

De waarde van ondernemen

		T ₁												
		U ₁									B ₃			
		S ₁									E ₁			
		S ₁									S ₁			
		E ₁						R ₁			T ₁			
		N ₁						E ₁			U ₁			
		P ₃					★	G ₂			U ₁			
		E ₁						I ₁			R ₁			
		R ₁		A ₁	M ₃	B ₃	A ₁	S ₁	S ₁	A ₁	D ₂	E ₁	U ₁	R ₁
		S ₁						S ₁			E ₁			
		O ₁	N ₁	D ₂	E ₁	R ₁	N ₁	E ₁	M ₃	E ₁	R ₁			
		O ₁						U ₁						
M ₃	A ₁	N ₁	A ₁	G ₂	E ₁	R ₁		R ₁						

Inzicht in bevorderende en belemmerende factoren bij ondernemerschap van bestuurders in Ziekenhuizen en VVT-organisaties

drs. Niels Honig en drs. Hilger Jansen

MHBA-11

Begeleider: Prof. dr. Jan Moen

Meelezer: Dr. Elly Breedveld

Mei 2015

Voorwoord

Deze thesis is geschreven ten behoeve van de afronding van de Executive Master of Health Business Administration (MHBA) van het Erasmus Centrum voor Zorgbestuur, onderdeel van de Erasmus Universiteit te Rotterdam.

Ondernemerschap is een diffuus begrip; een eenduidige betekenis ontbreekt. Aan ondernemers worden kwaliteiten toegedicht die te maken hebben met zelfstandigheid, durf, initiatief nemen, creativiteit en authenticiteit. Dit zijn eigenschappen die meer dan ooit noodzakelijk lijken om de uitdagingen waar zorgorganisaties voor staan het hoofd te kunnen bieden. De Nederlandse gezondheidszorg staat aan het begin van een omvangrijke hervorming. Verzuiling van care en cure zijn niet meer houdbaar. Basiszorg schuift op naar de buurt van de patiënt en de grenzen tussen ziekenhuis, polikliniek, verpleeghuis, thuiszorg en huisartsengroep vervagen. Er wordt dan dus ook veel van zorgbestuurders verwacht. Uit onderzoek (Van der Scheer, 2013) blijkt echter dat de afstand tussen het belang dat zorgbestuurders hechten aan de rol van ondernemer en het daadwerkelijk vervullen daarvan groot is. Deze snelle opeenstapeling van algemene beelden roept vragen op. Dertien interessante en relevante vragen dat een gedegen verdieping naar ondernemerschap en bijbehorende belemmerende en bevorderende factoren niet kon uitblijven.

Bijna een jaar zijn wij bezig geweest om inhoud te geven aan de thesis. Een eerste verkenning vond plaats voor de zomer in 2014 tijdens een studietrip naar Antwerpen. Wij spraken daar tijdens een goed diner met elkaar over 'ondernemen', de rol van bestuurders van zorgorganisaties en onze ideeën daarbij. Het leek ons van toegevoegde waarde om ons in dit brede onderwerp te verdiepen, juist vanwege de specifieke context van onze eigen organisaties. Meer inhoud kreeg ons onderwerp tijdens de studiereis in Oostenrijk en Zwitserland, waar wij het eerste conceptueel model hebben opgesteld.

Gedurende het onderzoek hebben wij kennis mogen maken met bevlogen bestuurders. Zij hebben ons stuk voor stuk meegenomen in hun praktijk van 'ondernemend zorgbestuur'. Wij willen dan ook via deze weg alle geïnterviewden hartelijk danken. Ben de Koning, Jeroen van de Oever, Jeroen van Roon, Eric Hisgen, Chiel Huffmeijer, Rob van Dam, Ron Treffers, Kees Sol, Mark Janssen, Ben van Gent, Jaap Maljers, Frank Arnoldy en Corné Otto: Dank voor jullie medewerking! Jullie openhartigheid en inspiratie is van grote waarde geweest voor onze thesis!

Wij hadden deze scriptie niet kunnen schrijven zonder de hulp en steun van een aantal mensen. Allereerst natuurlijk dr. Elly Breedveld, fijn om in de beginfase regelmatig te hebben kunnen sparren. Jouw adviezen hebben ons focus gegeven in het brede begrip rondom ondernemen in de zorg. Ten tweede willen wij prof. dr. Inge Bongers hartelijk danken voor de technische adviezen over de onderzoeksopzet, het technisch model en het conceptueel model. Als laatste gaat onze grote dank uit naar prof. dr. Jan Moen die ons van begin tot eind begeleid heeft en ons als wetenschappelijke en ervaringsvraagbaak, sparringpartner en coach gemotiveerd en gestimuleerd heeft om tot deze thesis te komen. Wij kijken met heel veel plezier terug op de bijeenkomsten in de bibliotheek in Bleiswijk...;-)

Dank gaat uiteraard ook uit naar onze organisaties Florence en Sint Franciscus Vlietland Groep en onze collega's die ons de tijd, ruimte en middelen hebben gegeven om de MHBA te volgen.

Tot slot natuurlijk ook een diepe buiging voor onze gezinnen. De afgelopen weken waren wij niet het meest aangename gezelschap. Vaak in diepe gedachten verzonken, soms zwijgzaam en met net wat meer nukken dan normaal gesproken het geval is.

Wij wensen u veel plezier met het lezen van de thesis!

Niels Honig
Hilger Jansen

Mei 2015

Managementsamenvatting

De zorg in Nederland bevindt zich in een transitietijd. Cliënten willen maatwerk, keuzevrijheid en zeggenschap en de overheid streeft naar kwaliteitsverbetering, betrokkenheid van de samenleving en financiële houdbaarheid. Wetten worden drastisch gewijzigd, verdwijnen of worden ingevoerd. Daarmee is er sprake van een stelselwijziging. Organisaties in de zorg moeten zich vanuit deze transitie strategisch (her)positioneren.

Zorgbestuurders hebben en ervaren de verantwoordelijkheid om een antwoord te vinden op de strategische positioneringsvraag. Zo wordt verondersteld dat ondernemerschap daarbij essentieel is, hoewel een eenduidige betekenis van 'ondernemerschap' ontbreekt. De rol van ondernemer is één van de rollen die een bestuurder in meer of mindere mate vervult. Uit onderzoek is gebleken dat bestuurders de rol van ondernemer minder sterk in praktijk brengen dan zij zouden willen. Mogelijk heeft dit te maken met bevorderende en belemmerende factoren die van invloed zijn bij ondernemerschap van zorgbestuurders.

De doelstelling van deze thesis is het verkrijgen van inzicht in de belemmerende en bevorderende factoren bij ondernemerschap en hoe bestuurders aan ondernemerschap vorm en inhoud kunnen geven. Er heeft uitgebreid literatuuronderzoek plaatsgevonden. Empirische data zijn verzameld door middel van dertien interviews. Er hebben vijf interviews met bestuurders van ziekenhuizen, vijf interviews met bestuurders uit de VVT en drie interviews met private zorgondernemers plaatsgevonden. De private zorgondernemers is gevraagd aanbevelingen te doen aan de bestuurders van ziekenhuizen en VVT instellingen wat betreft de invulling van ondernemerschap.

Een bestuurder in de zorg kan verschillende richtingen en manieren van ondernemen kiezen: marktgericht (initiëren commerciële activiteiten, aanboren nieuwe markten en doelgroepen), gemeenschapsgericht (aangaan samenwerkingsrelaties) en intern gericht (optimaliseren werkprocessen, creatief omgaan met middelen en stimuleren professionals tot innovatie). Belemmerende factoren die bestuurders hierbij ondervinden zijn: 'onduidelijke of niet passende regelgeving', 'de publieke opinie', 'schotten in financiering' en 'beperkte ruimte voor innovatie'. Deze factoren belemmeren de bestuurder bij de invulling van het ondernemerschap. Bevorderende factoren zijn: een zekere 'sense of urgency', 'financieringsmogelijkheden', 'eigenaarschap en verantwoordelijkheid' en de 'klantvraag'.

De klantvraag vormt volgens private zorgondernemers dé basis van ondernemerschap voor bestuurders in de zorg. Het centraal stellen van de klant en het creëren van toegevoegde waarde is de belangrijkste aanbeveling die zij doen. In de analyse van deze thesis wordt geconcludeerd dat zorgbestuurders waardegedreven zouden moeten ondernemen om maximale waarde te creëren voor klanten. Daarbij zouden zij de focus moeten leggen op marktgericht ondernemen en zich minder op de interne organisatie moeten richten. Hierdoor ontstaat vertrouwen en ruimte voor ondernemerschap in de organisatie.

Er ligt een grote veranderopgave voor bestuurders. Daar is lef voor nodig. In plaats van formele macht wordt het vermogen tot verbinden en sturen op basis van vertrouwen het fundament onder effectief gezag. Bestuurders zullen zich moeten richten op het wegnemen van blokkades voor verandering, inzicht verkrijgen in stagnerende processen en betekenis geven aan gewenste richtingen. Dit vraagt veel zelfbesef en competentie-inzicht van de huidige bestuurders in de zorg.

Managementsummary

The healthcare sector in the Netherlands is in transition. While clients today prefer custom-made service, freedom of choice, as well as authority, the government aims to achieve quality improvement, societal commitment, and financial sustainability. Laws are drastically changed, removed or new ones are introduced. Thus, we are witnessing a system change that forces healthcare organisations to consider strategic (re-)positioning.

Healthcare directors have and assume the responsibility of finding an answer to the strategic positioning question. In this regard, entrepreneurship is thought to be of essential value, although an unequivocal definition of 'entrepreneurship' is lacking. The entrepreneur role is one of the roles a director plays to varying degrees. Research has shown that in practice directors are less effective in this role than wished for. This may be due to contributing and limiting factors that exert an influence on entrepreneurship.

The aim of this thesis is to gain insight in the contributing and limiting factors influencing entrepreneurship and the ways in which healthcare directors can structure and give content to entrepreneurship. An extensive literature study was performed. Empirical data were collected by means of thirteen interviews, i.e. five with hospital directors, five met directors in the so-called VVT-sector (Nursing, Care and Home Care), and three with private healthcare providers. The healthcare providers were asked to give recommendations to the hospital directors and VVT directors how they best could add a concrete dimension to entrepreneurship.

A director of a healthcare institution can choose from various approaches to entrepreneurship: market-oriented (initiating commercial activities, accessing new markets and target groups), community-centred (setting up collaborations) and internally-oriented (optimizing work processes, using resources creatively, and stimulating professionals to be innovative). Limiting factors that directors may be confronted with are: 'unclear or inappropriate regulations', 'public opinion', 'compartmentalization of funding' and 'little room for innovation'. These factors restrict the director in giving shape to entrepreneurship. Contributing factors are: a certain 'sense of urgency', 'financing possibilities', 'ownership and responsibility', and 'client demand'.

According to the private healthcare providers, client demand is the very basis of entrepreneurship for healthcare directors. Placing a focus on client-centeredness and creating added value are the most important recommendations. In the analysis of this thesis it is concluded that healthcare directors should adopt a value-driven form of entrepreneurship to create maximum value for their clients. By placing a focus on a market-oriented approach rather than investing in the internal organization they will create confidence and room for entrepreneurship in the organization.

Directors are facing a great change management operation. They need to be courageous in this respect. Instead of formal power, the ability to connect and give direction on the basis of confidence will become the foundation of effective authority. Directors will need to concentrate on taking away the barriers to change, gaining insight in stagnating processes, and further detailing the desired directions. Healthcare directors today therefore need to possess a great deal of self-awareness and insight in personal competencies.

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Managementsamenvatting	4
Managementsummary	6
Inhoudsopgave	8
1. Inleiding	10
1.1 Thema.....	10
1.2 Probleemstelling.....	11
1.3 Motivatie en relevantie	14
1.4 Onderzoeksmodel	14
1.5 Technisch model.....	16
1.6 Validiteit en betrouwbaarheid	19
1.7 Leeswijzer	20
2. Transitie in de zorg	21
2.1 Inleiding	21
2.2 Stelsel in historisch perspectief.....	21
2.3 Kostenbeheersing en marktwerking	22
2.4 Ziekenhuizen: ontwikkeling en actualiteit.....	27
2.5 VVT: ontwikkeling en actualiteit.....	29
2.6 Afsluiting.....	31
3. Ondernemen en ondernemerschap.....	33
3.1 Inleiding	33
3.2 Ondernemerschap: een definitie	33
3.3 Soorten ondernemerschap.....	36
3.4 Ondernemen en de ondernemersstrategie van de organisatie.....	38
3.5 Ondernemen in de zorg.....	40
3.6 Afsluiting.....	43
4. De ondernemende bestuurder.....	44
4.1 Inleiding	44
4.2 Ondernemen en de rol van de bestuurder.....	44
4.3 De ondernemende bestuurder in de zorg.....	47
4.4 Afsluiting.....	49

5.	Conceptueel model	50
6.	Onderzoekresultaten	52
6.1	Inleiding	52
6.2	Ondernemen en ondernemerschap in de zorg	52
6.3	Belang van ondernemerschap.....	54
6.4	Ervaren belemmerende en bevorderende factoren	57
6.5	Conceptueel model en belemmerende en bevorderende factoren	62
6.6	Aanbevelingen van private zorgondernemers	64
6.7	Afsluiting.....	68
7.	Analyse	69
7.1	Inleiding	69
7.2	Noodzaak tot waardecreatie? Een 'theoretisch uitstapje'	69
7.3	Interpretatiemodel.....	71
7.4	Waardegedreven ondernemen.....	73
7.5	Koppeling van conceptueel model en interpretatiemodel aan 'waardegedreven ondernemen'	76
7.6	Conclusie	78
8.	Slotbeschouwing	80
8.1	Inleiding	80
8.2	Beschouwing	81
8.3	Aanbevelingen.....	84
8.4	Tot slot.....	85
	Literatuurlijst	88
	Bijlage 1 Topiclist Zorgbestuurder ZKH en VVT	91
	Bijlage 2 Topiclist Private Zorgondernemers.....	92
	Bijlage 3 Conceptueel model en waardegedreven ondernemen.....	94

1. Inleiding

1.1 Thema

Op dit moment zijn er veel factoren en actoren vanuit de externe omgeving die van invloed zijn op de strategische positionering van zorginstellingen. Voorbeelden van deze factoren zijn de ontwikkelingen rondom de wet- en regelgeving (Wet Langdurige Zorg, Wet Maatschappelijk Ondersteuning), prijs- en kwaliteitsdruk door zorgverzekeraars, ontwikkelingen rondom integrale bekostiging e.d. Er wordt ten aanzien van deze ontwikkelingen wel gesproken van een, haast fundamentele, transitie. Van organisaties vraagt deze transitie om aanpassing aan deze nieuwe context. De vraag rijst hoe organisaties hier mee omgaan. Een specifieke rol is hierbij weggelegd voor de bestuurder van deze organisaties. De zorgbestuurder is verantwoordelijk om de koers te bepalen van de organisatie en daarmee ook verantwoordelijk om de organisatie door deze transitiefase te loodsen.

Hoe gaat de zorgbestuurder om met deze aanpassing op de externe omgeving? Hoe krijgt hij de organisatie mee? Is er sprake van verschil in hoe zorgbestuurders omgaan met de transitie? Het zijn vragen waar geen eenduidig antwoord op te geven is. De ene zorgbestuurder zal mogelijk zijn blik volledig extern richten en vooral kijken naar mogelijkheden in samenwerking met andere organisaties (schaalvergroting door bijvoorbeeld fusie). Een andere zorgbestuurder zal zich vooral intern richten en zich bezighouden met aanpassingen binnen de organisatie ('kanteling', wijziging besturingsmodel). Om zicht te krijgen op deze verschillen tussen zorgbestuurders is het van belang om helder te krijgen welke rol een zorgbestuurder kan innemen in zijn organisatie. In de literatuur worden zes rollen van zorgbestuurders genoemd (Van der Scheer, 2013):

- boegbeeld of ambassadeur: representeren van de organisatie naar buiten en naar binnen
- bestuurder of strateeg: uitzetten van de strategische lijnen naar de toekomst
- manager: zorg dragen voor efficiënte productie en nakomen van afspraken
- regisseur: zorg dragen voor een soepel verloop van processen
- tussenpersoon: verbindingen leggen tussen de binnen- en buitenwereld van de organisatie
- ondernemer: introduceren van vernieuwingen en aanboren van nieuwe markten

Als het gaat om de transitie die nu in de zorg speelt, lijkt een ondernemende rol van de zorgbestuurder een belangrijke. Het introduceren van vernieuwingen in samenwerking met andere (zorg)organisaties of het aanboren van nieuwe markten en/of doelgroepen kunnen een antwoord

zijn op de transitie. De transitie in de zorg vraagt dan om meer ondernemende zorgbestuurders. Van der Scheer (2013) heeft onderzoek gedaan naar betwiste governance in de zorg en vooral naar de rol die bestuurders hier zelf in spelen. Zij concludeert onder andere dat bij bestuurders het verschil tussen de wens ('rolbelang') en de werkelijkheid ('rolinvulling') wat betreft de rol van 'ondernemer' groot is. Dat roept vragen op: zijn er factoren te benoemen die van invloed zijn op deze veronderstelde 'gap' tussen wens en werkelijkheid? Met andere woorden: is er verschil tussen wat je wilt en wat je kunt als bestuurder ten aanzien van ondernemen? Is er sprake van bepaalde belemmerende factoren die het moeilijk maken voor bestuurders in de zorg om aan hun 'ondernemerschap' vorm en inhoud te geven? Zien de bestuurders in de zorg hun rol van 'ondernemer' als belangrijk om bestaande zorgorganisaties door de transitieperiode heen te helpen? Welke bevorderende factoren zijn er die het makkelijker maken om 'ondernemerschap' beter vorm en inhoud te geven?

In deze thesis wordt getracht een antwoord te formuleren op bovenstaande vragen. Met name wordt onderzocht welke belemmerende en bevorderende factoren ten aanzien van de ondernemende rol van een zorgbestuurder er aangetroffen worden. Dit om inzicht te krijgen in deze factoren en hoe deze beïnvloed worden. Ook worden er aanbevelingen gedaan hoe een zorgbestuurder kan omgaan met deze belemmerende en bevorderende factoren.

1.2 Probleemstelling

Het onderzoek van deze thesis gaat over belemmerende en bevorderende factoren ten aanzien van ondernemerschap van zorgbestuurders. Specifiek wordt hierbij de focus gelegd op twee sectoren binnen de zorg: ziekenhuizen en organisaties voor verpleeghuiszorg, verzorgingshuiszorg en thuiszorg (VVT). Deze sectoren hebben beiden te maken met een transitiefase waarin van de bestuurders ondernemerschap wordt verwacht. De doelstelling van het onderzoek luidt:

"Het verkrijgen van inzicht in belemmerende en bevorderende factoren bij ondernemerschap door zorgbestuurders van ziekenhuizen en VVT-organisaties en het doen van aanbevelingen hoe zij nader vorm en inhoud kunnen geven aan ondernemerschap ."

Om te komen tot het verkrijgen van dit inzicht ten behoeve van deze doelstelling is de volgende centrale vraagstelling geformuleerd:

"Welke belemmerende en bevorderende factoren ervaren zorgbestuurders van ziekenhuizen en VVT-organisaties bij ondernemerschap en hoe kunnen zij aan hun ondernemerschap nader vorm en inhoud geven?"

Om deze vraagstelling te beantwoorden, zijn ten behoeve van het uitvoeren van het onderzoek een aantal deelvragen geformuleerd. In de beantwoording van de vraagstelling wordt gekozen voor een trechtersvorm: van algemene gegevens naar steeds specifiekere informatie ten behoeve van de beantwoording van de vraagstelling.

