanbieders)

Deelmarkt 4: Chronische complexe problematiek		
<i>Inkoopcriterium</i>	<i>Max. Punten</i>	<i>Tweede Wegingsfactor</i>
Gebruik maken van ervaringsdeskundigen	60	4,12%
Informatie-uitvraag Depressie DBS's	50	3,44%
Respons klanttevredenheidsonderzoek	30	2,06%
Houden van ROM-Metingen en aanleveren bij KZN	195	13,40%
Informatievoorziening aan patiënten	120	8,25%
Tijdig aanleveren gegevens	280	19,24%
Hoeveelheid onderhanden werk	60	4,12%
Voeren door- en uitstroombeleid	40	2,75%
Afstemming tussen behandelaar en begeleider	80	5,50%
Kwaliteit FACT en ACT teams	60	4,12%
Bekende herstelbenadering hanteren	50	3,44%
Crisiskaart opstellen	100	6,87%
Somatische screening	60	4,12%
Korting op Nza-Tarief	200	13,75%
Verhouding direct/indirect werken	30	2,06%
Upcoading	40	2,75%
Totaal	1455	100,00%

Tabel 7: Wegingsfactor 2: inkoopcriteria deelmarkt Chronisch complexe problematiek
(bron: Zorginkoopprocedure Agis 2011 curatieve GGZ-aanbieders)

Deelmarkt Jeugd		
<i>Inkoopcriterium</i>	<i>Max. Punten</i>	<i>Tweede wegingsfactor</i>
Gebruik maken van ervaringsdeskundigen	60	4,05%
Informatie-uitvraag Depressie DBS's	50	3,38%
Respons klanttevredenheidsonderzoek	30	2,03%
Houden van ROM-Metingen en aanleveren bij KZN	195	13,18%
Informatievoorziening aan patiënten	120	8,11%
Tijdig aanleveren gegevens	280	18,92%
Hoeveelheid onderhanden werk	60	4,05%
Betrekken participatieraad Jeugd	80	5,41%
Betrekken van familie en naasten	135	9,12%
Somatische screening	95	6,42%
Zinnvolle daginvulling bespreken	95	6,42%
Korting op Nza-Tarief	120	8,11%
Verhouding direct/indirect werken	60	4,05%
Upcoading	100	6,76%
<i>Totaal</i>	1480	100,00%

Tabel 8: Wegingsfactor 2: inkoopcriteria deelmarkt Jeugd
(bron: Zorginkoopprocedure Agis 2011 curatieve GGZ-aanbieders)

Door voor elk inkoopcriterium de eerste en tweede wegingsfactor met elkaar te vermenigvuldigen en vervolgens bij elkaar op te tellen wordt duidelijke hoe zwaar het inkoopcriterium meetelt. Deze berekening is het beste uit te leggen aan de hand van een voorbeeld.

Voorbeeldberekening Inkoopcriterium 'tijdig aanleveren gegevens':

2,55% * 35,22%
 3,62% * 26,63%
 66,09% * 19,65%
 18,73% * 18,92%
9,00% * 19,24% +
20,01%

In tabel 9 worden de resultaten weergegeven die de analyse van het zorginkoopbeleid heeft opgeleverd. In de tabel is in de eerste kolom het inkoopcriterium beschreven. De tweede kolom geeft de score na de berekening met de wegingsfactoren weer. Deze score geeft aan hoe zwaar het criterium procentueel meetelt in de inkoopprocedure voor GGNet. De inkoopcriteria zijn tot slot geclusterd in onderwerpen. Deze onderwerpen zijn weergegeven in tabel 2 in paragraaf 4.3.2.

Inkoopcriterium	Totaal
Tijdig aanleveren gegevens	20%
Korting op NZa-tarief	16%
Houden van ROM-Metingen en aanleveren bij KZN	14%
Informatievoorziening aan patiënten	9%
Somatische screening	5%
Upcoding	4%
Gebruik maken van ervaringsdeskundigen	4%
Hoeveelheid onderhanden werk	4%
Zinvolle daginvulling bespreken	4%
Betrekken van familie en naasten	4%
Informatie-uitvraag Depressie DBC's	4%
Crisiskaart opstellen	3%
Verhouding direct/indirect werken	3%
Informeren naar kinderen patiënt	2%
Respons klanttevredenheidsonderzoek	2%
Betrekken participatieraad Jeugd	1%
Afstemming tussen behandelaar en begeleider	0%
Kwaliteit FACT en ACT teams	0%
Bekende herstelbenadering hanteren	0%
Voeren door- en uitstroombeleid	0%
Spreekuur buiten kantooruren	0%