Om een antwoord te geven op de vraagstelling is het van belang om eerst inzicht te krijgen in de huidige transitiefase in de Nederlandse gezondheidszorg. Dit vanuit een historisch perspectief: welke factoren leiden er nu eigenlijk toe dat er sprake is van een transitie in de zorg? Wat is de rol van marktwerking hierbij? En waarom is hier vanuit maatschappelijk en politiek oogpunt voor gekozen? De eerste deelvraag luidt dan ook:

1. Waarom is er sprake van een transitie in de zorg en wat houdt deze transitie specifiek in voor ziekenhuizen en VVT-organisaties?

Hier wordt een antwoord op gevonden vanuit de literatuur. Een volgende deelvraag wordt ook vanuit de literatuur beschreven. Om antwoord te geven op de centrale vraag is het van belang om een definitie te geven van 'ondernemen', 'ondernemerschap' en specifieke kenmerken van 'ondernemen in de zorg'. De tweede deelvraag luidt:

2. Hoe worden 'ondernemen' en 'ondernemerschap' in de literatuur omschreven en gedefinieerd en wat zijn specifieke kenmerken van 'ondernemerschap in de zorg'?

Vervolgens wordt vanuit de literatuur beschreven wat specifieke kenmerken zijn van ondernemen voor bestuurders en hoe dit door bestuurders in de zorg ervaren wordt. De derde deelvraag:

3. Wat zijn relevante aspecten bij de invulling van 'ondernemerschap' zoals door bestuurders ervaren wordt?

De eerste drie deelvragen worden vanuit de literatuur beantwoord. Onderdeel van het onderzoek om de centrale vraag te beantwoorden is ook een empirisch onderzoek. Er worden interviews gedaan met bestuurders in de zorg, specifiek met bestuurders van ziekenhuizen en VVT-organisaties. Bij deze bestuurders wordt eerst verkend wat zij verstaan onder 'ondernemen' en 'ondernemerschap' en het belang hiervan voor de sector waarin ze werkzaam zijn. Dit leidt tot beantwoording van de vierde deelvraag:

4. Wat wordt door zorgbestuurders uit ziekenhuizen en VVT-organisaties onder 'ondernemen' en 'ondernemerschap' verstaan?

Daarbij wordt verkend hoe zorgbestuurders 'ondernemen' en 'ondernemerschap' ervaren, maar wordt ook specifiek ingegaan of zij een verandering zien in het belang van ondernemen.

Om na te gaan welke belemmerende en bevorderende factoren de bestuurders in de zorg ten aanzien van 'ondernemen' in de praktijk ervaren, wordt dit in de interviews specifiek aan de zorgbestuurders gevraagd. In het onderzoek wordt hierbij nagegaan of er hierbij sprake is van verschil tussen de twee onderzochte sectoren (ziekenhuizen en VVT-organisaties). Hiermee wordt antwoord gegeven op de vijfde deelvraag:

5. Welke belemmerende en bevorderende factoren ervaren zorgbestuurders ten aanzien van ondernemerschap in de praktijk?

Na de beantwoording van deze vijfde deelvraag wordt vanuit het empirisch onderzoek nagegaan welke aanbevelingen 'private zorgondernemers' doen aan zorgbestuurders uit ziekenhuizen en VVT-organisaties. De zesde deelvraag luidt:

6. Welke aanbevelingen doen private zorgondernemers aan bestuurders van ziekenhuizen en VVT-organisaties hoe om te gaan met belemmerende en bevorderende factoren?

Om inhoud te geven aan de belemmerende en bevorderende factoren die zorgbestuurders ervaren en de aanbevelingen die private zorgondernemers doen, wordt een interpretatiemodel gehanteerd. Dit model is nodig om een kader te stellen aan de hand waarvan uiteindelijk een antwoord gegeven kan worden op de centrale vraagstelling. De zevende deelvraag luidt:

7. Welk interpretatiemodel kan gehanteerd worden om belemmerende en bevorderende factoren die zorgbestuurders van ziekenhuizen en VVT-organisaties ervaren en de aanbevelingen die private zorgondernemers doen, te vertalen in een aanbeveling aan bestuurders over hoe zij vorm en inhoud kunnen geven aan ondernemerschap?

Na de beantwoording van deze deelvragen kan uiteindelijk de centrale vraag beantwoord worden, waarmee de uiteindelijke doelstelling van het onderzoek wordt behaald.

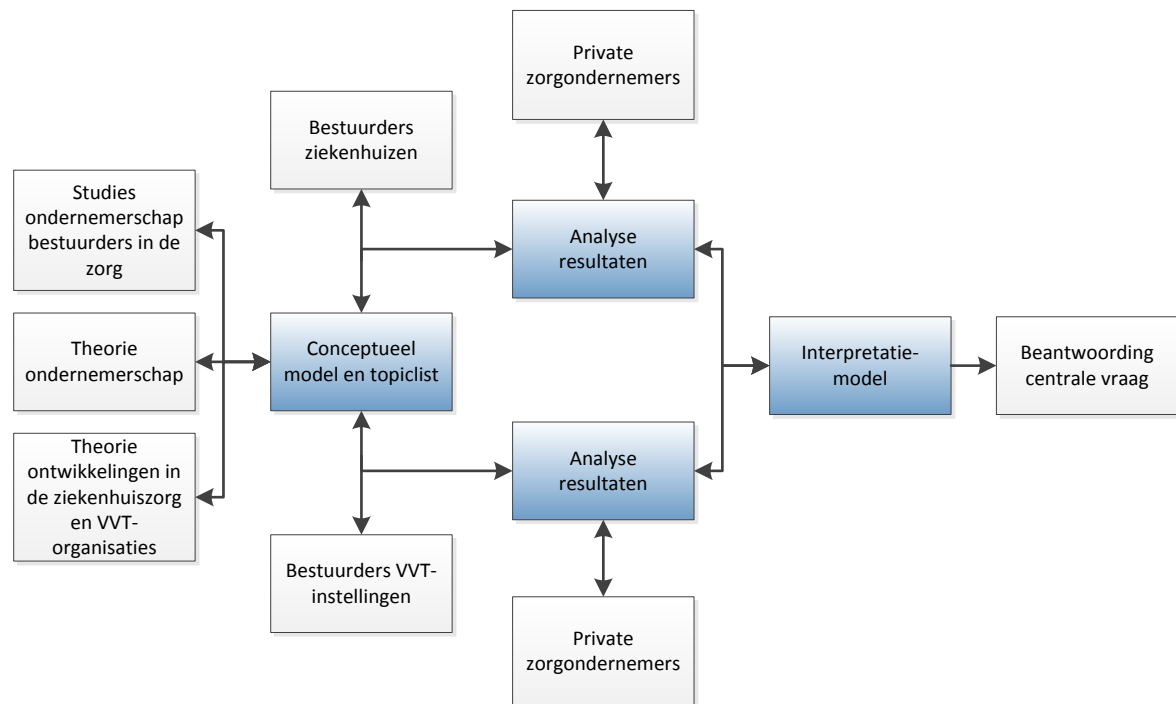
1.3 Motivatie en relevantie

De beelden die bestaan rondom ondernemen in de zorg zijn voor het merendeel normatief van aard. Veel mensen spreken over dit thema, hebben een beeld daarbij en zijn ook vaak (ver)oordelend over het 'ondernemerschap' in de zorg. De theoretische en empirische onderbouwingen van 'ondernemerschap' in de zorg en het zicht op de implicaties ervan zijn beperkt aanwezig. Daarmee is het ook onzeker of en in hoeverre ondernemerschap soelaas biedt voor het waarmaken van de hoge verwachtingen die bij bestuurders in de zorg worden neergelegd. De verwachtingen die in de maatschappij bestaan, zijn het beheersen van de kosten, het vinden van een optimale aansluiting bij de zorgvraag en het waarborgen van de gelijke toegang tot en de kwaliteit van zorg. Daar waar ondernemerschap zich manifesteert ontstaan belemmerende en bevorderende factoren. De aanwezigheid van deze belemmerende en bevorderende factoren vormt de aanleiding van dit onderzoek. De theoretische en empirische analyse van belemmerende en bevorderende factoren in dit onderzoek kan bijdragen aan een beter begrip op en inzicht in de complexiteit van ondernemerschap van bestuurders in de zorg.

1.4 Onderzoeksmodel

Om te komen tot een antwoord op de centrale vraag is een onderzoeksmodel opgesteld. Het onderzoeksmodel is een schematische weergave van belangrijke stappen in het onderzoek om de doelstelling te bereiken. Met betrekking tot het opstellen van het onderzoeksmodel zijn een aantal stappen doorlopen (Verschuren, 2010):

1. Het doel van het onderzoek is in paragraaf 1.2 beschreven. Het gaat om verkrijgen van inzicht voor het omgaan met belemmerende en bevorderende factoren met betrekking tot ondernemerschap van zorgbestuurders in ziekenhuizen en VVT-organisaties en hoe zij aan ondernemerschap nader vorm en inhoud kunnen geven. Om dit toetsbaar te maken is een conceptueel model ontwikkeld, zie hiervoor hoofdstuk 5. Na het empirisch onderzoek wordt een interpretatiemodel gehanteerd. Dit model maakt het mogelijk om de belemmerende en bevorderende factoren die zorgbestuurders van ziekenhuizen en VVT-organisaties ervaren en de aanbevelingen die private zorgondernemers doen, te vertalen in een aanbeveling aan bestuurders over hoe zij vorm en inhoud kunnen geven aan ondernemerschap.
2. De onderzoeksobjecten worden gevormd door zorgbestuurders werkzaam in ziekenhuizen en VVT-organisaties. Bewust is gekozen voor een afbakening, aangezien het meenemen van de objecten uit alle sectoren (ook GGZ, Welzijnssector) een te groot object van onderzoek is. Daarnaast is gekozen voor ziekenhuizen en VVT-organisaties vanwege de veronderstelde diversiteit in aansturingsmodel en zeggenschap als bestuurder. Deze diversiteit wordt in het empirisch onderzoek getoetst. De uitkomsten die de 'analyse van resultaten' oplevert, worden vervolgens voorgelegd aan een aantal private zorgondernemers.
3. Aard onderzoeksoptiek. Het onderzoek naar belemmerende en bevorderende factoren rondom ondernemerschap betreft een 'diagnostisch onderzoek'. Er wordt nagegaan wat de achtergronden en oorzaken zijn van deze factoren rondom ondernemerschap. De bron voor deze onderzoeksoptiek bestaat uit literatuur rondom ondernemen, transitie in ziekenhuizen en VVT-organisaties en rol van de zorgbestuurder hierbij.
4. Schematische weergave. Bovenstaand leidt uiteindelijk tot het volgende onderzoeksmodel:



Figuur 1: Onderzoeksmodel

1.5 Technisch model

Om een antwoord te kunnen geven op de centrale vraag en de bijbehorende deelvragen wordt een onderzoek uitgevoerd dat zowel theoretische als empirische onderdelen bevat. In de vraagstelling staan meningen, opvattingen, gedachten van bestuurders in de zorg rondom ondernemerschap centraal, daarom is gekozen voor het uitvoeren van een kwalitatief onderzoek. Een kwalitatief onderzoek bevat veel aandacht voor opvattingen, meningen en de betekenis hiervan in hun context (Baarda, 1995).

Om de eerste drie deelvragen te kunnen beantwoorden, is gestart met een literatuurstudie. In deze literatuurstudie is gekozen voor een trechtersvorm: van algemeen naar specifiek. In eerste instantie is in de literatuur onderzoek verricht naar de transitie in de zorg, de concepten 'ondernemen' in het algemeen en het beschrijven van 'ontwikkelingen in de zorg'. In tweede instantie wordt verder ingezoomd op 'studies rondom ondernemerschap in de zorg' en de 'rol van bestuurders' hierbij.

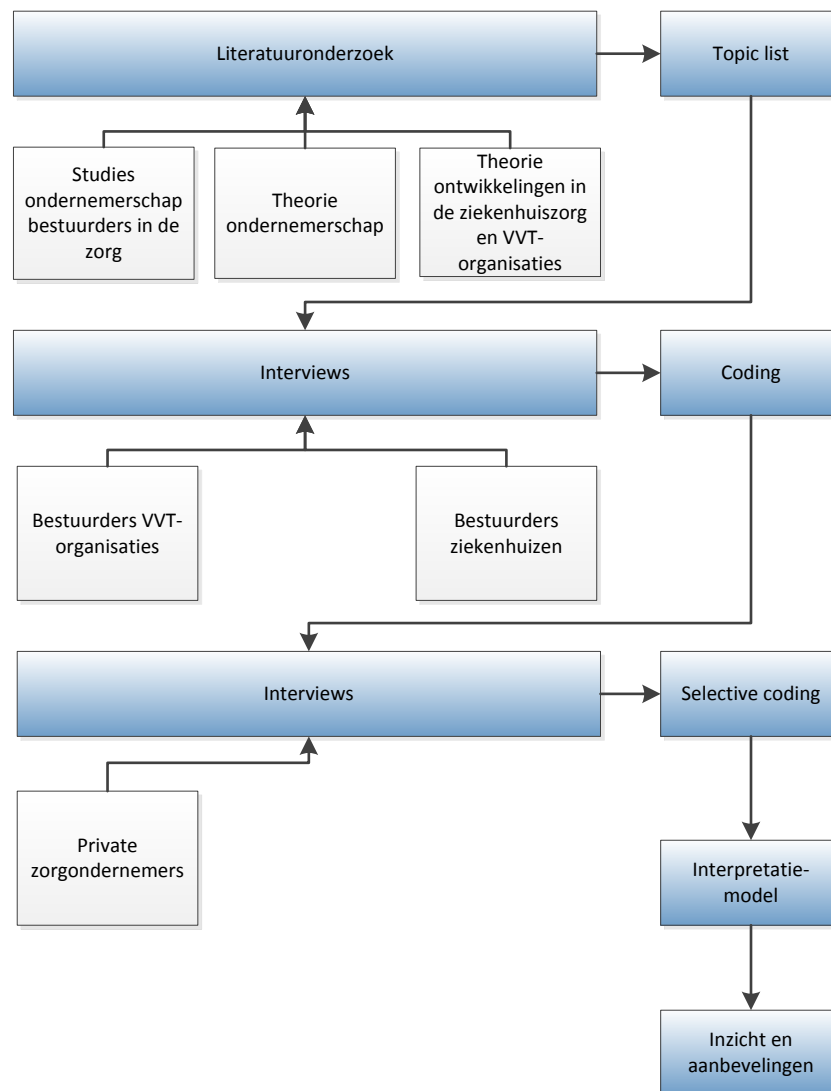
In het tweede gedeelte van het onderzoek zullen de resultaten van de literatuurstudie worden voorgelegd aan zorgbestuurders. Doel van dit onderdeel in het onderzoek is om na te gaan of de

resultaten van de literatuurstudie overeenkomen met de werkelijkheid en of er mogelijk nieuwe inzichten te verkrijgen zijn ten aanzien van de kernconcepten 'ondernemen' en 'ondernemerschap' en de contextspecifieke rol van de zorgbestuurder hierbij. Daarbij wordt nagegaan welke belemmerende en bevorderende factoren een zorgbestuurder ervaart ten aanzien van ondernemerschap. En wordt tevens nagegaan of er een verschil bestaat in belemmerende en bevorderende factoren tussen de Ziekenhuissector en de sector Verpleeg-, Verzorgingshuizen en Thuiszorg (VVT). De interviews zijn semi-gestructureerd en vinden plaats aan de hand van een topiclist. Deze topiclist is opgesteld op basis van gegevens uit de literatuur en het conceptueel model. Zie bijlage 1 voor de topiclist voor zorgbestuurders van ziekenhuizen en VVT-organisaties en bijlage 2 voor topiclist voor private zorgondernemers. Er is voor een topiclist gekozen, omdat dit respondenten stimuleert om hun eigen gedachten en meningen zoveel mogelijk als uitgangspunt te nemen. De interviewers kunnen hier dan in het interview verder op doorvragen. Dit leidt tot beantwoording van de deelvragen vier en vijf.

In het derde gedeelte van het onderzoek wordt onderzocht hoe private zorgondernemers aankijken tegen de resultaten van het onderzoek vanuit de eerste en tweede fase. Met andere woorden: wat vinden zij van de door zorgbestuurders van ziekenhuizen en VVT-organisaties gegeven belemmerende en bevorderende factoren? Worden deze herkend? Welke aanbevelingen zouden deze zorgondernemers doen aan hun collega's van publieke organisaties? Middels interviews met een aantal private zorgondernemers wordt onderzocht welke aanbevelingen deze groep kan doen aan bestuurders in ziekenhuizen en VVT-organisaties ten aanzien van belemmerende en bevorderende factoren van ondernemerschap. De uitkomsten van deze interviews leidt tot beantwoording van deelvraag zes.

Het vierde en laatste deel van het onderzoek gaat om het interpreteren van alle resultaten van het onderzoek om aanbevelingen te doen aan bestuurders van ziekenhuizen en VVT-organisaties hoe zij vorm en inhoud kunnen geven aan belemmerende en bevorderende factoren van ondernemerschap. De resultaten van de literatuurstudie, de interviews met bestuurders en uitkomst van de interviews met private zorgondernemers worden gebruikt in deze interpretatie. Dit leidt tot beantwoording van de zevende en laatste deelvraag.

Hiervoor genoemde beschrijving van het onderzoek leidt tot het volgende technisch ontwerp:



Figuur 2: Technisch ontwerp

In het onderzoek is een aantal respondenten geïnterviewd. Om tot een afbakening te komen van een veelheid van mogelijke respondenten, is in afstemming met de thesisbegeleider een aantal keuzes gemaakt. Voor het beantwoorden van deelvragen vier en vijf is gekozen voor vijf interviews met zorgbestuurders per sector. Dat wil zeggen: er zijn vijf bestuurders uit de Ziekenhuissector geïnterviewd en vijf bestuurders uit de VVT-sector. Hiervoor is gekozen omdat dit een eerste beeld geeft van ondernemerschap en ervaren bevorderende en belemmerende factoren. De groep respondenten is in overleg met de thesisbegeleider tot stand gekomen. Aan hem is gevraagd wie hij, gezien het onderwerp, geschikt vond om een mening, idee en perspectief op het onderwerp te geven.

Daarnaast is voor de afbakening gekozen vanuit de volgende criteria:

- de bestuurder is voorzitter van de Raad van Bestuur
- de organisatie bevindt zich in de Randstad (sterk concurrerende omgeving en vanuit praktische overwegingen)
- de bestuurder moet beschikbaar zijn voor een interview in de maand februari

Ook de zorgbestuurders van de 'eigen' organisaties van de onderzoekers zijn als respondent opgenomen in het onderzoek. Om 'vertroebeling' van de resultaten te voorkomen, hebben de onderzoekers ervoor gekozen niet de bestuurder van de 'eigen' organisatie te interviewen.

Voor een afbakening van private zorgondernemers is gekozen vanuit de volgende criteria:

- private zorgorganisatie die voldoet aan de definitie genoemd in (RVZ, 2002):
 - zorg geleverd uit derde compartiment (niet verzekerde zorg) én
 - eventueel in combinatie met eerste (AWBZ) en tweede compartiment (ZVW) en/of
 - voor een deel privaat gefinancierd
- de ondernemer moet beschikbaar zijn om deel te nemen aan een interview in maart

Daarbij is de lijst met namen van bestuurders en zorgondernemers voorgelegd aan de thesisbegeleider en is een keuze tot stand gekomen. Totaal zijn dertien interviews afgenomen, vijf bij zorgbestuurders in VVT-organisaties, vijf bij zorgbestuurders van ziekenhuizen en drie bij private zorgondernemers. De uitkomsten van de interviews worden beschreven in hoofdstuk 6.

1.6 Validiteit en betrouwbaarheid

In deze paragraaf wordt weergegeven op welke wijze dit onderzoek moet worden geïnterpreteerd met betrekking tot validiteit en betrouwbaarheid.

Betrouwbaarheid:

De betrouwbaarheid heeft betrekking op de beïnvloeding van de waarneming van toevallige of onsystematische fouten (Boeije, 2012). Om de betrouwbaarheid van het literatuuronderzoek te verhogen, zijn verschillende relevante bronnen gebruikt waaronder boeken, wetenschappelijke artikelen, relevante rapporten en websites. Er is daarmee sprake van triangulatie van bronnen binnen het onderzoek. Door te zoeken naar 'peer-reviewed' materiaal en aandacht te hebben voor

het aantal keer dat naar artikelen is geciteerd in andere werken is getracht de betrouwbaarheid van het literatuuronderzoek te verhogen.

Interviews als onderzoeksinstrument scoren relatief laag op betrouwbaarheid. Door de grote afhankelijkheid van de situatie, het moment, interactie en interpretatie tussen de betrokken personen is exacte herhaling uitgesloten. De interviews zijn, behoudens de 'eigen' organisatie, afgenomen in duo's, waardoor subjectiviteit van individuele oordelen verkleind zijn, en alle interviews zijn opgenomen, uitgeschreven en gecodeerd zodat een gedegen analyse kon plaatsvinden. Dit verhoogt de betrouwbaarheid van het onderzoek in enige mate.

Validiteit:

Bij validiteit of geldigheid van het onderzoek gaat het er om dat men datgene meet wat men beoogt te meten. Voorafgaand aan de interviews is de vertrouwelijkheid en anonimiteit van de geïnterviewden benadrukt. Door binnen het onderzoek te werken met een conceptueel model ontstond structuur voor de onderzoekers die de interne validiteit ondersteunt. Tijdens de interviews is gewerkt met een topiclijst waardoor alle onderwerpen die van belang waren gestructureerd aan bod kwamen. Door een gedegen theorievorming is gestreefd de generaliseerbaarheid, externe validiteit, van de aanbevelingen te vergroten.

1.7 Leeswijzer

Zoals hiervoor al genoemd, wordt in de thesis antwoord gezocht op de centrale vraag en de deelvragen om uiteindelijk te voldoen aan de doelstelling van het onderzoek. De opbouw van de thesis volgt de deelvragen en ziet er dan ook als volgt uit:

- hoofdstuk 2: Transitie in de zorg
- hoofdstuk 3: 'Ondernemen' en 'ondernemerschap'
- hoofdstuk 4: De ondernemende bestuurder
- hoofdstuk 5: Conceptueel model
- hoofdstuk 6: Onderzoeksresultaten
- hoofdstuk 7: Analyse
- hoofdstuk 8: Slotbeschouwing

2. Transitie in de zorg

2.1 Inleiding

In de Nederlandse Grondwet is vastgelegd dat de overheid ten aanzien van de volksgezondheid een bevorderingsplicht heeft. De reikwijdte en intensiteit van de overheidsbemoeienis is een voortdurende (politieke) discussie en in de tijd aan verandering onderhevig geweest. In navolgend hoofdstuk wordt het veranderingstraject van planning naar marktwerking en ondernemerschap geschetst. Afgesloten wordt met een beschrijving van de ontwikkeling en de actualiteit van de Ziekenhuissector en die van de VVT (Verpleeg- en Verzorgingshuizen en Thuiszorg).

2.2 Stelsel in historisch perspectief

Het Nederlandse zorgstelsel is ontstaan vanuit talloze particuliere initiatieven die voornamelijk gebaseerd waren op religieuze grondslagen. In de negentiende eeuw waren naastenliefde en liefdadigheid in de zorgverlening de leidende principes. Religieuzen zoals moeder-oversten of besturende zusters en broeders regeerden deze instellingen. Sinds 1983 is in de Nederlandse Grondwet vastgelegd dat de overheid ten aanzien van de volksgezondheid een bevorderingsplicht heeft. Dat houdt in dat zij een kwalitatief goede, over het land gespreide en financieel bereikbare gezondheidszorg zo veel mogelijk dient te bevorderen, die bovendien betaalbaar blijft (Boot, 2013).

De meeste ziekenhuizen, verpleeghuizen en andere intramurale instellingen zijn eigendom van een stichting of vereniging. Huisartsen voeren hun eigen praktijk of zijn in het kader van een gezondheidscentrum in dienstverband van een stichting. Zorgvoorzieningen in Nederland gaan dus uit van vrijgevestigde beroepsbeoefenaren of particuliere instellingen. Samen vormen zij wat in Nederland de zorgsector wordt genoemd. De laatste jaren worden zorginstellingen steeds meer als 'maatschappelijke ondernemingen' gezien (Boot, 2013). Het zijn private organisaties die zonder winstoogmerk een publieke functie vervullen met een aanmerkelijk maatschappelijk belang: het verlenen van zorg (Boekholdt, 2007). Zij moeten dus private en publieke doelen en belangen met elkaar verenigen en worden gestuurd door wet- en regelgeving, gedragscodes en protocollen van zorgprofessionals, contractonderhandelingen op de markt met zorgverzekeraars en de publieke

opinie wat het vertrouwen van burgers in de zorg sterk beïnvloedt. Dit maakt van zorginstellingen 'hybride' organisaties; privaatrechtelijk met publieke doelstellingen (Putters, 2010).

De overheid is zelf ook aanbieder en financier van zorg. Volgens de Wet Publieke Gezondheid (2008), dragen de colleges van burgemeesters en wethouders zorg voor het instellen en in stand houden van een GGD (Gemeentelijke Gezondheidsdiensten of soms Gewestelijke of Gemeenschappelijke Gezondheidsdiensten genaamd). Deze verwerven inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking, bewaken gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen, bevorderen medisch-milieukundige zorg, bevorderen technische hygiënezorg, voeren jeugdgezondheidszorg en infectiebestrijding uit, dragen bij aan preventieprogramma's en bevorderen psychosociale hulp bij rampen.

Zo draagt de overheid verantwoordelijkheid voor de uitvoering van collectieve zorg: preventie, protectie en promotie, terwijl het particulier initiatief zorg draagt voor de uitvoering van individuele zorg: curatief en verplegend/verzorgend (cure en care). Het particulier initiatief voorziet in de zorgvraag van de bevolking zoals deze uitgaat van individuele patiënten/consumenten.

Deze taakverdeling tussen particulier initiatief en overheid laat onverlet een directe bemoeienis van de overheid met de gezondheidszorg als stelsel van particulier initiatief en verzekering. Dit stelsel is immers van wezenlijke betekenis voor de volksgezondheid, waarvoor de overheid grondwettelijk de bevorderingsplicht heeft. Structuur en functioneren van dit stelsel zijn op grond daarvan object van overheidsbeleid (Boot, 2013).

De reikwijdte en intensiteit van de overheidsbemoeienis is in de loop der tijd aan verandering onderhevig geweest. Zo karakteriseerde in de jaren '70/'80 van de vorige eeuw *planning* de overheidsbemoeienis, terwijl na deze politisering van de gezondheidszorg *marktwerking* naar voren kwam als principe waarop de gezondheidszorg moest functioneren om grip te krijgen op de kosten en kwaliteit van de zorg (Boot, 2013). Dat dezelfde argumenten worden ingezet om te pleiten voor en tegen marktwerking, is een uiting van de identiteitscrisis waarin zowel de politiek als het zorgbestuur zich bevindt (Vries, 2015).

2.3 Kostenbeheersing en marktwerking

De Nederlandse overheid heeft jarenlang een beleid van kostenbeheersing gevoerd, wat zich geuit heeft in 'aanbodregulering'. Aanbieders en verzekeraars onderhandelen over de (beperkte) capaciteit in een bepaald jaar en spreken af hoeveel zorg tegen welke prijs geleverd zal worden. Via

een set van budgetparameters wordt het beschikbare geld verdeeld. Hiermee ontstaat schaarste aan de aanbodzijde. In de economie betekent schaarste dat er een grotere vraag is dan dat er aanbod bestaat. Daarbij wordt er vanuit gegaan dat er een 'natuurlijke' marktsituatie bestaat waarin het spel tussen vrager en aanbieder vrij gespeeld wordt. Dit leidt dan tot een evenwicht. In de zorg is de vraag groter dan het aanbod, omdat het aanbod niet via marktmechanismen op de vraag kan reageren. Schaarste in de zorg is zo beschouwd 'kunstmatig', omdat de Nederlandse overheid de uitgaven aan de zorg als collectieve last definieert en deze daarom aan banden legt (Putters, 2001). Andere uitingvormen van de aanbodregulering zijn jarenlang geweest de beperking van de opleidingscapaciteit, de regulering van tarieven en de beperking van de mogelijkheid om als (nieuwe) instelling toe te treden tot de zorgmarkt.

Het beleid van kostenbeheersing is ingegeven door de noodzaak ervan. Stijging van de kosten van zorg leidt via hogere premies van sociale ziektekostenverzekering en Zorgverzekeringswet tot stijging van de loonkosten en een daling van de koopkracht, terwijl de concurrentieverhouding met het buitenland verslechtert. In die zin is kostenbeheersing in de gezondheidszorg macro-economisch beleid (Boot, 2013).

Volgens de Zorgrekening van het CBS zijn de uitgaven aan zorg in de periode 1992-2008 jaarlijks gegroeid van 6,5 miljard euro in 1992 tot 94 miljard euro in 2008 (CBS, 2015). Dat is meer dan veertien keer zo veel. De 'zorgquote', de zorguitgaven als percentage van het bruto binnenlands product (BBP), steeg in Nederland volgens het CBS van 8,7% in 1992 naar zo'n 16% in 2008. Begin deze eeuw nam Nederland qua zorgquote internationaal een middenpositie in. De laatste jaren staat Nederland in de top 3 van hoogste zorguitgaven (OECD).

Dat uitgaven aan zorg stijgen, is deels het gevolg van oplopende levensverwachtingen. In zestig jaar liep de levensverwachting op met bijna tien jaar met daarbij een groei van het aantal chronisch zieken. Ook de toegenomen welvaart en de ontwikkeling van de medische wetenschap dragen bij aan de stijging van de zorguitgaven. De technische vooruitgang maakt de diagnostiek beter en steeds vaker zijn ziekten behandelbaar. Het begrip 'chronische ziekte' is mede hierdoor verruimd. Door de toegenomen welvaart wordt een hogere kwaliteit van leven verlangd en wordt minder ongemak geaccepteerd.

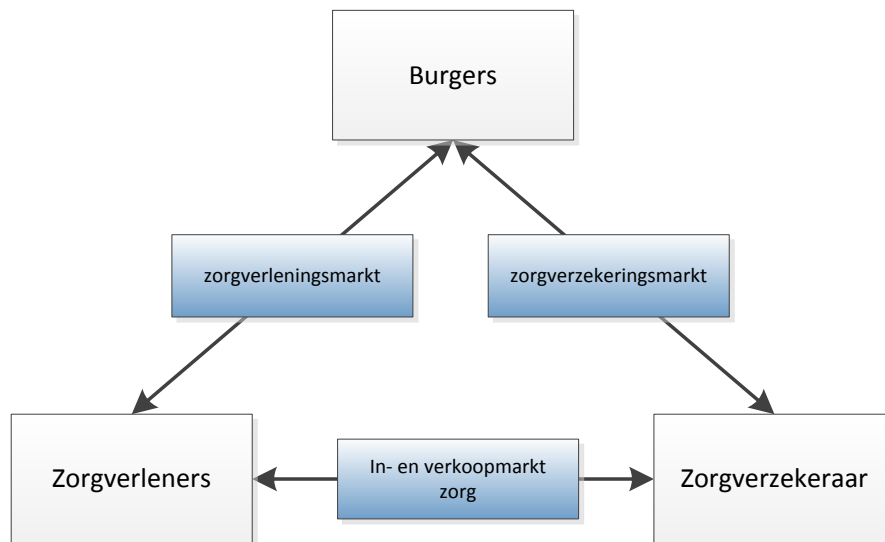
Het aanbodgereguleerde systeem leidde tot een aantal knelpunten waarvan het aantal en de lengte van wachtlijsten en wachttijden in de jaren '90 het meest evident is. Instellingen zijn gebudgetteerd en verzekeraars gebonden aan de regels rond de hoeveelheid zorg die ze mogen inkopen. Dit betekent dat niet alle capaciteit kan worden benut, wat leidt bij een alsmaar toenemende vraag automatisch tot wachtende patiënten.

Het overheidsbeleid is in het bereiken van kostenbeheersing lange tijd redelijk succesvol (geweest). Enerzijds is de vraag toegenomen en is er meer geld naar de zorg gegaan, maar anderzijds zijn de kostenbeheersing en aanbodregulering een rem op de uitgaven geweest. Hierdoor konden de collectieve lasten in de hand gehouden worden, maar ontstonden als neveneffect onder andere de wachtlijsten. De conflicten die volgden tussen overheid en het veld van de zorg zijn symptomen van dieperliggende spanningen in het publiek-private systeem van de zorg. De spanningen worden veroorzaakt door onduidelijkheden en verschillende opvattingen over de verantwoordelijkheid voor de financiering, uitvoering en organisatie van de zorg, over hoe men elkaar daarvoor ter verantwoording kan roepen en aan welke prestatiecriteria men moet voldoen. Kortom, er kan gesproken worden van beleid dat tekortschoot in politiek en maatschappelijk opzicht, maar economisch deels succesvol was. Deels, omdat de groei en ontwikkeling wel sterk achterbleven (Putters, 2001).

Sinds de jaren '80 wordt gesteld dat de knelpunten van het aanbodgereguleerde systeem opgelost kunnen worden door meer marktwerking en ondernemerschap toe te staan en te stimuleren. Van marktwerking is sprake indien er concurrentie bestaat. Volgens de klassieke analyse van Hirschmann kunnen klanten op twee wijzen de aanbieder beïnvloeden, enerzijds door het beleid direct te beïnvloeden (de 'voice'-optie) en anderzijds door over te stappen naar een ander (de 'exit'-optie). Als dit werkt dan is er sprake van concurrentie. De dreiging van een mogelijke overstap is van belang voor de werking van het concurrentiemechanisme. Als deze situatie aanwezig is, zal een aanbieder de moeite nemen om zijn product te verbeteren om klanten aan te trekken of te behouden. Dit betekent dat aanbieders activiteiten moeten kunnen ondernemen om de dreiging dat klanten overstappen af te wenden. Marktwerking veronderstelt aldus vrijheid aan zowel de vraag- als aanbodzijde (Putters, 2001).

Drie markten

De kern van marktwerking zit hem in de relatie tussen de drie hoofdrolspelers: burgers, zorginkopers (zorgverzekeraar, zorgkantoor, gemeente) en zorgaanbieder. Samen vormen ze drie markten: een zorgverzekeringsmarkt, een in- en verkoopmarkt en een zorgverleningsmarkt. Zie figuur 3.



Figuur 3: Hoofdrolspeleers op de zorgmarkt

Burgers kiezen in alle vrijheid een zorgverzekeraar en betalen voor hun verzekering een nominale premie. De markt die zorgverzekeraars en burgers samen vormen, noemen we de **‘zorgverzekeringsmarkt’**. Sinds een paar jaar nemen de verschillen in het aanbod van zorgverzekeraars toe. Zorgverzekeraars concurreren in toenemende mate. Sommige zorgverzekeraars bieden bijvoorbeeld restitutiepolicen aan terwijl anderen ‘in natura’ vergoeden. Ook het aanbod van aanvullende verzekeringen verschilt. Zorgverzekeraars strijden om de gunst van burgers. Een verzekeraar moet iedere Nederlander die dat wil een polis verkopen voor de basisverzekering. Bovendien mogen verzekeraars maar één prijs hanteren voor de basisverzekering die zij aanbieden. Zij mogen geen hogere nominale premie rekenen voor mensen die ziek zijn of een ongezonde leefstijl hebben. Door dit verbod op prijsdifferentiatie kan iedere burger, hoe gezond of ziek ook, zich voor dezelfde prijs verzekeren. De acceptatieplicht en het verbod op prijsdifferentiatie borgen samen de algemene toegankelijkheid van de zorg.

De markt die zorgverzekeraars en zorgaanbieders samen vormen, noemen we de **‘in- en verkoopmarkt van de zorg’**. Verzekeraars en zorgaanbieders onderhandelen voor een steeds groter deel van de zorg over prijs, kwaliteit en volume. Tijdens deze onderhandelingen ontstaat de tweede vorm van concurrentie. Omdat zorgverzekeraars niet met alle zorgaanbieders een contract hoeven af te sluiten, moeten zorgaanbieders een passend zorgaanbod bieden om door een zorgverzekeraar gecontracteerd te worden.

Behalve een markt waar zorg wordt verzekerd en een markt waar zorg wordt ingekocht, onderscheiden we een markt waar zorg wordt geleverd, de **‘zorgverleningsmarkt’**. Op deze markt

strijden zorgaanbieders, net als verzekeraars op de zorgverzekeringsmarkt, om de gunst van burgers. Dit is de derde vorm van concurrentie. Zorgvragers mogen immers zelf, voor zover hun polis dat toelaat, de zorgverlener kiezen die het best bij hen past. In theorie geeft dit zorgaanbieders een prikkel om tegen de scherpste prijs de hoogste kwaliteit zorg te bieden, en om het beter te doen dan de concurrentie (Boot, 2013).

Concurrentie en ondernemerschap

De producten op de markten van de gezondheidszorg zijn voor patiënten veelal onmisbaar, behoren tot de primaire levensbehoeften en afname wordt door de overheid verplicht gesteld (inzake basiszorg en een deel van de ziektekostenverzekering). Dit betekent dat de totale vraag normaliter niet zal veranderen door factoren die met de kwaliteit van het aanbod samenhangen. De totale vraag kan wel tussen aanbieders verschuiven en dat maakt de optie om naar een ander over te stappen dus erg belangrijk. De keuzevrijheid van patiënten leunt sterk op de mate van concurrentie en de mate waarin dreiging van een overstap door zorgvragers naar andere aanbieders gevoeld wordt. Via prikkels voor ondernemersgedrag wordt gepoogd deze meer competitieve verhouding te bewerkstelligen (Putters, 2001).

Vanaf eind jaren tachtig zijn met de Commissie Dekker en de plannen voor stelselverandering door staatssecretaris Simons reeds plannen opgevoerd die meer marktwerking en ondernemerschap in de zorgsector bepleitten. Deze plannen stuitten echter op verzet binnen en buiten de sector doordat de vrees bestond dat de doelmatigheid, gelijke toegankelijkheid en de kwaliteit van de zorg niet op een evenwichtige manier bereikt zouden worden.

In het regeerakkoord van het kabinet-Kok II stond voor het eerst dat zorgaanbieders en verzekeraars 'maatschappelijke ondernemers' moesten worden, door publieke doelen van kwaliteit, gelijke toegankelijkheid en doelmatigheid na te streven met behulp van technieken en principes uit het bedrijfsleven. Verschillende adviezen van onder meer de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg en de Sociaal Economische Raad ondersteunden deze lijn.

In de jaren die volgden vormde zich het wettelijk kader rond ondernemen en marktwerking in de zorg. Daar waar Paars II nog een 'nee, tenzij'-redenering hanteerde ten aanzien van commercie en winstoogmerk hanteerde Balkenende II (2003) een 'ja, mits'-redenering. In de terminologie van beleidsplannen en missies van zorginstellingen zien we dit terug: termen als ondernemerschap, vraagsturing, patiënt centraal, producttypering en transparantie zetten de toon.

De steeds hoger wordende druk op de algehele gezondheidszorg leidde in 2006 middels een 'nieuw zorgstelsel' uiteindelijk tot de introductie van gereguleerde marktwerking in de zorg. Ondanks deze marktwerking bleven de kosten van de zorg stijgen. De politiek reageerde hier vervolgens op met doelmatigheidskortingen, het instellen van budgetplafonds, vastgestelde garantiebudgetten en steeds hogere eisen als het gaat om verantwoording.