Tabel 9: Resultaten analyse zorginkoopprocedure Agis 2011
(bron: Eigen werk, op basis van informatie van AGIS en GGNet)

Appendix B: Summary

The Dutch care purchasing market for mental health care

On January 1st 2008, a large part of mental health care was transferred from the Exceptional Medical Expenses Act (AWBZ) to the Health Insurance Act (Zvw). The Health Insurance Act is an important part of the Dutch health care system and was introduced to give more freedom of choice and responsibility to consumers, health insurance companies and health care providers. The objective of the Health Insurance Act is to increase market forces within health care (Website Dutch Healthcare Authority, www.nza.nl).

The role of the government has changed. Health insurers have been given control. This means that budgetary agreements with institutions for mental health care (MHC) are no longer made by the government but by health insurers. The decision as to which health care provider is contracted, lies with the health insurer, contrary to AWBZ. In the background, the government still plays an important part. As a legislator, the government sets the rules of the game and supervises through the Dutch Healthcare Authority (NZA) (Trimbos Institute, 2009).

The market in which health care providers and health insurers do business is called the *care purchasing market* (Van de Pol, 2007). Together with the health insurance market and the health care delivery market, they form the three domains of market forces in health care. The care purchasing market is an important stage. In order to provide good quality health care, it is important for MHC providers to perform as good as possible on this care purchasing market. Health insurers not only represent their patients, but have to be profitable as well in order to safeguard their own continuity. They will select mental health care institutions that provide high-quality care for a relatively low price. As a result, MHC providers have to perform well, both in providing high-quality care and in the financial aspect.

With the implementation of the Health Insurance Act, mental health care providers come into contact with market forces for the first time. MHC providers will have to make a profit in order to safeguard the continuity and quality of their health care. Health insurers have become large and important customers. They enter into agreements with individual MHC providers about the amount of care that will be provided for a fixed price. Within the framework of the law, health insurers are free to interpret these agreements. As soon as health insurers and MHC providers reach an understanding, the MHC provider receives a budget. This is done according to the regulations in the Health Insurance Act, and is called the Zvw-budget.

GGNet

Being a provider of mental health care, GGNet is active in the Dutch health care market. GGNet helps and supports people with psychological, psychosocial and psychiatric problems in the East Gelderland, Zutphen and Apeldoorn areas. A small part of its activities takes place in the The Hague and Nijmegen areas. With 2,400 employees, GGNet is a major player in the Dutch mental health care market (Website GGNet, www.ggnet.nl).

Curative care was transferred from AWBZ to Zvw. This form of care takes up more than half of GGNet's activities. The changes that involved the implementation of the Health Insurance Act (Zvw) to the mental health care, greatly influenced funding and organizing curative care. This thesis focuses on the changes in operational management of curative care.

GGNet's goal is to meet the heavily increased demand for information, both within and outside the organisation. GGNet plans on meeting this need by implementing a Performance Monitor. This is a new performance management system, that collects information in various ways about the organization's performance and presents this information in an orderly way by means of performance indicators. This Performance Monitor is about to be implemented in GGNet's organization.

However, a decision has yet to be made on which performance indicators will be used. Performance indicators are often called key performance indicators (KPIs). KPIs are quantitative measurements, selected in advance, that reflect the critical success factors (CSFs) of the organization. The first scientists that used this tool, gave a useful definition of the critical success factors:

"Critical success factors are, for any business, the limited numbers of areas in which results, if they are satisfactory, will ensure competitive performance for the organization. They are the few key areas where things must go right for the business to flourish (Rockart 1979, p.85)."

GGNet now has the possibility to define its own KPIs. Central aspect to the organization in defining KPIs is that these should help GGNet in achieving sufficient operating income on the care purchasing market.