Met ingang van 2015 hebben wederom wijzigingen plaatsgevonden in het stelsel, de bekostiging en de wetgeving van de zorg. Met name de organisatie van de langdurige zorg en de jeugdzorg verandert hierdoor. Aanleiding voor deze wijzigingen zijn de aanhoudende zorgen over de betaalbaarheid van zorg in de toekomst. Daarnaast wil de politiek door hervormingen de kwaliteit van zorg verbeteren. Met 'betere' zorg bedoelt men dan zorg die beter aansluit bij de wensen en behoeften van zorgvragers.

In de volgende twee paragrafen worden de ontwikkeling en de actualiteiten van de ziekenhuizen en de VVT organisaties geschetst.

2.4 Ziekenhuizen: ontwikkeling en actualiteit

Voor de ziekenhuissector heeft de introductie van marktwerking de nodige verschuivingen veroorzaakt. Al sinds begin deze eeuw ontstonden er buiten het ziekenhuis vormen van organisaties voor medisch-specialistische zorg zoals privéklinieken en zelfstandige behandelcentra. Hiermee heeft concurrentie zijn intrede in de sector gedaan. Sinds 2005 is er in de ziekenhuissector sprake van de verschuiving van capaciteitsbekostiging (budgetten) naar prestatiebekostiging middels Diagnose Behandel Combinaties (DBC's). De omzet van een ziekenhuis kwam niet meer tot stand door middel van een gecompliceerd stelsel van subsidierichtlijnen dat al decennia gebruikt werd. Voortaan moesten ziekenhuizen zelf de prijzen bepalen in onderhandeling met de zorgverzekeraar en op die manier gaan concurreren met andere ziekenhuizen (Lodewick, 2008). Gevolg: een enorme administratieve last voor de ziekenhuizen. Dit vanwege het per ziekenhuis bepalen van kostprijzen voor behandelingen en het declareren van deze behandelingen bij de zorgverzekeraar.

Een meer algemene gevolg van de introductie in 2006 van het nieuwe zorgstelsel is dat de contracteringsplicht voor zorgverzekeraars is verdwenen (Boot, 2010). De eerste jaren na 2006 gingen onderhandelingen voornamelijk over de prijzen van DBC's, later ging het meer over kwaliteit en ook het behalen van volumenormen om bepaalde vormen van hoog-complex/laag-volume-zorg

voor ziekenhuizen te behouden of juist af te stoten. Een ander gevolg van het nieuwe zorgstelsel is het afschaffen van het 'bouwregime'. Waar voorheen een aanvraag voor nieuwbouw van ziekenhuizen gedaan kon worden bij het College Bouw Zorginstellingen, moesten ziekenhuizen na afschaffing van het 'bouwregime' nieuwbouw van hun ziekenhuis 'terugverdienen' vanuit hun eigen exploitatie. Ziekenhuizen gingen op deze manier meer financieel risico lopen. Het was niet meer ondenkbaar dat ziekenhuizen failliet konden gaan als ze te hoge exploitatielasten hadden.

Meer risico in de exploitatie heeft er toe geleid dat veel ziekenhuizen hun organisatiestructuur hier ook op hebben aangepast. Dit leidde tot meer verantwoordelijkheid op lagere niveaus in de organisatie, waarbij de medisch professional vaak mede verantwoordelijk werd voor het gevoerde beleid binnen zijn afdeling of organisatorische eenheid. Deze 'kanteling' van de organisatiestructuur naar 'resultaatverantwoordelijke eenheden' is in veel ziekenhuizen ingevoerd. In dit systeem werd vaak duaal management ingevoerd, waarbij de medisch specialist samen met een bedrijfsleider integraal verantwoordelijk werd voor de inkomsten en uitgaven van een groep van DBC's binnen hun eenheid.

De laatste jaren zijn veel ziekenhuizen in toenemende mate onder druk komen te staan vanwege financiële onzekerheid. Deze onzekerheid is door veel factoren beïnvloed. De ziekenhuizen hebben sinds een aantal jaar te maken met een verminderde zorgvraag. Onder andere veroorzaakt doordat meer kleine verrichtingen plaatsvinden in de eerstelijns. Daar komt bij dat verzekerden te maken hebben met de introductie en verhoging van eigen risico per verzekerde. De 'zorgconsument' maakt bewuster keuzes in waar en bij wie hij zorg afneemt. De zorgverzekeraar heeft in de onderhandelingen met de ziekenhuizen een steeds invloedrijkere rol: door benchmarking heeft de verzekeraar veel zicht op kostprijzen per ziekenhuis, voert hiermee de druk in de onderhandelingen op en zal zich hierbij richten op verlaging van deze prijs. Hierbij spreekt de verzekeraar wel meestal een omzetplafond of aanneemsom af. De bank wil zijn risico verlagen en stelt steeds hogere bancaire eisen aan ziekenhuizen om hun lening te waarborgen. Dit vraagt weer om een grotere eigen vermogenspositie van ziekenhuizen. Kortom: een veelheid van risico's die op ziekenhuizen zijn afgekomen en die hun financiële onzekerheid doet toenemen. Om het risicoprofiel van een ziekenhuis te verkleinen wordt veelal gekozen voor schaalvergroting: fusies zijn in de ziekenhuissector aan de orde van de dag (Haak, 2014).

Als gekeken wordt naar de toekomst van de ziekenhuissector lijkt er vanuit verschillende partijen een somber scenario te ontstaan (Hilverda, 2014). Er is en blijft sprake van een toenemende druk op de financiële resultaten van ziekenhuizen. Dit wordt veroorzaakt door het nieuwe declaratiesysteem middels DOT's ('DBC's Op weg naar Transparantie'), scherpere contractering door verzekeraars en de

invoering van bekostiging per prestatie. Daar komt bij dat per 2015 er sprake is van een integraal tarief voor de totale ziekenhuiszorg inclusief de kosten voor de medisch specialist. Waar dit tarief eerst gescheiden was in een tarief voor het ziekenhuis en een tarief voor de medisch specialist ('honorarium'), is dit nu samengevoegd tot één tarief. Dit is geïntroduceerd vanwege het feit dat (financiële) belangen van instellingen en specialisten niet altijd gelijk op liepen. Dat zet een onnodige rem op het realiseren van doelmatigheid en kwaliteit binnen de instellingen.

Een ander belangrijk aandachtspunt is het landelijk Macro Beheers Instrument (MBI). Op grond van dit MBI kan de overheid, indien alle ziekenhuizen gezamenlijk een door de overheid vastgesteld macrobudget overschrijden, de overschrijding bij alle individuele ziekenhuizen terugvorderen naar rato van hun marktaandeel. Dit hangt als een zwaard boven de ziekenhuismarkt. Het staat in ieder geval als een paal boven water dat het zorglandschap de komende jaren sterk gaat veranderen. Ziekenhuizen gaan zich, gezien de financiële ontwikkelingen, de veranderende rol van de patiënt en toekomstige technologische ontwikkelingen, concentreren op kernactiviteiten en gaan steeds meer samenwerken. Samenwerking, consolidaties en faillissementen gaan ertoe leiden dat het aantal ziekenhuizen in de nabije toekomst halveert (Hilverda, 2014). Ziekenhuizen die goed weten in te spelen op het veranderende zorglandschap, zullen overleven.

2.5 VVT: ontwikkeling en actualiteit

Het systeem voor langdurige ondersteuning en zorg aan o.a. ouderen verandert (opnieuw) ingrijpend. De overheid heeft een aantal motieven voor deze verandering: het verbeteren van kwaliteit van ondersteuning en zorg, het vergroten van betrokkenheid van de samenleving (meer voor elkaar zorgen) en de financiële houdbaarheid van de langdurige zorg (Overheid.nl, 2015). Door de stijging van de uitgaven voor langdurige zorg staat de financiële houdbaarheid van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) onder druk (de wet die sinds 1968 voorzag in de langdurige zorg voor ouderen, chronisch zieken en gehandicapten).

Bij het ontstaan van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten werd beoogd dat het aantal gebruikers van de wet beperkt zou blijven tot 0,6% van de bevolking. Inmiddels heeft bijna vijf procent van de bevolking recht op zorg op grond van de AWBZ. Slechts een klein deel van deze stijging is gelegen in de toename van de levensverwachting en de vergrijzing van de Nederlandse samenleving. In de afgelopen zestig jaar liep de levensverwachting op met bijna tien jaar. De

belangrijkste reden voor de groei van het aantal gebruikers van de AWBZ is de uitbreiding van de groep mensen die in aanmerking komt voor AWBZ zorg.

Volgens de regering zijn de eisen die de bevolking aan de langdurige zorg stelt aan verandering onderhevig. Cliënten willen maatwerk, keuzevrijheid en zeggenschap. De meeste mensen willen zo lang mogelijk zelfstandig in hun vertrouwde omgeving blijven. De wijzigingen van het stelsel van langdurige zorg krijgen vorm in de invoering van de 'Wet langdurige zorg' (Wlz), de invoering van een nieuwe Wet maatschappelijke ondersteuning (de Wmo 2015) en een wijziging van het Besluit zorgverzekering.

De Wet langdurige zorg vergoedt alleen de zwaarste langdurige zorg voor mensen die echt niet meer thuis kunnen wonen. Het gaat om mensen die permanent toezicht of 24-uurszorg nodig hebben. Naar verwachting maken vanaf 2015 nog ongeveer 200.000 mensen gebruik van de WLZ. Dit is een vierde deel van de 800.000 mensen die recht hadden op de AWBZ. Een belangrijk deel van de zorg is verschoven naar de Zorgverzekeringswet, de nieuwe Wmo en de nieuwe Jeugdwet. Van belang voor de afbakening tussen Wmo 2015 en Wlz is de blijvende zorgvraag van de cliënt. Cliënten die zicht hebben op verbetering zijn volgens de overheid beter af bij de op herstel en participatie gerichte gemeente en zorgverzekeraar.

Iemand met een Wlz-indicatie houdt levenslang zijn recht op zorg op grond van de Wlz. Dit pakket aan zorg bestaat uit verblijf en de met het verblijf samenhangende zorg zoals persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding en behandeling, vervoer van en naar dagbesteding en/of behandeling, hulpmiddelen en woningaanpassingen.

Als mensen niet willen verblijven in een instelling, biedt de Wlz net als de AWBZ onder bepaalde voorwaarden een aantal mogelijkheden: een volledig pakket thuis (vpt), een modulair pakket thuis (mpt) of een PGB. Deze mensen zien af van daadwerkelijk verblijf, maar houden wel aanspraak op (een deel van) de verblijfszorg.

Het verkrijgen van toegang tot de Wlz staat los van de vraag of de gemeente en zorgverzekeraar voldoende ondersteuning en zorg hebben geboden. Daarnaast is de rol van de sociale omgeving, in tegenstelling tot de Wmo 2015, niet van belang voor toegang tot de Wlz. De uitvoering van de Wlz ligt bij de zorgverzekeraars. Zij hebben de zorgplicht wat betekent dat zij ervoor moeten zorgen dat verzekerden de geïndiceerde zorg en diensten kunnen verkrijgen, waarop zij zijn aangewezen.

In de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 staan de eigen verantwoordelijkheid van de burger en zijn sociale netwerk voorop. De gemeente is pas aan zet als het de burger niet lukt om -met hulp van zijn sociale omgeving- te participeren en zelfredzaam te zijn. Lukt het de burger niet om op eigen

kracht of met behulp van zijn sociale netwerk te participeren en zelfredzaam te zijn, dan wordt gekeken of een algemene voorziening hierin kan voorzien. Bij algemene voorziening kan bijvoorbeeld gedacht worden aan een rolstoeltoegankelijk gebouw, een sportfaciliteit of een buurthuis. Pas als dit alles niet volstaat beslist de gemeente tot een maatwerkvoorziening. Deze voorziening bestaat uit een geheel van diensten, hulpmiddelen, woningaanpassingen en andere maatregelen. Het inkomen of vermogen van een burger is geen reden voor afwijzing van de voorziening, maar mag slechts een rol spelen bij de bepaling van de hoogte van de eigen bijdrage. Gemeenten hebben beleidsvrijheid bij de uitvoering van de Wmo, waardoor de uitvoering per gemeente kan verschillen.

Extramurale verpleging en verzorging ('wijkverpleging') is ondergebracht in de Zorgverzekeringswet. Het is de bedoeling dat de bekostiging van de wijkverpleging uiteindelijk plaats gaat vinden op basis van een nieuw bekostigingsmodel. Herstelzorg voor ouderen die een medisch specialistische behandeling hebben ondergaan (geriatrische revalidatiezorg) is in 2013 vanuit de AWBZ overgeheveld naar de Zvw. Zorgverzekeraars kopen de zorg landelijk in voor hun eigen verzekerden.

De verschuiving van intramurale zorg naar extramurale zorg (extramuralisering) heeft grote invloed op de manier van zorgverlening en met name op het zorgvastgoed van instellingen. Keuzes maken voor de te leveren zorg, samenwerking met partners, scherpe positionering en marketing, vraaggestuurd werken, verdere inzet van ICT en technologie en zelfsturende teams zijn kernthema's voor de komende jaren. Zorgorganisaties zullen moeten bewegen van zorg naar kwaliteit van leven. Dit betekent dat vragen van burgers niet langer in een medische interventie of zorg vertaald worden. Door kwaliteit van leven centraal te stellen krijgen burgers een antwoord in termen van hulp, ondersteuning en soms zorg. Zorgaanbieders zullen moeten transformeren tot organisaties die de zelf- en samenredzaamheid versterken en kwaliteit van leven toevoegen. Organisaties die mensen stimuleren tot gezond gedrag, de zelfredzaamheid van mensen zo veel mogelijk versterken, sociale netwerken mobiliseren en professionele zorg alleen inzetten waar nodig. Het vereist een volstrekt ander business model dan in de oude, grotendeels intramurale situatie. Ingeschat wordt dat uiteindelijk ruwweg één op de vier instellingen er niet in zal slagen deze omschakeling succesvol te realiseren (Hilverda, 2014).

2.6 Afsluiting

In dit hoofdstuk is vanuit een historisch perspectief de ontwikkeling van marktwerking en ondernemerschap in de zorg beschreven. Afgesloten is met een beschrijving van de context waarin

ziekenhuizen en VVT-organisaties zich momenteel bevinden. Hiermee is een antwoord gegeven op de eerste deelvraag van het onderzoek over de transitie in de zorg en is beschreven wat deze transitie specifiek inhoudt voor ziekenhuizen en VVT-organisaties. In het volgende hoofdstuk worden de begrippen 'ondernemen' en 'ondernemerschap' verder uitgewerkt.

3. Ondernemen en ondernemerschap

3.1 Inleiding

Ondernemen is een wijdverbreid begrip: veel mensen spreken over 'dat is een ondernemend persoon' of 'hij zou ondernemender moeten zijn'. Van Dale omschrijft 'ondernemen' als 'op zich nemen' of 'beginnen te doen' (Dale, 2011). In 'ondernemen' zit dus een bepaalde actiegerichtheid om van de ene situatie over te gaan naar de andere. Voor een beter begrip van het onderwerp 'ondernemen', is het noodzakelijk om een definitie en beschrijving in historisch perspectief te geven. In onderhavig hoofdstuk wordt een definitie gegeven van 'ondernemen', wordt beschreven wat 'ondernemerschap' kenmerkt en wordt een weergave gegeven wat kenmerken zijn van 'ondernemende bestuurders'.

3.2 Ondernemerschap: een definitie

Het vinden van een eenduidige definitie van het begrip 'ondernemen' en 'ondernemerschap' is haast een hachelijke onderneming. Boeken vol zijn er geschreven over 'ondernemen', over 'ondernemerschap' en over kenmerken van een 'ondernemer', maar in veel van deze boeken is van eenduidigheid over het onderwerp geen sprake. Om toch het begrip 'ondernemen' te beschrijven, wordt een weergave gegeven van het begrip in historisch perspectief. Als eerste is het van belang om weer te geven waar de term 'ondernemer' of 'entrepreneur' vandaan komt. De Franse econoom J.B. Say bedacht aan het begin van de 19e eeuw de term 'entrepreneur' en definieerde dit als zijnde (Drucker, 2015, blz. 25): "the entrepreneur shifts economic resources out of an area of lower and into an area of higher productivity and greater yield." Ten tweede is het van belang om de theoretische oorsprong van het begrip 'ondernemen' en 'ondernemerschap' weer te geven. De theorie van ondernemerschap voert terug naar onder meer de economen Frank Knight, Peter Drucker, William Baumol en Joseph Schumpeter, ieder met hun eigen bijdragen om het begrip ondernemerschap vorm te geven (Canoy, 2009). De definities van Schumpeter en Drucker, aangevuld met Weber, worden hier nader beschreven, juist om te illustreren dat definities van en het begrip over 'ondernemen' en 'ondernemerschap' zo anders beschreven worden.

Schumpeter, een Duits econoom, heeft in de jaren '30 ondernemerschap beschreven als 'het ontwikkelen van nieuwe markten door zich te onderscheiden van bestaande markten en deze te beconcurreren'. Dit noemde hij "creative destruction" (Roininen, 2009). Hierbij kregen ondernemende bedrijven concurrentievoordeel op de markt juist door vernieuwers binnen het bedrijf ruimte te geven voor ontwikkeling. Innovatie is binnen deze opvatting van ondernemerschap een belangrijk middel om door het 'vernietigen' van bestaande marktstructuren betere oplossingen te kunnen bieden aan klanten. Eigenlijk gaat het in de ogen van Schumpeter om het verhogen van klantwaarde, waarbij de klant kan kiezen voor een ander product of dienst dan de gangbare oplossing. Kenmerkend voor zijn opvatting is dat er een andere balans ontstaat in de economie die voorafgaande aan het ondernemerschap weliswaar stabiel, maar minder dynamisch was. Dit type ondernemerschap wordt ook wel 'frame breaking change' genoemd (Stopford, 1994).

Drucker (2015) beschrijft de kenmerken van ondernemerschap en de ondernemer als volgt: "the entrepreneur always searches for change, responds to it, and exploits it as an opportunity." Verandering is daarbij dan de norm en wordt gezien en ervaren als gezond. Drucker stelt daarbij dat succesvol ondernemerschap niet afhangt van de grootte van een bedrijf of firma en dat het lastig te omschrijven is welke persoonskenmerken een succesvolle ondernemer in zich heeft. Drucker, zelf een succesvol schrijver, hoogleraar en consultant, heeft in zijn praktijk veel verschillende ondernemers gezien in veel verschillende bedrijven die succesvol waren, zonder dat hem duidelijk geworden is wat de persoonlijkheidskenmerken zijn van deze ondernemers. Het enige aspect dat hij vond, was dat mensen of medewerkers die behoefte hebben aan 'zekerheid' in hun werk, naar alle waarschijnlijkheid geen goede ondernemers zijn. Hij stelt dat iedereen die geen angst heeft om besluiten te nemen, kan leren om een ondernemer te zijn en zich ondernemend kan gedragen. Ondernemerschap wordt in zijn ogen dan ook meer gevormd door gedrag dan door persoonskenmerken.

Bij Schumpeter gaat ondernemerschap echt om 'innovatie' met daarbij invloed op de economie waarbij een nieuwe balans ontstaat in deze economie. Bij Drucker gaat ondernemerschap om 'verandering', het zien van marktkansen en meer de rol van de ondernemer hierbij. Schumpeter noemt het 'de innovatieve ondernemer' en volgt hierbij een benadering die het economisch evenwicht beïnvloedt, Drucker volgt de richting van 'de ondernemer als iemand die initiatief neemt, kansen ziet, een beeld bij verandering heeft en die nieuwe kansen creëert' (Cuervo, 2007).

Een derde definitie wordt beschreven door Max Weber (Harten, 2003): "Ondernemerschap betekent het op zich nemen van de organisatie van een deel van de economie, waarin menselijke behoeften

worden bevredigd door middel van ruil, met als oogmerk het maken van winst voor risico van de ondernemer.” Hierbij kan het stuk economie dat wordt uitgevoerd zowel binnen een bestaand bedrijf als door middel van een nieuwe onderneming georganiseerd zijn. Er is enerzijds sprake van een ondernemer die initiatief neemt, risico loopt en voor de winst gaat door het creëren van een nieuw aanbod, en anderzijds van een vrager, wiens behoefte bevredigd wordt en die daarvoor iets in ruil te bieden heeft.

Kenmerkend voor deze drie definities is dat ‘ondernemen’ een organisatie in ontwikkeling verder brengt door verandering die door de ‘ondernemer’ opgestart wordt. Een definitie voor ‘ondernemerschap’ die alle hiervoor genoemde onderdelen van het begrip ‘ondernemerschap’ incorporeert, is de volgende (Weggeman, 2003, blz. 40): “Ondernemerschap is het geheel van gedachten, mentaliteit en acties, dat zich richt op het bewust aanvaarden van risico’s in pogingen om producten en diensten aan derden aan te bieden, met de kennelijke bedoeling hieraan te ‘verdienen’.” Daarbij wordt ‘ondernemerschap’ als een ‘vrij unieke’ gave gezien; de gave om mogelijkheden te zoeken voor het steeds weer beter of anders (‘nieuw’) gebruiken van beschikbare middelen in een markt, om het beter te doen dan anderen. De ‘ondernemer’ is hierbij degene die nieuwe ideeën ten uitvoer kan en wil brengen, die bestaande opvattingen ter discussie stelt en acties onderneemt om zijn ideeën uitgevoerd te krijgen. Drucker voegt hier nog aan toe dat ‘ondernemers’ zich richten op kansen in plaats van op problemen. Mensen die zich richten op problemen maken zich vooral druk om efficiëntie, het bereiken van een doel met minimale inspanning; zij die uit zijn op kansen richten zich op effectiviteit, op de goede dingen die gedaan moeten worden (Weggeman, 2003).

Ondernemen en ondernemerschap zijn in de literatuur uitgebreid beschreven. Terugkerende kenmerken van ondernemen zijn dat het gaat om ‘verandering’ en vaak ‘innovatie’, dat er sprake is van een bepaalde mate van risico voor de organisatie en/of de ondernemer en dat ondernomen wordt omdat er een bepaalde vraag vanuit een klant is.

3.3 Soorten ondernemerschap

In voorgaande paragraaf is geschetst dat er veel verschillende definities zijn over het begrip 'ondernemen' en 'ondernemerschap'. Maar waar gaat het nu precies om bij 'ondernemerschap'? Op welke manieren wordt in de praktijk vorm en inhoud gegeven aan 'ondernemerschap'? In de literatuur worden verschillende uitingvormen van 'ondernemerschap' beschreven, onder andere (Canoy, 2009):

1. nieuwe markten aanboren
2. nieuwe vormen van financiering aanboren
3. nieuwe producten en diensten ontwikkelen
4. bestaande patronen doorbreken in de interne organisatie

Wat deze verschillende vormen verenigt, is dat ze alle vier de ondernemer in staat stellen zich van zijn concurrenten te onderscheiden. Dat kan op vele manieren: door lagere kosten te genereren, nieuwe diensten te bedenken of slimmere manieren om een bedrijf te exploiteren. Wat opvallend is bij deze indeling, is dat de eerste drie vormen van ondernemen extern gericht zijn (d.w.z. op de omgeving buiten de organisatie) en dat de vierde intern gericht is (d.w.z. op de inrichting en aansturing van de interne organisatie). Bij extern gericht ondernemen is sprake van een verandering van de context buiten de organisatie, wat veel raakvlakken heeft met innovatie en aanpassing van het economisch speelveld in de wereld buiten de organisatie. Intern gericht ondernemen lijkt wat minder eenduidig.

Intern gericht ondernemen heeft in de literatuur verschillende benamingen: o.a. 'intrapreneurship', 'corporate entrepreneurship', 'internal corporate venturing' of 'entrepreneurial orientation'. Een definitie van 'intrapreneurship' is (Diefenbach, 2011, blz. 11): "Corporate entrepreneurship is the process whereby an individual or a group of individuals, in association with an existing organization, create a new organization or instigate renewal or innovation within that organization." Intern ondernemen of intrapreneurship, wordt ook wel onderverdeeld in (Fiolet, 2013):

- gefocust intern ondernemen: ondernemen en managen zijn fundamenteel verschillende processen die verschillende manieren van organiseren vragen. Er moeten aparte afdelingen of groepen komen binnen de organisatie waar het ondernemen wordt geconcentreerd. Deze hebben dan de taak om nieuwe kansen voor de organisatie te identificeren en te exploiteren. De taak van het topmanagement is 'pick the winner': het plaatsen van die mensen op de afdeling, waarvan zij denken dat die het meest ondernemend zullen zijn;

- verspreid intern ondernemen: elk individu in de organisatie heeft de potentie om zich ondernemend te gedragen. Elke werknemer heeft een duale rol: enerzijds het uitvoeren van bestaande activiteiten en anderzijds het identificeren en navolgen van nieuwe kansen. Aan de basis van deze benadering ligt de erkenning dat ondernemen door individuen in de organisatie niet te beheersen of te voorspellen is, maar dat het wel aangemoedigd en gefaciliteerd kan worden. De taak van het topmanagement is 'step up to the plate': het creëren van organisatiecondities die uitnodigen tot ondernemend gedrag.

Fiolet (2013) beschrijft daarbij het verschil tussen de publieke en de private sector. In de publieke sector is vooral sprake van incrementele innovatie: niet het totale functioneren van de organisatie wordt veranderd, maar de innovaties zijn wel cruciaal voor de vernieuwing van de publieke dienstverlening. Minder vaak worden er radicale innovaties gecreëerd die de hele organisatie veranderen. Een groot verschil tussen innovatie in publieke en private organisaties is dat in private organisaties innovatie vaak gebruikt wordt om concurrentievoordeel te halen en in de publieke sector innovatie gecreëerd wordt om publieke waarde te creëren. Bij publieke organisaties is ook het verspreiden van 'best practices' belangrijk. Daarom wordt er naar differentiatie in innovatie gestreefd, dienen innovaties die extern zijn ontstaan als voorbeeld en wordt imitatie aangemoedigd zodat de hele sector er van kan profiteren.

Sinds een aantal jaar wordt 'maatschappelijk ondernemen' regelmatig als een vorm van extern ondernemen beschreven. Maatschappelijk ondernemen, of ook wel 'social entrepreneurship' wordt omschreven als (Fiolet, 2013, blz. 43): "Social entrepreneurship seeks to integrate for profit entrepreneurial principles and practices into the non-profit operating environment, while maintaining the underlying mission of the non-profit organization." Hierbij wordt gesteld dat de missie en de omgeving de belangrijkste onderscheidende kenmerken tussen profit- en non-profitorganisaties zijn. Daarbij speelt 'duurzaamheid' voor non-profitorganisaties een belangrijke rol. De missie van een maatschappelijk onderneming is niet alleen het creëren, maar ook het langdurig behouden van sociale waarde. Het gaat niet om snel, individueel succes op de korte termijn, maar om blijvende fundamentele vernieuwing in de sector om maatschappelijk waarde toe te voegen. Met betrekking tot maatschappelijk ondernemen in de zorg stelt Putters dat het gaat om 'ondernemen' in het publieke belang, dus het nemen van risico's, het stimuleren van innovatie, het creatief inspelen op ontwikkelingen in de omgeving, en dit alles binnen een kader van publieke normen rond solidariteit, toegankelijkheid en gelijkheid (Putters, 1998). Met het benoemen van deze publieke normen lijkt een fundamenteel verschil te bestaan tussen de private en de publieke sector.

3.4 Ondernemen en de ondernemersstrategie van de organisatie

In de vorige paragraaf is aangegeven wat definities zijn van ondernemen en welke vormen er van ondernemerschap zijn. Voordat de stap naar de gezondheidszorg gemaakt wordt als aparte sector binnen het 'ondernemende spectrum', wordt eerst ingegaan op de strategie van een organisatie en de rol van ondernemen daarbij. De vraag rijst wat het verschil en de overeenkomsten zijn tussen een 'ondernemende strategie' en de 'strategie van een organisatie en de rol van ondernemen' daarbij.

Johnson en Scholes onderscheiden drie activiteiten bij het ontwikkelen van een strategie voor een organisatie (Johnson, 2008):

- strategische positionering: gaat om de impact van de externe omgeving op de strategische capaciteiten van een organisatie ('resources en competences'), de doelen van de organisatie en de bijpassende organisatiecultuur;
- strategische keuzes: hierin wordt het keuzeproces beschreven over de richting waarin de strategie zich moet ontwikkelen en welke methoden hierbij gevolgd kunnen worden waardoor de strategie daadwerkelijk wordt behaald;
- sturen op strategie: gaat om hoe de strategie van de organisatie daadwerkelijk gevormd wordt, hoe deze geïmplementeerd wordt en hoe op het behalen van resultaten gestuurd kan worden.

Innovatie en ondernemerschap worden gezien als een onderdeel van het strategisch keuzeproces: is de organisatie voldoende in staat om te innoveren en te ondernemen? Als het gaat om ondernemen gaat een (nieuw) organisatie(onderdeel) door een aantal fasen waarover de ondernemer een besluit moet nemen: 'start-up' (hoe voldoende kapitaal te verkrijgen?), 'groei' (hoe de nieuwe onderneming goed te managen?), 'volwassenheid' (nieuwe groeimogelijkheden, rol intrapreneurship, diversificatiemogelijkheden?) en 'exit' (verkopen of afbouwen?).

De strategie van een organisatie omvat alle acties en afspraken die gemaakt zijn om concurrentievoordeel te behalen in de markt ten opzichte van andere organisaties (Kuratko, 2001). Dit is een universeel doel voor alle organisaties omdat de strategie de bron is hoe organisaties waarde creëren. Het concurrentievoordeel dat een organisatie nu heeft en het vermogen dat een organisatie heeft om dit ook voor de toekomst te behouden of te vergroten, bepaalt het voortbestaan van de organisatie voor de lange termijn. Strategisch management legt de focus derhalve op concurrentievoordeel ('competitive advantage'). Kuratko (2001) beschrijft ondernemerschap als een contextafhankelijke sociaal proces waardoor individuen en teams

voorspoed/rijkdom creëren door het bij elkaar brengen van een uniek samenspel van resources om marktmogelijkheden te verkennen en te exploiteren. Ondernemerschap richt hierbij de focus op groei en innovatie. Activiteiten die enerzijds horen bij strategie en anderzijds bij ondernemen tonen veel overlap (Kuratko, 2001). Het zijn dynamische processen die van invloed zijn op het gedrag van een organisatie en de prestaties. Strategisch management vraagt om concurrentievoordeel te behouden of te vergroten binnen een bepaald marktsegment, ondernemerschap stimuleert de zoektocht naar het vergroten van concurrentievoordeel door product-, proces- en/of marktinnovaties. De overlappende activiteiten die genoemd worden, zijn onder andere:

- innoveren: brengt vernieuwing in de organisatie, maar ook in de markt/het marktsegment
- netwerken: brengt organisaties en medewerkers bij elkaar
- internationaliseren: vergroot de reikwijdte en het (groei)potentieel van een organisatie
- organiseren: het vergroten van kennis over een bepaald domein bereikt snel de gehele organisatie

Strategische activiteiten van een organisatie kunnen dus samenvallen met ondernemende activiteiten. Er lijkt dan beperkt onderscheid te zijn tussen de strategie van een organisatie en de manier waarop ondernemen vorm krijgt binnen de strategie. Een en ander vult elkaar aan. Kan een organisatie een 'strategie in ondernemen' hebben? Drucker stelt dat door het strategisch positioneren van ondernemen de organisatie structureel concurrentievoordeel kan behouden of kan krijgen. Hij noemt vier strategieën (Drucker, 2015):

1. "fustest with the mostest". De ondernemer richt zich op een permanente leiderschapspositie en dominantie in een nieuwe markt. Sterke punten van deze strategie is dat de ondernemer snel is (voordat anderen de markt kunnen bedienen) en de ondernemer heeft ruime middelen om de markt te bedienen.
2. "hitting them where they ain't". De bedenker van een bepaald product of dienst bedient de markt niet adequaat genoeg. Bij 'creative imitation' bedient de ondernemer de markt met een soortgelijk product beter. Deze ondernemende organisatie weet de klantvraag beter te beantwoorden. Een andere vorm is 'entrepreneurial judo': het aangaan van een strijd om met betere en/of goedkopere producten een betere dienstverlening aan te bieden.
3. "finding and occupying a specialized ecological niche." De ondernemende organisatie creëert een nieuwe dienst op een bepaald gebied, waarin nog geen andere dienstverlener zich bevindt. Bij de eerste twee strategieën gaat het om dominantie in een markt, waarbij belangrijk uitgangspunt het concurrentievoordeel is. In deze benadering van de 'niche' zijn er geen concurrenten.

4. “changing the economic characteristics of a product, a market or an industry.” Bij deze strategie gaat het niet om productinnovatie, er wordt geen nieuw product of dienst ontwikkeld. Deze strategie zelf is de innovatie. Uitgaande van de behoefte van de klant, kunnen aanpassingen gedaan worden in toepassing, prijs en klantwaarde.

Strategische activiteiten van een organisatie kunnen overeenkomen met de ondernemende activiteiten. De strategie van een organisatie kan behaald worden middels het uitvoering geven aan ondernemende activiteiten. Drucker voegt hier nog aan toe dat ‘ondernemen’ zelf ook strategisch gepositioneerd kan worden middels een aantal ondernemende strategieën.

3.5 Ondernemen in de zorg

In de paragrafen hieraan voorafgaand is een schets gegeven van wat ondernemen is, welke vormen van ondernemen er zijn en is de link gelegd tussen ondernemen en de strategie van de organisatie. Veel van wat beschreven is, is generiek voor verschillende sectoren. Zoals uit hoofdstuk 1 (‘transitie’) al bleek, neemt ‘ondernemen’ en ‘ondernemerschap’ in de zorg een specifieke rol in ten aanzien van de generieke beweringen over ‘ondernemen’. In deze paragraaf wordt beschreven wat oorzaken zijn van deze specifieke rol van ‘ondernemen’ in de zorg.

Een zorgorganisatie is een publieke servicegerichte organisatie. Drucker stelt dat bestaande publieke serviceorganisaties meer moeite hebben om te innoveren dan een marktgerichte onderneming (Drucker, 2015):

- een publieke organisatie werkt vaak met een (vast) budget en wordt niet vergoed vanuit de (variabele) opbrengsten. De stimulans om te innoveren en te ondernemen neemt hiermee af;
- een serviceorganisatie biedt vaak meerdere producten en diensten aan de cliënt aan. Maar wie is de cliënt? Dat hoeft niet perse de eindgebruiker te zijn, maar kan ook de belastingbetaler, een verzekeraar, een gemeenschap, een vereniging e.d. zijn. Zij hebben allen belang bij de dienstverlening van de serviceorganisatie. Dat maakt het moeilijker om te innoveren en ondernemen vanwege de gedeelde belangen;
- een serviceorganisatie heeft veelal een ‘moreel bestaansdoel’ (“to do good”), vaak van oudsher al bestaand, en geen doel tot ‘winst’ of ‘groei’. Innovatie of ondernemen is dan een onderbelicht thema.

Een gezondheidszorgorganisatie is ook een serviceorganisatie: er wordt geen product geleverd, maar een dienst of service aan een cliënt. Volgens Drucker heeft een publieke gezondheidszorgorganisatie dan ook moeite om te innoveren en te ondernemen. In hoofdstuk 2 is benoemd dat er in toenemende mate sprake is van de noodzaak tot innoveren en ondernemen vanwege de transitie waar de gezondheidszorg zich nu in bevindt. De zorg heeft onderdelen van 'de markt' overgenomen en een gezondheidszorgorganisatie kan meer als een onderneming gezien worden die eigenschappen heeft van een marktgerichte organisatie.

Het is belangrijk om te duiden wat het verschil is tussen een normale markt en de zorgmarkt in het huidige tijdsgewricht, waarbij de marktwerking in de zorg inmiddels zijn intrede heeft gedaan. In de zorg is concurrentie van toenemend belang (Canoy, 2009). Bij gewone markten komen de baten van concurrentie tot stand omdat winstgerichte bedrijven op het puntje van hun stoel moeten zitten om in de markt te overleven. Dit vertaalt zich in lage prijzen, hoge kwaliteit of goede dienstverlening. Bij de zorg zijn deze mechanismen deels hetzelfde. Zo is het heel gezond dat er in de zorg een dreiging tot faillissement is. Als tekorten altijd aangevuld worden, zoals in het verleden, hebben instellingen geen prikkel om goede diensten te leveren.

De overeenkomst met gewone markten zit ook in de ruimte voor ondernemerschap. Ondernemerschap kan de toegankelijkheid van de zorg beïnvloeden. In positieve zin als er meer keuze komt. In negatieve zin als ondernemerschap bepaalde groepen uitsluit van zorg of voorrang verleent aan patiënten die meer betalen. Ondernemerschap kan ook de betaalbaarheid beïnvloeden. In positieve zin als de prikkels voor doelmatigheid aangescherpt worden. In negatieve zin, als ondernemerschap met zoveel bureaucratie gepaard gaat (om te controleren of het allemaal wel klopt) dat de kosten uit de hand lopen. Tot slot, ook op kwaliteit kan ondernemerschap positieve en negatieve invloed uitoefenen. Positief als innovatie wordt aangewakkerd en negatief als ondernemerschap tot een zodanige kostenreductie leidt, dat de zorgkwaliteit wordt aangetast.

Maatschappelijk ondernemen in de zorg kan worden uitgewerkt op macro-, meso- en microniveau (Fiolet, 2013). Op macroniveau betreft het kaderstelling en spelregels. Er zijn bijvoorbeeld meerdere wetten aangenomen om maatschappelijk ondernemen te faciliteren: zoals de Zorgverzekeringswet en de Wet Toelating Zorginstellingen. Op mesoniveau gaat het om de ondernemende activiteiten van zorginstellingen. Op microniveau betreft het de verschillende rollen die managers en professionals vervullen (Putters, 1998). Dit laatste wordt in het volgende hoofdstuk nader beschreven. Hoe ondernemen op mesoniveau eruit ziet, is afhankelijk van drie logica's: productlogica (de eigenschappen van de zorg en de patiëntenpopulatie), institutionele logica (de publieke, private en

professionele omgeving van de organisatie) en uitvoerings- of managementlogica (kenmerken van managers en professionals).

Als het gaat om het ondernemen in de zorg op meso-niveau, omschrijft Putters drie vormen van ondernemerschap. Dat noemt hij de 'praktijk van ondernemend zorgbestuur' (Putters, 2010):

- marktgericht ondernemen betekent dat instellingen (deels) uit het reguliere zorgsysteem breken door zorgverlening of ondersteunende diensten te privatiseren en op de markt te zetten. Voorbeelden liggen vooral bij laboratoria, keukens en arbozorg, maar ook steeds meer in de kern van de zorg zelf. Bij dat laatste valt te denken aan de toetreding van commerciële thuiszorgaanbieders, de overname van het Slotervaartziekenhuis en de IJsselmeerziekenhuizen, en initiatieven als Buurtzorg en de Thomashuizen;
- gemeenschapsgericht ondernemen betekent dat instellingen vooral binnen de reguliere zorg trachten te komen tot logistieke en zorginhoudelijke innovaties, een meer doelmatige organisatie en meer klantgerichtheid. Hiertoe ontwikkelt men onder meer zorgconcerns, zorgnetwerken en allianties. Recent zijn daar zorgcoöperaties bijgekomen;
- intern ondernemen betekent dat instellingen zich in hun ondernemende activiteiten vooral richten op de eigen interne organisatie. Dit gebeurt dan via de modernisering van interne productieprocessen, de verbetering van planning- en controlecycli, de invoering van moderne ict en de ontwikkeling van competenties en nieuwe managementtechnieken. Alle pogingen om de dbc's (diagnosebehandelingcombinaties) en dot's ('dbc's op weg naar transparantie') in te voeren en nieuwe ict-systemen te introduceren horen hierbij.