GGNet's future Performance Monitor is based on the balanced scorecard (BSC). The BSC provides a framework for translating strategy to operational terms. This makes it exceptionally useful for defining KPIs (Kaplan & Norton, 1996). By measuring performance, chances of successfully implementing strategy improve. However, this also works the other way: measuring performance will only be successful if CSFs are aligned to GGNet's strategy. Before the BSC can be applied effectively, GGNet first has to determine which CSFs exist in their strategy. This lead to the following problem definition:

What are critical success factors to GGNets strategy in order to achieve sufficient operating income on the Zvw-market?

Theoretical framework

In 1992, Robert Kaplan and David Norton originated a new concept for introducing a performance management system. This system is called the Balanced Scorecard (BSC) and is used for defining financial and non-financial key performance indicators. Together, these KPIs enable management to monitor the organization's performance in a well-balanced way. The Balanced Scorecard translates theoretical strategy to operational terms and specific key performance indicators. The BSC views performance from four perspectives: the financial perspective, the customer perspective, the internal perspective and the learning & growth perspective (Kaplan & Norton, 1992).

The BSC offers a method to translate targets to key performance indicators. However, before the BSC can be applied, goals have to be determined first. These goals can be derived from an organization's strategy. A strategy describes in what way an organization plans on creating value for shareholders, customers and employees (Kaplan & Norton, 2004a p.27). The strategy map offers a way to translate general and theoretical strategy, formulated by topmanagement, to specific objectives that have more meaning to middle management and employees. This allows people to act on the organization's strategy. A visual display of this method of not more than one page is called a strategy map (Kaplan & Norton, 2004a).

A strategy map is a valuable instrument in communication. Employees will better understand the organization's strategy if it is showed to them, instead of just told to them. But a strategy map is not only suitable as an internal instrument of communication. Strategy maps offer organizations the opportunity to inform their customers about their value proposition and the effective means in which they intend to deliver (Scholey & Armitage, 2003).

Research has established that the expected benefits of using a BSC will be greater when organizations also use a strategy map. The following items are involved (Lucianetti, 2010, p.29):

- Reaching a consensus on the organization's vision and strategy.
- Clarifying the connections between short-term and long-term targets.
- Strategy becomes part of daily practice.
- Translating strategy to operational terms.
- Defining new performance indicators.
- Linking performance indicators to the organization's strategy.

Efficient use of the BSC is related to the use of a strategy map. Absence of a strategy map influences the BSC project in a negative way. It decreases the effect of the BSC, which subsequently may lead to declining business performances. (Lucianetti, 2010).

Methodology

In this study, the present GNet strategy was compared to 2004 GNet strategy. Comparing these two years draws a complete picture of a period in which GNet's environment has undergone dramatic changes. I will show the most important change in the environment and its effects on the strategy. In order to describe the strategy, I analysed documents and interviewed policy makers within GNet. Subsequently, a strategy map was designed for both years. The elements that were included in the present strategy map as a CSF, form the basis of answering the problem definition.

Results

In the following paragraph, the critical success factors, that contribute to a sufficient operating income, are described in the present GNet strategy. The strategy map is shown in figure 1.

Finality perspective

Achieving sufficient operating income has become a strategic challenge and was therefore included in the strategy map in the finality perspective. The objective is the most important condition in order to achieve the other objective in the finality perspective: Offering high-quality second-line MHC.

Customer perspective

Operational income is majorly influenced by GNet's performance on the care purchasing market. Health insurers are the customers that finance GNet's health care delivery. Therefore, in this strategy map, the health insurer's interests are translated in the value proposition. GNet's value proposition must be profitable to health insurers. My analysis shows that this value proposition contains four elements: transparency, price, patient communication and effectiveness.

Internal perspective

The internal perspective of the present strategy map contains four objectives that interpret the value proposition which was formulated in the customer perspective. These contributions are of overriding importance to successfully interpreting the value proposition. The objectives in the internal perspective are: optimizing registration, enhancing efficiency, offering hybrid forms of treatment and care pathways.

Learning and growth perspective

The objectives in the learning and growth perspective indirectly contribute to the second objective in the finality perspective: sufficient operating income. This is done by extending managerial knowledge within the organization and by creating a common purpose. This last objective means creating a situation in which everyone within the organization is aware of the importance of performing well on the care purchasing market.