Iedere organisatie heeft een voorkeur voor een bepaalde manier van ondernemen, maar de ene manier sluit de andere niet uit. Eén type van ondernemen is vaak leidend. Zo zijn er gezondheidszorgorganisaties die de focus hebben op marktgericht ondernemen: strategieën rondom outsourcing van bepaalde activiteiten en/of overnames van andere (zorg)organisaties maken onderdeel uit van de strategie van de organisatie. Een mooi voorbeeld hiervan is de overname door een Arbo-zorgverlener van het Rode Kruis Ziekenhuis te Beverwijk.

De huidige fusiegolf in de ziekenhuissector is een mooi voorbeeld van gemeenschapsgericht ondernemen: samenwerken en het sluiten van allianties om te komen tot effectiever werken en de mogelijkheid om meer innovatiever te zijn, sluit hier mooi op aan. Kenmerkend voor deze manier van ondernemen is dat het redelijk defensief van aard is: instellingen trachten hun bestaande positie in de markt te behouden.

3.6 Afsluiting

In dit hoofdstuk is beschreven wat specifieke kenmerken zijn van ondernemen in de zorg, op welke niveaus deze zijn uit te werken en welke vormen van ondernemerschap er terug te vinden zijn in de zorg. Hiermee is antwoord gegeven op de tweede deelvraag van het onderzoek (“Hoe worden ‘ondernemen’ en ‘ondernemerschap’ in de literatuur omschreven en gedefinieerd en wat zijn specifieke kenmerken van ‘ondernemerschap in de zorg?’”). In het volgende hoofdstuk wordt de rol van de bestuurder ten aanzien van ‘ondernemen’ nader verkend en beschreven.

4. De ondernemende bestuurder

4.1 Inleiding

Een bestuurder van een organisatie draagt zorg en verantwoordelijkheid voor het nemen van de juiste beslissing om de 'waarde van de organisatie' te maximaliseren. In de literatuur worden veel verschillende taken en verantwoordelijkheden van bestuurders benoemd (Ibrahim, Howard et al., 2012):

- de bestuurder is betrokken bij en verantwoordelijk voor strategische besluitvorming
- de bestuurder is verantwoordelijk voor aansturing van het strategisch management
- de bestuurder is verantwoordelijk voor de financiële resultaten van een organisatie
- de bestuurder heeft een 'sociale verantwoordelijkheid' voor de interne organisatie en de externe omgeving

In dit hoofdstuk worden de rol en verantwoordelijkheid beschreven van een ondernemende bestuurder, wordt de rol van ondernemer afgezet tegen de andere rollen die de zorgbestuurder heeft: wat kenmerkt een ondernemende bestuurder in de zorg?

4.2 Ondernemen en de rol van de bestuurder

In de literatuur wordt onderscheid gemaakt tussen de 'individuele ondernemer' en de 'corporate ondernemer' of Chief Executive Officer (CEO). De individuele ondernemer ziet zelf mogelijkheden om te ondernemen en ontwikkelt deze verder in kleine of middelgrote bedrijven (Cuervo, 2007). Hierbij is hij vaak zelf verantwoordelijk voor het (verzamelen van het) benodigde kapitaal. De corporate ondernemer of CEO is niet alleen verantwoordelijk voor het efficiënt leiden van een organisatie, hij is tevens verantwoordelijk voor het anticiperen op verandering en het in verbinding brengen van de verandering met de doelen van de organisatie. Met andere woorden: de CEO moet de organisatie steeds opnieuw 'uitvinden', daarbij mogelijkheden verkennen voor nieuwe bedrijfsonderdelen ('spin offs') en ontwikkelen van bedrijfsnetwerken met andere bedrijven.

‘Verandering’ en ‘innovatie’ zijn thema’s die bij ‘ondernemen’ steeds terugkeren. Hierboven is ook genoemd welke rol de CEO daar dan bij heeft. Maar wat kenmerkt nu echte ondernemers? In de literatuur worden verschillende kenmerken genoemd (Finlay, 2000): ondernemers

- durven risico te nemen
- zijn innovatief
- zijn continu op zoek naar mogelijkheden
- worden blij van verandering
- zijn op zoek naar macht/zeggenschap en onafhankelijkheid
- hebben een sterke behoefte om te presteren (in de zin van het ontwikkelen van een nieuwe dienst en/of product of een nieuwe organisatie)

Een specifiek kenmerk van een ondernemer is daarbij dat hij kan omgaan met onzekerheid (Harten, 2003). De ‘ondernemer’ moet risico’s durven nemen bij het aangaan van moeilijk voorspelbare veranderingen (onzekerheden) in de omgeving van de organisatie.

Er zijn verschillende typen ondernemers. Ondernemen kan gerelateerd worden aan ‘sterke prestatiedrang’ en hierbij kunnen twee typen ondernemers gedefinieerd worden: de ‘onafhankelijk ondernemer’ en de ‘ondernemer in de grote organisatie’ (Finlay, 2000). Beiden zijn sterk in hun drang om te presteren, alleen heeft de ene een dominante behoefte aan onafhankelijkheid, de ander heeft een sterkere behoefte aan macht/zeggenschap in een grotere organisatie (‘CEO’). Deze laatste kan zelfs een stuk van zijn onafhankelijkheid opgeven, bijvoorbeeld door externe financiering te regelen voor het succesvol maken van de organisatie. Op deze manier is de CEO of bestuurder minder onafhankelijk, maar kan zijn organisatie wel laten groeien en kan op deze manier meer zeggenschap uitoefenen. Finlay stelt nog dat de CEO ondernemers moeten zijn om de continue vernieuwing te (bege)leiden om de organisatie ook op de lange termijn te laten overleven.

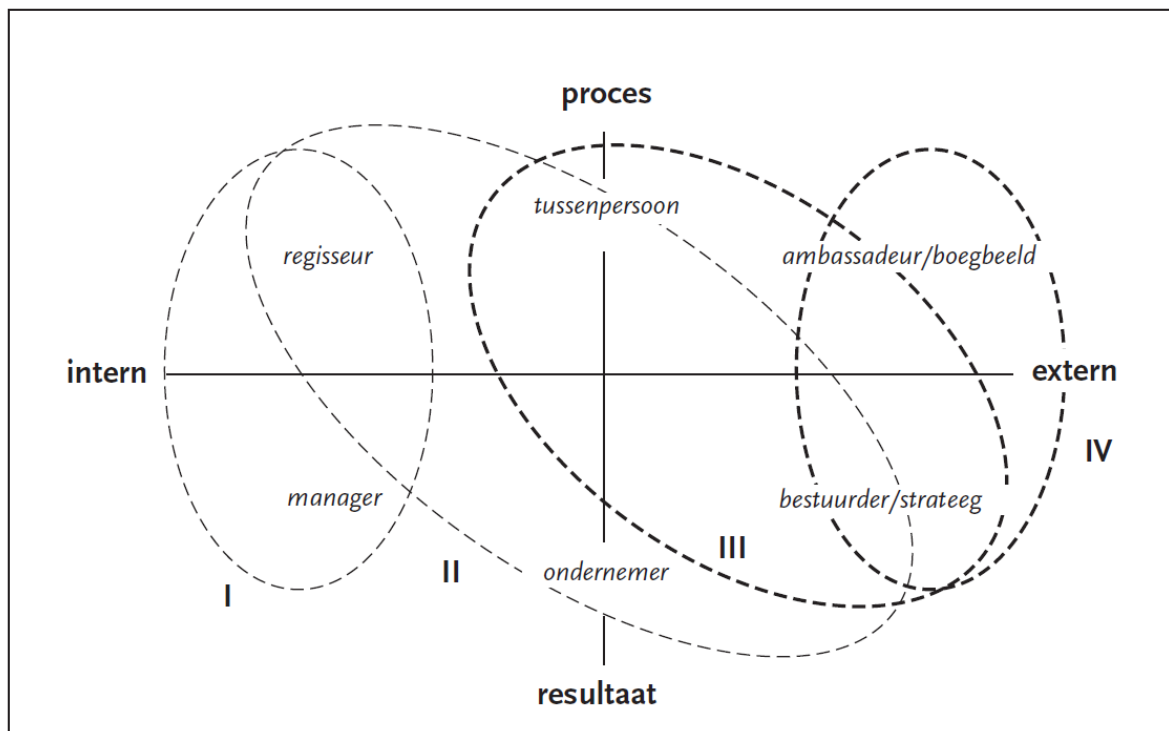
Dat betekent overigens niet dat alleen de ‘CEO’ binnen een organisatie kan ‘ondernemen’. Er is ook nog zoiets als ‘persoonlijk ondernemerschap’ binnen een organisatie (Berry, 1999). Kenmerkend hiervoor is dat een ieder binnen een organisatie dit naar zijn eigen maatstaven invult: de individuele dienstverlener bepaalt of hij iets nieuws zal proberen, of hij het risico neemt een klant met een ongebruikelijke of moeilijke vraag te helpen, of hij de leiding op zich neemt bij het oplossen van een probleem binnen een bedrijf. Een van de belangrijkste verschillen tussen uitstekende en middelmatige dienstverleners is dat de medewerkers van de eerste veel meer individuele inspanningen leveren. ‘Persoonlijk ondernemerschap’ loopt gevaar wanneer organisaties groeien,

ouder en complexer worden en van leiding veranderen. Voor permanent succes is voortdurende innovatie en verbetering nodig. En dus ondernemerschap!

Zoals in de inleiding van de thesis al is beschreven, heeft de bestuurder niet alleen de rol van de 'ondernemer' in zich, maar zijn er vijf andere rollen. Van der Scheer constateert op basis van deze zes rollen dat er vier typen bestuurders zijn (Van der Scheer, 2013):

- de bestuurder: heeft de blik naar buiten gericht en hecht veel belang aan de rollen 'bestuurder' en 'boegbeeld/ambassadeur';
- de manager: heeft de blik naar binnen gericht en hecht veel belang aan de rollen 'manager' en 'regisseur' en is hier sterk in;
- de tussenpersoon: vindt de rol van 'tussenpersoon' belangrijk en is er sterk in. De 'tussenpersoon' is ook een sterk 'bestuurder'/'strateeg';
- de ondernemer: vindt de rol van 'ondernemer' belangrijk, maar treedt daarnaast in de uitvoering op als 'bestuurder', 'regisseur' en 'tussenpersoon'.

Van der Scheer (2013) heeft dat uitgewerkt in onderstaande figuur:



Figuur 4: Vier 'typen' bestuurders (I=de manager, II=de ondernemer, III=de tussenpersoon, IV=de bestuurder (Scheer, 2013)

De ondernemer is het enige type bestuurder dat zowel 'managerial' als 'bestuurlijk' opereert. Het lijkt erop dat de ondernemer in de dagelijkse praktijk die rol kiest die hij of zij op dat moment het meest noodzakelijk vindt. De ondernemer kan daarbij schakelen tussen een interne en externe focus en kan zich richten op zowel proces als op het resultaat.

De 'ondernemer' binnen een organisatie moet een integrale visie op een organisatie hebben, met de nadruk op visie. De rol van het topmanagement is het nemen van strategische beslissingen (Fiolet, 2013): beslissingen die betrekking hebben op de koers die de organisatie wil inslaan om haar doelstellingen te bereiken. Op dit niveau vindt overleg plaats met andere stakeholders om te identificeren welke middelen er zijn waarmee de organisatie nieuwe producten of diensten kan creëren of bestaande kan verbeteren. De belangrijkste taak van topmanagers met betrekking tot intern ondernemen is dat zij, retrospectief, de (ver)nieuwe(nde) activiteiten in hun portfolio kunnen verklaren. De rol van het middenmanagement is het bevorderen van effectieve communicatie tussen de andere twee bestuurlijke niveaus: topmanagement en operationeel management. De ondernemende acties die worden verwacht van het middenmanagement is dat het kansen ziet om nieuwe producten of diensten te creëren en er voor te zorgen dat er (mede) hierdoor concurrentievoordeel in het huidige werkveld ontstaat. De rol van het operationeel management is het absorberen van de relevante informatie die het verkrijgt van buiten de organisatie en het tegelijkertijd reageren op de interne informatie afkomstig van het middenmanagement. Operationeel management vertoont de 'experimenterende' rol, het moet de operationele ideeën voor innovatieve verbeteringen vormgeven.

4.3 De ondernemende bestuurder in de zorg

In het complexe krachtenveld waar 'hybride' organisaties zich in bevinden wordt veel verwacht van zorgbestuurders. Van der Scheer (2008) beschrijft dit als volgt: "De angst voor negatieve bijwerkingen van een marktgestuurde zorgverlening is groot en dus zit men de zorgbestuurders dicht op de huid. Zij moeten aan allerlei eisen van transparantie voldoen, zich aan verschillende soorten richtlijnen ten aanzien van 'goed bestuur' houden en geregeld worden bestuurders publiekelijk aansprakelijk gesteld voor de gang van zaken in 'hun' organisatie."

Veel bestuurders geven aan wel ondernemend te werken, onder meer omdat ze naar oplossingen moeten zoeken voor wat er op hen afkomt, maar zien zichzelf niet als ondernemer. Zij maken een

onderscheid tussen ondernemer zijn en ondernemend werken vanwege twee redenen. Ten eerste omdat er op het gebied van de wet- en regelgeving (i.e. AWBZ) geen sprake is van een echte markt: er is geen vrij spel van vraag en aanbod, volume en tarieven liggen vast, er is een productieplafond en contracteerplicht. Vrije concurrentie is dus zeer beperkt en alleen mogelijk op kwaliteit. De tweede genoemde reden is dat er geen eigen geld mee gemoeid is. Er wordt niet persoonlijk financieel risico gelopen. In die zin ervaren de ondervraagde bestuurders in de ouderenzorg zich niet als echte ondernemers (Fiolet, 2013). Veel bestuurders zien zich wel als 'maatschappelijk ondernemer': gebruik maken van kennis en ervaring vanuit ondernemersland om maatschappelijke doelen te bereiken. Het gaat hierbij niet om het commerciële verdienmodel, doel is niet perse om er geld aan over te houden.

In de inleiding van deze thesis is al genoemd dat er binnen het ondernemen van bestuurders in de zorg verschillende items terug te vinden zijn (Van der Scheer, 2013):

- creatief omgaan met middelen
- optimaliseren werkprocessen
- initiëren commerciële activiteiten
- stimuleren professionals tot innovatie
- aangaan samenwerkingsrelaties
- aanboren nieuwe markten en doelgroepen

Er kan naar aanleiding van deze bovenstaande indeling een onderscheid gemaakt worden tussen bestuurders in de care (VVT-organisaties) en de cure (ziekenhuizen). Bestuurders in de care beschouwen hun ondernemerschap vanuit een meer economische invalshoek. Voor hen is ondernemen niet alleen een houding of een manier om de performance van een organisatie te vergroten, maar kan ondernemen ook inhouden dat voor een bepaalde marktstrategie gekozen wordt. Zij kiezen in hun ondernemerschap hoofdzakelijk voor 'aanboren nieuwe markten en doelgroepen', 'initiëren van commerciële activiteiten' en 'creatief omgaan met middelen'. De bestuurders uit ziekenhuizen omschrijven hun ondernemerschap meer vanuit een 'professionele' invalshoek en richten zich voornamelijk op 'stimuleren professionals tot innovatie' en 'optimaliseren werkprocessen' (Van der Scheer, 2010).

Wat maakt het ondernemen in de zorg voor een bestuurder nu tot een andere manier van ondernemen als in reguliere (niet-zorg) organisaties? Putters omschrijft het huidige besturen in de zorg als 'besturen met duivelselastiek' (Putters, 2010). Bestuurders van zorginstellingen moeten 'meervoudig besturen', hetgeen betekent dat ze moeten reageren op eisen en wensen uit vier

domeinen: de markt, de overheid, de samenleving en de medische professie. De bestuurder bevindt zich daarmee op een 'duivelselastiek'. Deze metafoor is sterk van toepassing op het zorgbestuur, dat ongelijksoortige publieke, private en professionele belangen, waarden en normen bij elkaar moet zien te brengen. Er is hierbij sprake van drie spanningen:

- dilemma's rond sturing en toezicht: zorgprestaties moeten meetbaar en transparant worden. Dit leidt tot (verscherpt) toezicht en vraagt om verantwoording. In de praktijk heeft een zorginstelling dan ook te maken met vele criteria van toezichthouders, eisen en wensen van raden van toezicht, patiënten, huisartsen en zorgverzekeraars;
- dilemma's rond de afstemming tussen vraag en aanbod. De kostenstijgingen in de zorg worden alsmaar opgevangen door aanpassingen in het zorgsysteem richting meer marktwerking, de aanscherping van instrumenten zoals de aanbesteding en het creëren van individuele keuzemogelijkheden voor patiënten. Het is echter maar de vraag wat patiënten en cliënten werkelijk te kiezen hebben;
- dilemma's rond verwachtingen en verantwoording. Hier is de vraag aan de orde hoe het zorgbestuur tegenover patiënten en de samenleving verantwoording aflegt over wat het doet en wat het nalaat.

4.4 Afsluiting

In dit hoofdstuk is beschreven wat de rol is van bestuurders ten aanzien van ondernemen en is beschreven wat specifiek de uitdaging is van ondernemende bestuurders in de zorg. Met name voor de rol van de ondernemende bestuurder in de zorg vraagt dit in de huidige context om bestuurders die zowel 'managerial' als 'bestuurlijk' hun organisatie kunnen besturen. De bestuurder in de zorg moet van vele markten thuis zijn en zich zowel intern op zijn organisatie kunnen richten als ook extern op wat zich afspeelt in de markt. Door dit te beschrijven is antwoord gegeven op de derde deelvraag ("Wat zijn relevante aspecten bij de invulling van 'ondernemerschap' zoals door bestuurders ervaren wordt?"). Het ondernemen door bestuurders in de zorg moet haast leiden tot belemmerende, maar wellicht ook bevorderende, factoren die het de bestuurder mogelijk maakt om vorm en inhoud te geven aan het ondernemerschap. In het volgende hoofdstuk wordt het conceptueel model beschreven dat naar aanleiding van de vraagstelling in hoofdstuk 1 en de drie hoofdstukken van de literatuurstudie is opgesteld.

5. Conceptueel model

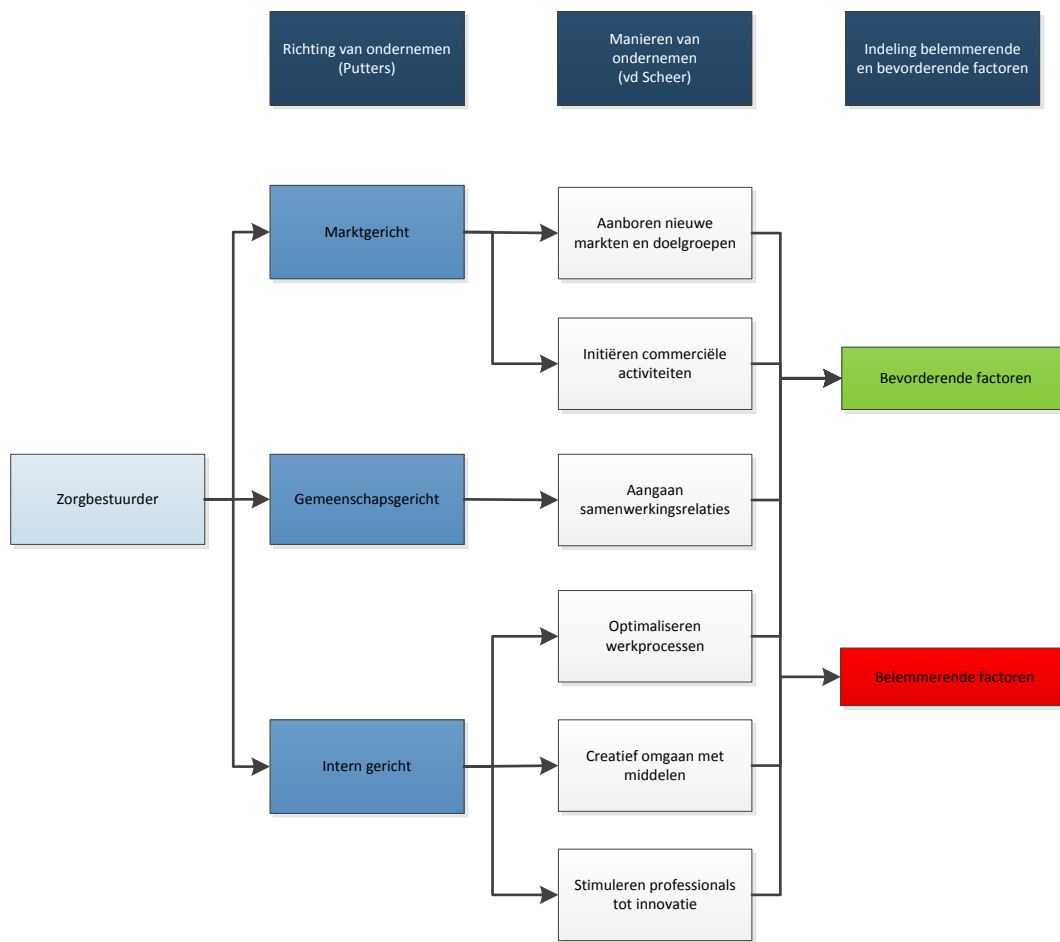
Het conceptueel model vormt de basis voor het onderzoek. De uitkomsten van het onderzoek worden beschreven aan de hand van het conceptueel kader.

Van der Scheer (2013) onderscheidt zes bestuurdersrollen, waaronder de rol van 'ondernemer'. Putters onderscheidt drie typen van ondernemerschap binnen de strategische koers van instellingen. De drie typen sluiten elkaar niet uit. Wel is het zo dat één type meestal leidend is in de strategische koers van een zorginstelling (Putters, 2010).

- markgericht ondernemen:
Zorginstellingen breken (deels) uit het reguliere zorgsysteem door zorgverlening of ondersteunende diensten te privatiseren en op de markt te zetten.
- gemeenschapsgericht ondernemen:
Zorginstellingen trachten vooral binnen de reguliere zorg te komen tot logistieke en zorginhoudelijke innovaties, een meer doelmatige organisatie en meer klantgerichtheid.
- intern ondernemen:
Zorginstellingen richten zich in hun activiteiten vooral op de eigen interne organisatie.

Van der Scheer beschrijft dat bestuurders kritisch zijn over de mate waarin zij invulling geven aan ondernemerschap. Zij wijdt dit aan het ontbreken van een eenduidige betekenis. In haar onderzoek gebruikt zij zes verschillende activiteiten binnen het ondernemerschap in de zorg, te weten: creatief omgaan met middelen, optimaliseren van werkprocessen, initiëren commerciële activiteiten, stimuleren professionals tot innovatie, aangaan samenwerkingsrelaties en aanboren nieuwe markten en doelgroepen.

In het conceptueel model (figuur 5) geeft de driedeling in ondernemerschap van Putters en de indeling van de activiteiten die door Van der Scheer gebruikt wordt een invulling om ondernemerschap te duiden. In het empirisch onderzoek wordt dit model gebruikt om belemmerende en bevorderende factoren voor ondernemerschap te benoemen.



Figuur 5: Conceptueel model onderzoek

Aan de hand van dit conceptueel model wordt het onderzoek verder uitgevoerd. Dit model vormt input voor de gesprekken die met de bestuurders in de zorg gevoerd zijn. Getoetst wordt of er ten aanzien van de 'richting van ondernemen' en de 'manieren van ondernemen' specifieke belemmerende en bevorderende factoren te onderscheiden zijn. Het model vormt ook de basis van de topiclist (zie bijlage 1) die opgesteld is om de gesprekken met de bestuurders te voeren.

Om de resultaten van het empirisch onderzoek nader te kunnen duiden en om uiteindelijk een antwoord te kunnen geven op de centrale vraagstelling, wordt in hoofdstuk 7 een 'theoretisch uitstapje' gemaakt aan de hand waarvan een interpretatiemodel beschreven wordt. Dit model is een hulpmiddel dat het mogelijk maakt om de belemmerende en bevorderende factoren die zorgbestuurders van ziekenhuizen en VVT-organisaties ervaren en de aanbevelingen die private zorgondernemers doen, uiteindelijk te vertalen in aanbevelingen aan bestuurders over hoe zij vorm en inhoud kunnen geven aan ondernemerschap. In het volgende hoofdstuk worden de uitkomsten van de interviews beschreven.

6. Onderzoeksresultaten

6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de resultaten vanuit het empirisch onderzoek van de deelvragen 4 tot en met 6 beschreven. Dit gedeelte van het onderzoek is uitgevoerd middels face-to-face interviews met vijf bestuurders uit ziekenhuizen, vijf bestuurders van VVT-organisaties en drie private zorgondernemers. De interviews zijn gehouden aan de hand van een topiclist voor bestuurders van ziekenhuizen en VVT-organisaties (zie bijlage 1) en een aparte topiclist voor de private zorgondernemers (zie bijlage 2). In de beschrijving van de uitkomsten worden de resultaten geanonimiseerd weergegeven. Dit is vooraf met de geïnterviewden besproken, juist om ze uit te nodigen vrijuit te spreken. In onderstaande weergave is wel gekozen om de resultaten terug te koppelen per sector en daar per geïnterviewde een code aan mee te geven. Zo krijgen de bestuurders uit de ziekenhuizen de codes 'Z1' t/m 'Z5', de bestuurders uit de VVT-organisaties de codes 'V1' t/m 'V5'. Na de beschrijving van de belemmerende en bevorderende factoren, zoals die door de geïnterviewde zorgbestuurders worden ervaren, zijn deze geclusterd en worden ze in paragraaf 6.5 weergegeven aan de hand van het conceptueel model. Het hoofdstuk sluit af met een weergave van de interviews met de private zorgondernemers en de aanbevelingen die zij doen met betrekking tot ondernemerschap. Deze zorgondernemers zijn weergegeven met de codes 'O1' t/m 'O3'.

6.2 Ondernemen en ondernemerschap in de zorg

Vanuit de literatuurstudie is gebleken dat er veel verschillende definities bestaan over het begrip 'ondernemen'. In paragraaf 3.2 werden drie definities van het begrip gegeven. Ook uit de interviews blijkt dat de bestuurders een eigen invulling geven aan het begrip 'ondernemen'. Een ieder definieert dat op zijn eigen manier en op basis van zijn eigen inzicht en specifieke context. Toch zijn er overeenkomsten die geïnterviewden noemen met wat in de literatuur gevonden is.

Een aantal bestuurders vraagt zich af of er in de zorg echt sprake is van 'ondernemen' zoals in het private domein. Bestuurder Z3 stelt bijvoorbeeld dat bestuurders in de zorg 'maatschappelijke ondernemers' zijn. Zij ondernemen vanuit een collectief gefinancierde context in het publieke

domein. Bestuurder V4 vult aan dat het hierbij niet gaat om streven naar winst, maar om het vervullen van de maatschappelijke taak van de zorgorganisatie. Hij merkt daarbij op dat je in de zorg als bestuurder ondernemend kunt besturen, maar vraagt zich af of je echt ondernemer bent. Je loopt immers, zo stelt hij, zelf geen financieel risico.

Ook al is de bestuurder juridisch niet de eigenaar van een zorgonderneming, toch vindt een aantal zorgbestuurders dat ondernemen in de zorg veel te maken heeft met 'eigenaarschap'. Bestuurder V2 omschrijft dat als volgt:

"Ondernemen betekent voor mij in de eerste plaats 'eigenaarschap'. Helaas niet in letterlijke zin. Ondernemerschap als ware de tent van jezelf. Dat je probeert te reageren op wat er in de buitenwereld gebeurt en dat je gericht bent op verdere ontwikkeling van je tent."

Bestuurder V4 voegt daar aan toe dat het bij ondernemen gaat om de continuïteit van de onderneming. Hij stelt dat je als bestuurder verantwoordelijk bent voor de onderneming, ook al ben je geen eigenaar, met daarbij een duidelijke visie en heldere strategie voor de toekomst.

Wat een aantal bestuurders stelt, is dat het bij ondernemen van belang is om ontwikkelingen in de buitenwereld, i.e. de ontwikkelingen buiten de eigen organisatie, in de gaten te houden. Noodzakelijk is dan dat een ondernemende bestuurder zijn omgeving goed kent, de ontwikkeling van zijn omgeving goed in de gaten houdt en die kansen kan vertalen naar concrete resultaten. Het gaat hierbij om ontwikkelingen in wet- en regelgeving, maar ook om ontwikkelingen in de klantvraag. Bestuurder Z4:

"... en daarbij de gedachte dat de perfecte ondernemer zich verdiept in de basale behoefte die de klant heeft. Als je dat goed doet, haal je uiteindelijk een goed bedrijfsresultaat."

De wet- en regelgeving rondom de WLZ en WMO is aan het veranderen, maar is niet voor iedere bestuurder 'heilig', zo stelt bestuurder V1:

"Ongeacht de regels doen wat nodig is en waar we in geloven. Bij ondernemerschap hoort een beetje schoppen tegen de gevestigde orde. Wij stimuleren en cultiveren dat. Dat brengen we bij cliënten, bij de OR en we profileren ons een beetje als het stoutste jongetje van de klas. En dat levert successen

op. Dat maakt medewerkers trots. Als er iets in het leven onbetaalbaar is, dan is het wel trots.”

Ondernemerschap wordt op deze manier ook intern gestimuleerd. Het intern stimuleren van ondernemerschap wordt door meerdere bestuurders als onderdeel van hun eigen ondernemerschap genoemd. Bestuurder Z5 geeft een voorbeeld waarbij de chirurg, door zelf de OK-tijd 10 min te verkorten, een omvangrijke bezuiniging gerealiseerd heeft. Bestuurder Z3 vindt dat ondernemen inhoudt dat alle medewerkers in staat gesteld moeten worden om zelf te ondernemen. Volgens bestuurder V3 leidt ‘verdergaand eigenaarschap’ tot meer ondernemerschap. Hij verwacht hierbij ‘ondernemend gedrag’ van zijn medewerkers, mensen worden meer aangesproken op hun eigen verantwoordelijkheid. Een manier om dit te faciliteren, is door teams volledig zelfsturend te maken. Eigenaarschap leidt hierbij tot het (kunnen) nemen van verantwoordelijkheid en leidt tot trots.

6.3 Belang van ondernemerschap

In de interviews is de vraag gesteld of de bestuurders een toenemend belang zien van ‘ondernemerschap’ in hun sector. Alle bestuurders geven als antwoord op deze vraag dat er sprake is van een verandering in de context waarin hun organisatie moet opereren. Dit vraagt om een toenemend belang om te ondernemen binnen deze context. Aanpassingen in de context zijn sector- en cliëntgebonden. Over de sectorgebonden context noemt bestuurder V1 bijvoorbeeld:

*“In onze sector staat alles op z’n kop. Nu verandert alles, de spelregels, de spelers. Nu heb je ineens te maken met allemaal grenzen, met als kans bloedende grensconflicten in de komende jaren. Tot 1 januari ging alles vanzelf, je wist zeker dat je je geld kreeg van het Zorgkantoor. Nu is het allerergste dat je met de gemeente te maken krijgt. Als je er tegen tekeer gaat, kom je in de traagheid van de besluitvorming terecht en voor je het weet is je bedrijf naar de kl**en.”*

Bestuurder V2 vult aan:

“Onze sector moet veel meer opletten en sneller zijn dan bijvoorbeeld een ziekenhuis. Ondernemerschap is van belang, anders gaan we dood. Er komen heel grote risico’s op ons af, je moet daar niet alleen defensief, maar zeker ook offensief op reageren.”

Bestuurder V3 beaamt ook dat er sprake is van een context-wijziging en dat het de afgelopen periode 'overleven' was. Deze fase lijkt zich weer te stabiliseren en de vraag rijst nu wat het bestaansrecht is van de organisatie. Het overeind houden van een organisatie is geen doel meer op zich. Er wordt meer gekeken naar de omgeving. Bestuurder V3 stelt dat als zijn organisatie niet meer te bieden heeft dan de concurrent, dat hij dan stopt met onderdelen van zijn dienstverlening en bedrijf. Ook dit is, zo stelt hij, 'ondernemen'.

Een aantal bestuurders van ziekenhuizen geeft aan dat er in de sector sprake is van het op gang komen van een andere financieringsstroom die ondernemerschap belangrijk maakt. Bestuurder Z2 zegt bijvoorbeeld dat banken hun 'lange termijn financiering' in de zorg willen verminderen. Juist om hun eigen risico meer te spreiden. Dit vraagt dan om de inzet van ander kapitaal, bijvoorbeeld van private investeerders, pensioenfondsen e.a.. Deze partijen zullen vaker stellen dat een organisatie zich meer moet focussen en niet meer alle zorg moet aanbieden. Inzetten op dat wat rendement oplevert wordt van belang. Bestuurder Z1 beaamt deze ontwikkeling: banken zijn volgens hem 'kopschuw', zorgverzekeraars zetten in op regiodekking en hebben beperkt 'piëteit' voor individuele ziekenhuizen in een volle ziekenhuisregio. Hij geeft aan dat er dan risicokapitaal van de kapitaalmarkt gehaald moet worden om te overleven als organisatie. Daarvoor heeft hij een passend organisatiemodel gevormd:

"Voor ons echt nieuw: besluiten worden genomen in een aandeelhoudersvergadering. De meerderheid van de aandelen is in handen van de investeerder, maar een significante minderheid is in handen van de medische staf. Financiële belangen worden afgewogen tegen medische kwaliteit en zorgcontinuïteit. Als individuele vakgroep kun je het traditionele proces van besluitvorming niet meer gijzelen. Het eigenaarschap is dat er een ondernemende cultuur ontstaat".

Bestuurder Z4 ziet de ontwikkeling van privaat kapitaal ook op zich afkomen. Als ondernemerschap vertaald wordt met de primaire invalshoek van 'het verkrijgen van rendement op het vermogen', dan ziet hij dat er andere aanbieders op de markt komen die rendement als primaire hoofddoelstelling hebben. Hij stelt zich daarbij de vraag of er met die aanbieders ook echt sprake is van innovatief ondernemen, of dat zij zich richten op die onderdelen van zorg die nu al meer opleveren dan andere delen van zorg (vgl. 'chirurgische' vs 'beschouwende' zorgverlening). De zorg blijft in zijn ogen ook dan op een traditionele manier aangeboden worden.

Het sectorgebonden belang van ondernemen heeft te maken met de contextverandering. Er lijkt wel een verschil te zijn tussen de VVT-organisaties en de ziekenhuizen. Bestuurder V2 stelt dat organisaties in de care eigenlijk 'opnieuw uitgevonden' moeten worden. Kleine organisaties die in deze sector stil hebben gestaan in hun strategische ontwikkeling, hebben veel moeite om in de nieuwe context te overleven. Hij geeft aan dat er veel kapers op de kust zijn, ontwikkelingen in de eerste lijn met huisartsen en thuiszorg zijn daar een voorbeeld van. Hij ziet daar voor zijn eigen organisatie ondernemingskansen op het gebied van het aanbieden van nieuwe diensten. Deze contextverandering is meer extern gericht. In de ziekenhuissector lijkt de sectorverandering sterk gericht op het toegenomen risico op de interne organisatie door wijzigingen in financieringssystematiek. Bestuurder Z3 omschrijft de ontwikkelingen op het gebied van DBC's en DOT als volgt:

"In die zorgproducten zitten al je kosten, maar ook al je opbrengsten. En ook je risico's. Het grote verschil met vroeger is dat je veel meer je risico's moet managen. Risicomanagement is een hot item, het neigt helaas weer vreselijk bureaucratisch te worden met al die lijstjes. Risico's leiden tot ondernemerschap, anders ben je geen ondernemer. Een ambtenaar is geen ondernemer. Risico's an sich bevorderen juist ondernemerschap, want je moet anders denken over het product dat je levert als 10 jr geleden bij een lumpsum financiering."

Niet alleen de sectorgebonden context is aan verandering onderhevig, ook de cliëntgebonden context verandert. Het gaat daarbij om andere eisen die door zorgvragers gesteld worden. Bestuurder V3 zegt hierover:

"De klant begint steeds meer te eisen. Wij richten ons op ondernemerschap in de interne organisatie door middel van 'waarde toevoegen' om een antwoord te vinden op datgene wat gaat komen."

Bestuurder V4 merkt op dat, nu de collectieve financiering verminderd wordt, dat klanten zelf hun keuzes gaan maken. Om ondernemend te zijn, moet je waarde toevoegen aan de cliënt en markt waarin je opereert. Waardecreatie is een term die in de interviews een aantal keer aan de orde komt. Ook bestuurder Z4 noemt dit thema specifiek:

"Als je het over klantwaarde hebt, waar zit dan de waardecreatie? Gaat het om wederom gezond maken? Of gaat het om welzijn? Wij zijn in de zorg teveel bezig om mensen te repareren, uiteindelijk

gaat het om welzijn.”

6.4 Ervaren belemmerende en bevorderende factoren

Putters (2010) beschrijft drie typen van ondernemen, te weten: marktgericht ondernemen, gemeenschapsgericht ondernemen en intern ondernemen (zie hoofdstuk 4). Putters noemt dit ‘de praktijk van ondernemend zorgbestuur’. Iedere organisatie in de zorg die onderneemt heeft een voorkeur voor een manier van ondernemen, maar de andere twee komen ook voor. De ene manier sluit de andere dus niet uit. Eén type van ondernemen is wel vaak leidend.

Ondernemend zorgbestuur

Zorgbestuurders herkennen de typering van marktgericht, gemeenschapsgericht en intern ondernemen en erkennen dat deze drie typen aanwezig zijn in hun dagelijkse praktijk. De wijze van ondernemen wordt begrensd door het publiek- private systeem van de zorg , de situatie en context waarin de organisatie zich bevindt en door de persoonlijke voorkeur van de bestuurder.

Gemeenschapsgericht ondernemen wordt als basisvoorwaarde beschouwd. Geen van de bestuurders noemt ‘gemeenschapsgericht ondernemen’ als leidend in de huidige strategie. Bestuurder V3:

“Als je niet samenwerkt dan heb je geen enkele kans te overleven.”

Het gaat vooral om het bevorderen van het doelmatig omgaan met publieke middelen en het bevorderen van kwaliteit binnen het publieke domein van de reguliere zorg. Er worden, zij het heel voorzichtig en aftastend, nieuwe zorgnetwerken opgebouwd, allianties afgesproken en plannen gemaakt voor zorgcoöperaties. Klantgerichtheid en waardecreatie worden genoemd als belangrijke overtuigingen.

Marktgericht ondernemerschap wordt door 5 van de 10 bestuurders als leidend genoemd. De belangrijkste drijfveer voor het (deels) uitbreken uit het reguliere zorgsysteem, diensten te privatiseren en samen te werken met commerciële partners is niet zo zeer het maken van winst,

maar veel meer het effectief en klantgericht kunnen uitvoeren van publieke zorgtaken. Ook wordt de marktgerichte benadering genoemd als defensieve interventie, om de concurrentie voor te zijn. Voor de organisaties waar marktgerichtheid leidend is, geldt dat de bestuurder minimaal 7 jaar verbonden is aan de organisatie (4 van de 5) of bewust gekozen heeft voor een strategie gericht op één product-markt combinatie.