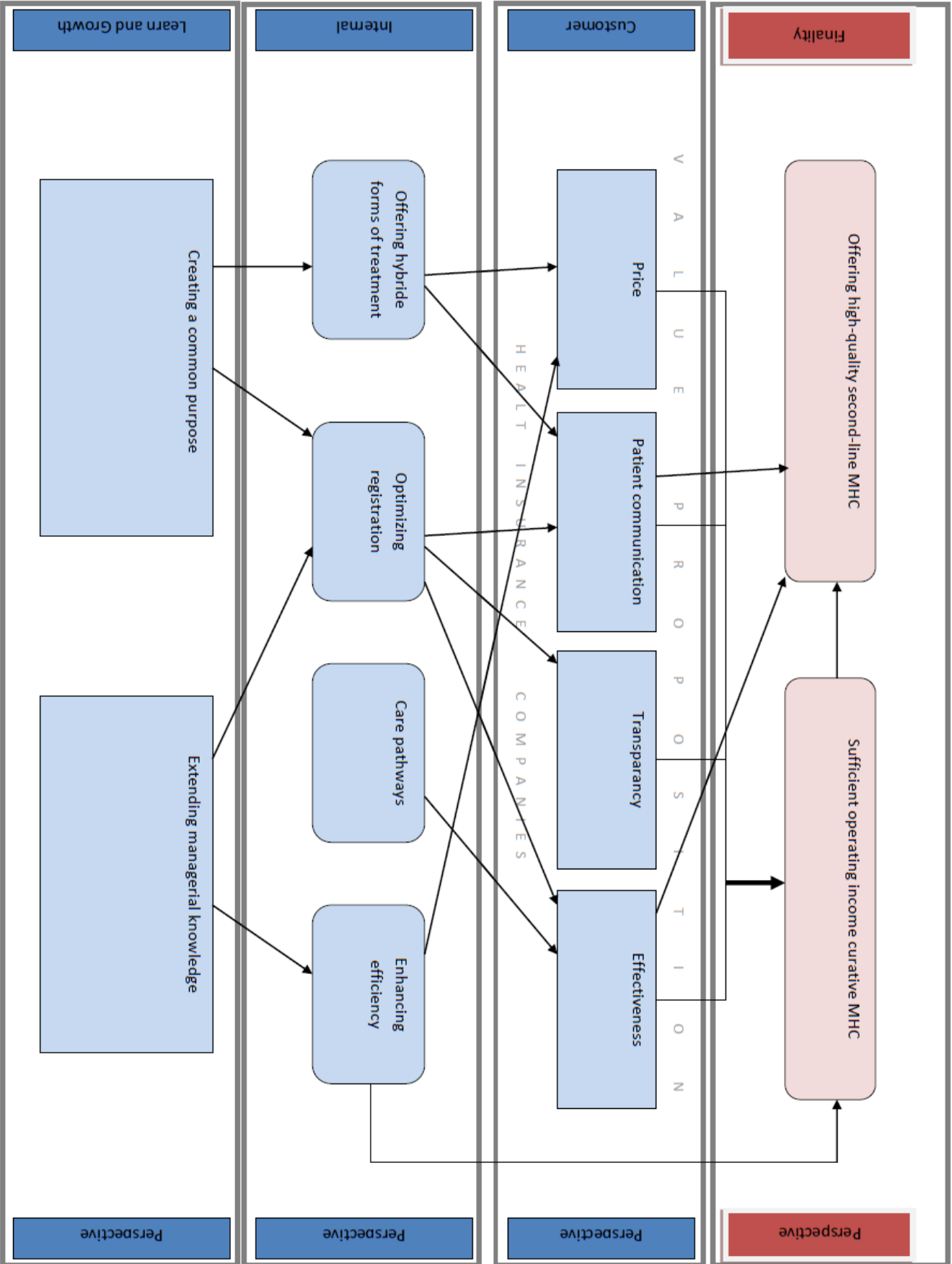


Figure 22: GGNet's present strategy map (source: own work)

Conclusion

In this study, that was carried out under the authority of GGNet, a strategy map was designed which identifies the critical success factors in GGNet's strategy, in order to achieve sufficient operating income. This answers the problem definition, that was formulated at the beginning of this thesis:

What are critical success factors to GGNet's strategy in order to achieve sufficient operating income on the Zvw-market?

I recommend GGNet to start using the strategy map as a basis of designing performance indicators in its BSC. Together, these performance indicators should form a set of instruments for GGNet's Performance Monitor. The Performance Monitor is a performance management system containing KPIs, that will soon be implemented in GGNet's organization.

If the model is implemented in combination with a suitable strategy map, the benefits of using the Performance Monitor will increase. It decreases the effect of the BSC, which subsequently may lead to declining performances. (Lucianetti, 2010).

The transfer of curative MHC from AWBZ to Zvw dramatically changed GGNet's operating environment. The government has given control to health insurers. These environmental changes led to GGNet's decision to change strategy. Before the transfer, GGNet's strategy was aimed at fulfilling their clients' needs. After the transfer, GGNet puts the interests of clients and health insurers at the same level. If the operational income on the care purchasing market is put first, as was done in this thesis, GGNet has to take it even one step further. From this perspective, health insurers' interests become more important than customers' interests.

Following other authors (Irwin, 2002; Brandt 2003), this thesis shows that a strategy map is not only beneficial to commercial organizations but also to non-profit organizations, especially in health care.

Recommendations

Based on this study, I would like to make a few recommendations to GGNet.

- The strategy map can be an exceptionally valuable instrument in communicating strategy. By showing strategy to employees, instead of just telling them, they will much better understand the strategy and its underlying ideas (Scholey & Armitage, 2003). Using a strategy map enhances BSC benefits in this aspect. It clarifies the connections between short-term and long-term targets and lets strategy become part of employees' daily operations. (Lucianetti, 2010)

Without the support of employees, some CSFs will have little result. An important example is the vital role practitioners play in the success of hybrid forms of treatment and adopting effectivity measurements. The strategy map can clarify to employees that such strategic initiatives are in the best interest of everyone within GGNet. By using the strategy map as an instrument of communication, the 'creating a common purpose' objective can be achieved.

- From a traditional perspective, the controller has a monitoring and controlling part with a financial orientation. This is why GGNet calls their controllers 'business controllers'. By doing so, GGNet shows that they also expect their controllers to implement and monitor strategy. Therefore, controllers will have to be involved in the development of the strategy map and BSC. Controllers are expected to not only show what happens, but also to explain why something happens and how improvement can be made. With this, the strategy map can be a useful instrument.
- It is important that GGNet's Executive Board declares itself in favor of introducing a (improved) performance management system, in order to increase the chances of successful implementation. If the Board is convinced of the benefits, it should make this known by taking an active part in the implementation process. Without the Board's support, chances increase that middle management and employees will not appreciate the project's importance (Antola et al., 2006).

- GGNet's present strategy map indicates that the organization focuses on short- and medium term. This can be largely explained because the strategy map is aimed at achieving sufficient operational income on the care purchasing market. This is a new market for GGNet and the organization is still adapting itself to this new operating environment.

However, I recommend GGNet to set long-term objectives as well and also define a strategy that leads to achieving these objectives. What are GGNet's ambitions? What does GGNet want to achieve and where does GGNet stand, ten or twenty years from now? What needs to be done now to be able to achieve that? I expect the answer to the last question to induce the defining of new objectives, which should be included in the strategy map as elements of the learning and growth perspective. It is unlikely for GGNet to achieve their long-term targets by using only their present treatment processes, knowledge and capacities.

Recommendations for further research

- GGNet should continue creating their own vision on delivering quality mental health care, based on their experience and expertise. Influence or pressure by external parties should not completely chart the course of the organization. Some MHC-providers fear that the requirements for financial stability will not align to what people can and are willing to do for delivering good quality care. Therefore, GGNet should develop a strategy map that focuses on care in which the customer's value proposition occupies centre stage. The differences that are revealed by comparing this strategy map to the strategy map that is presented in this thesis, are caused by initiatives that agree to the customer's value proposition, but don't have the health insurer's interest. GGNet can then decide to either abandon these initiatives, try to persuade the health insurer or try to find other ways of funding.
- This thesis was written for GGNet's business activities concerning curative mental health care. This method can also be used for GGNet's other business activities. For example, GGNet can develop strategy maps and KPIs for long-term care (AWBZ) and forensic psychiatry.
- In the conclusion paragraph, GGNet is advised to start using a strategy map as the foundation for defining key performance indicators in their BSC. The key success factors determine which strategy elements should be used for defining KPIs. Defining KPIs is a study in itself. For instance, it is important to know if KPIs represent the presumed causal connections in the strategy map, in what way KPI targets can be determined and what position the performance management system should have within GGNet's planning and control cycle.