Intern ondernemen richt zich vooral op het meer ondernemend maken van de interne bedrijfsvoering. Het gaat hierbij over de optimalisatie van bedrijfsprocessen, het ontwikkelen en implementeren van ICT toepassingen en het verbeteren van de planning- en controlcycli. De bestuurders die zich met name op de interne organisatie richten, bevinden zich in een (post)fusie traject of zijn korter dan een jaar als bestuurder verbonden aan de organisatie en beschrijven een zekere urgentie om zich nadrukkelijk te richten op de eigen interne organisatie. Het belangrijkste doel wat zij nastreven is 'eigenaarschap' binnen de organisatie en een reductie van de overheadkosten. Decentralisatie van verantwoordelijkheden wordt hierbij vaak genoemd.

Belemmerende en bevorderende factoren

Zoals al eerder genoemd, hanteert Van der Scheer (2013) zes verschillende activiteiten binnen het ondernemerschap van zorgbestuurders, te weten: aanboren nieuwe markten en doelgroepen, initiëren commerciële activiteiten, aangaan samenwerkingsrelaties, optimaliseren werkprocessen, creatief omgaan met middelen en stimuleren professionals tot innovatie. Belemmerende en bevorderende factoren doen zich voor elk van deze activiteiten voor.

Aanboren nieuwe markten en doelgroepen

De vraag van de klant wordt als een belangrijke stimulans gezien om nieuwe markten en doelgroepen te betreden. Concurrentie en het feit dat klanten steeds bewuster kiezen versterken dit. Bestuurders ervaren dat de markt meer open is waardoor steeds meer kansen ontstaan. Een organisatiemodel en structuur van de organisatie welke gericht is op een specifieke product-markt combinatie wordt als bevorderend genoemd voor het gericht aanboren van nieuwe markten en doelgroepen. Focus is hierbij het sleutelwoord.

Een belemmerende factor voor het aanboren van nieuwe markten en doelgroepen is de huidige financiering. Schotten tussen de financieringsstromen en de onberekenbaarheid van de financier

leiden tot veel onzekerheid. Ook de publieke opinie en opvattingen van de omgeving worden als belemmerend ervaren. Bestuurder V4:

“Als wij iets anders willen gaan doen dan wat wij altijd gedaan hebben, heeft iedereen er een mening over en willen ze er allemaal iets van vinden.”

Initiëren commerciële activiteiten

De ervaring dat commerciële activiteiten leiden tot goede verdiensten met veel marge stimuleert bestuurders in het initiëren van commerciële activiteiten. Sommige bestuurders noemen nadrukkelijk dat het nemen en hebben van risico een bevorderende factor is. Bestuurder: V2

“Het past gewoon bij mij, ik vind het leuk om risico te nemen.”

Bestuurders ervaren het als wenselijk om andere vormen van financiering aan te trekken, het maakt minder afhankelijk van reguliere financiers zoals banken en verzekeraars. ‘Private equity’ wordt hierbij het meest genoemd.

Het feit dat nog weinig ervaring opgedaan is met het starten en onderhouden van commerciële activiteiten is een belemmerende factor. Met name de fiscale wet- en regelgeving die geldt voor commerciële activiteiten wordt hierbij genoemd. De publieke opinie wordt als een van de belangrijkste belemmeringen beschouwd. Bestuurder Z4:

“Mensen zeggen dan al snel: ‘de zorg is van ons allemaal’, op een of andere manier is het dan ‘not done’ om daar iets extra’s mee te doen. Ook niet als uiteindelijk iedereen daar beter van wordt.”

Aangaan samenwerkingsrelaties

Bestuurders geven aan dat organisaties die in staat zijn zichzelf wat minder belangrijk te maken, en niet alles zelf te willen doen, logischerwijs tot samenwerking komen. Deze samenwerking leidt, zo is de gedachte, tot optimalisatie van de keten en dus toegevoegde waarde voor de klant. Urgentie, de noodzaak om de eigen toegevoegde waarde op zeer korte termijn te verbeteren, wordt vaak genoemd als bevorderende factor. Bestuurder V3:

“Als je met de neus op de feiten wordt gedrukt begrijp je dat je elkaar nodig hebt.”

De sterk gereguleerde markt, de rol van de ACM (Autoriteit Consument en Markt) en institutionele weerstand worden als belemmerend ervaren voor samenwerking. Aanbesteding- en honorering systematiek, cultuurverschillen tussen instellingen en verrekeningsmodellen zijn daar voorbeelden van. Het feit dat veel organisaties min of meer hetzelfde aanbod van diensten hebben en kwaliteit nog onvoldoende gemeten wordt, maakt het gesprek over hoe en waar je elkaar kunt versterken moeizaam. Enkele bestuurders noemen deze “ijzeren greep” als hét grootste probleem binnen de zorg op dit moment. Het leidt tot situaties waarbij in een dorp twee revalidatiecentra staan die gezamenlijk meer capaciteit hebben dan de behoefte in de markt. Concurrentie wordt in dit kader als belemmerend genoemd voor samenwerking. Volgens één van de bestuurders is concurrentie dus alleen maar bevorderend voor die diensten waar veel vraag naar is en makkelijk te leveren.

Optimaliseren werkprocessen

Het optimaliseren van werkprocessen is gebaat bij continuïteit van personeel. De bestuurders noemen allemaal het belang van de kwaliteit van de medewerkers. Het optimaliseren van werkprocessen wordt veelal gekoppeld aan het organisatiemodel en de structuur. Een platte organisatie en decentrale verantwoordelijkheid worden als ondersteunend genoemd. De grootste successen worden bereikt bij focus op (deel)processen. Dit kan vanuit de structuur door iemand expliciet verantwoordelijk te maken of door verkleining van het portfolio van de organisatie. Bestuurder Z4:

“Weten waar je goed in bent en dat echt heel goed doen, dat helpt past echt!”

De belangrijkste belemmerende factor voor het optimaliseren is dat organisatorische innovatie niet (financieel) gewaardeerd wordt. Optimaliseren van werkprocessen hangt hiermee dan ook sterk samen met het aangaan van samenwerkingsrelaties. Het optimaliseren van de keten waardoor synergie leidt tot (financiële) waardering. De rol die de IGZ (Inspectie voor de GezondheidsZorg) speelt bij de controle en toezicht op de organisaties wordt eveneens als belemmerend ervaren. De IGZ stuurt volgens bestuurders veel te veel op de input en throughput in plaats van op de output/uitkomsten van de zorgverlening. Ook de enorme administratieve last rondom verantwoording en declaratie is een belemmerende factor. Het leidt tot een grote backoffice, wat ten kosten gaat van de primaire zorgverlening.

Creatief omgaan met middelen

“Je moet lef hebben...”

Een aantal bestuurders geeft aan dat als je de regels niet te serieus neemt er dan voldoende mogelijkheden zijn om financieringsstromen op een gunstige manier aan elkaar te verbinden. Als dit op basis van een gezonde financiële situatie gebeurt, werkt dit bevorderend en zijn er meer financiële middelen beschikbaar voor het primair proces. Zo ontstaat een zichzelf versterkend effect.

De dreiging van nieuwe financieringsschotten wordt als belemmerend ervaren. De huidige transitie/hervorming van met name de langdurige zorg kan dit veroorzaken. Enkele bestuurders schetsen de ongelijkheid wat betreft historische last die sommige organisaties hebben. Een organisatie met veel incurant vastgoed dient dit te financieren uit dezelfde tarieven als zijn branchegenoten. Het ontbreken van een ‘level playing field’ zien zij als een belemmering in het creatief omgaan met middelen ten opzichte van anderen.

Stimuleren professionals tot innovatie

Bestuurders noemen vrijwel allemaal dezelfde bevorderende factoren voor het stimuleren van professionals tot innovatie. Het gaat hierbij om het creëren van eigenaarschap en verantwoordelijkheid zo laag mogelijk in de organisatie. De wijze waarop zij dit bereiken verschilt. Sommige bestuurders kantelen de structuur van de organisatie zodanig dat er nieuwe functies met nieuwe bevoegd- en verantwoordelijkheden ontstaan. Andere starten bij de cultuur en ontwikkelen langs de lijn van ‘zelforganisatie’. Een gevoel van urgentie wat betreft kwalitatieve en financiële prestaties bij medewerkers wordt als bevorderend genoemd. Cliënttevredenheidsmetingen, ranking, benchmarks en dergelijke worden hier voor ingezet.

Als belemmerend voor het stimuleren van professionals tot innovatie wordt genoemd dat er weinig formatieve ruimte is om te ontwikkelen en verbeteren. De werkdruk wordt als een blok aan het been omschreven. Ook de traagheid van ICT en domotica ontwikkelen is belemmerend. Medewerkers in de zorg zijn vooral “maatschappelijk georiënteerd”. Zij hebben over het algemeen weinig oog voor de risico’s die je als organisatie loopt. Dit geldt ook voor een groot deel van de medisch staf. Bestuurder Z1:

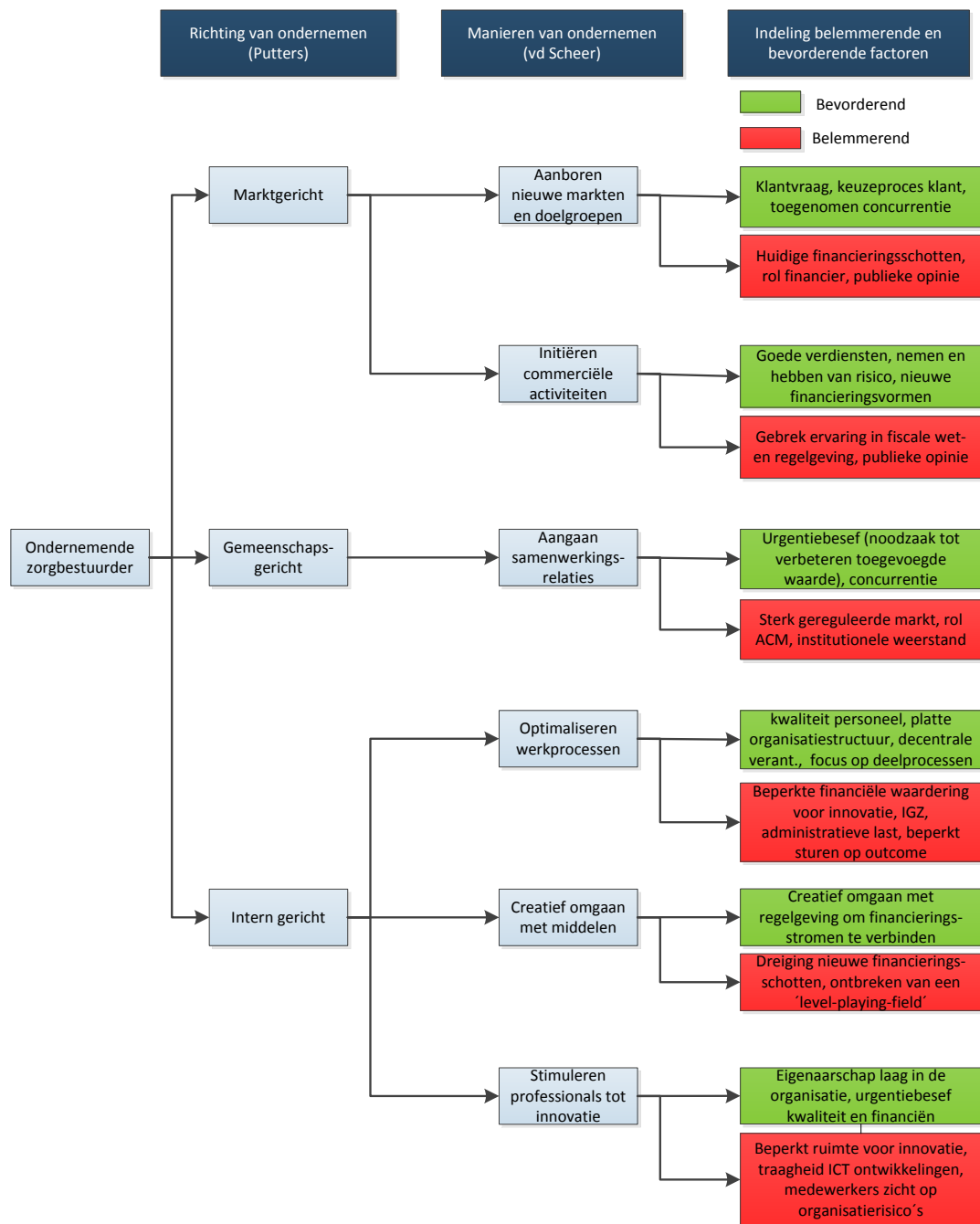
“Bij ons hadden ze het nog over de professionele autonomie, dat blokkeert alles. Vakgroepen en

maatschappen zijn echt van de 50er jaren.”

Een bestuurder schets de specifieke dynamiek die de ‘vrouwenwereld’ met zich meebrengt. Veel vrouwen die in de zorg werken zijn ook belast met mantelzorgtaken. Hierdoor is de beschikbaarheid voor het werk beperkt. Tegelijk met de krappe arbeidsmarkt in sommige regio’s is de grens van wat je van medewerkers kan vragen snel bereikt.

6.5 Conceptueel model en belemmerende en bevorderende factoren

In hoofdstuk 5 is het conceptueel model van dit onderzoek beschreven. Aan de hand van dit conceptueel model is de topiclist opgesteld die gehanteerd is tijdens de interviews. In de vorige paragraaf is een weergave gegeven van de belemmerende en bevorderende factoren per ‘manier van ondernemen’. Deze items zijn gecodeerd volgens de methodiek van ‘coding’ (Verschuren, 2010). Als de items vanuit de vorige paragraaf geclusterd worden, ziet dat er als volgt uit:



Figuur 6: Belemmerende en bevorderende factoren vanuit het empirisch onderzoek

Deze clustering van belemmerende en bevorderende factoren per manier van ondernemen, zoals die ervaren worden door de geïnterviewde zorgbestuurders, wordt verder meegenomen in de analyse in hoofdstuk 7.

Tot slot

Met het beschrijven van de belemmerende en bevorderende factoren is antwoord gegeven op deelvraag vijf: “Welke belemmerende en bevorderende factoren ervaren zorgbestuurders ten

aanzien van ondernemerschap in de praktijk.” Samengevat brengt het publiek- private domein waar de zorgorganisaties zich in bevinden algemene en specifieke belemmerende en bevorderende factoren voor ondernemerschap met zich mee. Bestuurders zijn zich bewust van de complexiteit van het systeem waarin zij moeten ondernemen. Zij geven allemaal aan dat de omgeving waarin zij werken in de komende jaren drastisch gaat veranderen.

Aanvullend op de belemmerende en bevorderende factoren per activiteit, geven bestuurders aan dat de belangrijkste bevorderende factor in de bestuurder zelf moet zitten. Het gaat om persoonlijke eigenschappen als: lef hebben, brutaliteit, gezond verstand, zelfreflectie, verantwoordelijkheidsgevoel, vasthoudendheid en geloven in eigen kracht. Zonder maatschappelijke drive is het in de zorg bijna onmogelijk om te ondernemen.

6.6 Aanbevelingen van private zorgondernemers

Een belangrijk onderdeel van het empirisch onderzoek betrof de interviews met private zorgondernemers. Drie ondernemers zijn geïnterviewd aan de hand van een topiclist (zie bijlage 2). In deze topiclist zijn de belemmerende en bevorderende factoren opgenomen vanuit de interviews met de zorgbestuurders van ziekenhuizen en VVT-organisaties. Deze belemmerende en bevorderende factoren zijn in de interviews voorgelegd aan de private zorgondernemers. In deze paragraaf worden de uitkomsten van dit gedeelte van het empirisch onderzoek beschreven aan de hand van deelvraag 6: “Welke aanbevelingen doen private zorgondernemers aan bestuurders van ziekenhuizen en VVT-organisatie hoe om te gaan met belemmerende en bevorderende factoren?”

Om na te gaan welke aanbevelingen private zorgondernemers doen, is het interessant om eerst te verkennen wat hun opvatting is over de begrippen ‘ondernemen’ en ‘ondernemerschap’. In de beschrijving is gekozen om ook deze uitkomsten van de interviews geanonimiseerd weer te geven. In de weergave van de interviews worden de drie ‘experts’ onderverdeeld in de codes ‘O1’ tm ‘O3’.

Zorgondernemer O1 omschrijft ‘ondernemerschap’ als “van niets iets maken” of “aan iets wat er al is waarde toevoegen, er iets beters van maken.” Hij stelt daarbij dat je een bijdrage moet leveren aan de maatschappij om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden. Daarbij moet de kwaliteit verbeterd worden. Over waardecreatie:

“Waardecreatie meten we aan euro’s, maar dat is niet alles. De kwaliteit van de producten en de transparantie maakt de waarde. Ga aan klanten vragen of ze voor jou kiezen, daar gaat het om.

Mensen gaan steeds meer met de voeten stemmen.”

Aanbevelingen die aan bestuurders van bestaande zorginstellingen gedaan worden ten aanzien van ondernemen door zorgondernemer O1:

- ondernemerschap begint met jezelf: in een organisatie heb je soms genoeg aan “één mafkees” met een goed idee, of je dit nu zelf bent of een ander. Als bestuurder moet je dan lef en durf hebben om deze “mafkees” zelf te zijn of te stimuleren, de rest volgt dan vanzelf;
- het helpt soms om een probleem groter te maken dan het eigenlijk is, de ‘sense-of-urgency’ kan dan helpen om ondernemen makkelijker mogelijk te maken. Een hulpmiddel is om mensen binnen de organisatie risico te laten voelen. Dan gaan ze zich anders gedragen. Participatie in de lange termijn waarde ontwikkeling, samen waarde creëren is dan het credo;
- breng focus aan. Stop met alles te doen.

“In atletiek is de 10 kamp het moeilijkst, die kan je maar 2 keer per jaar doen en je verliest altijd van de specialist op alle 10 onderdelen.”

- schenk niet teveel aandacht aan de belemmeringen die je tegenkomt bij het ondernemen.

“Ik heb dezelfde belemmeringen als het ziekenhuis. Ik werk in dezelfde wereld. We beleven de belemmeringen op dezelfde manier. Ik ben er alleen niet zo mee bezig. Dingen die echt moeten (kwaliteit en administratieve eisen) dan moet je het gewoon doen. Niet te veel energie op verliezen. Soms gewoon basaal aan de regels voldoen.”

- heb aandacht voor de gefragmenteerde waardeketens. Verandering in de ene waardeketen leidt nu tot verlies in de andere, vergelijk de huidige concurrentie tussen eerste- en tweedelijns over het uitvoeren van bepaalde medische verrichtingen. Voorstel: deel winst en verlies eerlijk met elkaar.

Zorgondernemer O2 stelt duidelijk dat hij vanuit zijn ondernemerschap niet naar de markt aan sich kijkt. Hij neemt de ‘vraag naar zorg’ als uitgangspunt. Het gaat bij hem om ‘patiëntwaarden’, dat is zijn uitgangspunt. Eerst waardecreatie en dan pas zien welke organisatievorm daar omheen past. Het huidige probleem is in zijn ogen dat teveel naar instituties gekeken wordt en het streven tot behoud van deze instituties. Bestuurders van bestaande instituties proberen te veel vast te houden aan de organisatie of organisatievorm die ze al hebben. De instituties staan dan echte waardecreatie in de weg. De instituties blijven in zijn ogen in stand omdat ze gefinancierd worden. Een voorbeeld van zorgondernemer O2 uit zijn eigen ervaring:

“Maar de waarde voor de maatschappij is iets anders. Ze blijven in stand omdat ze gefinancierd

worden. Daar gaat het mis. Waarom moet ik vrij nemen om met mijn dochter naar de huisarts te gaan? Omdat de huisarts voor een consult in zijn praktijk beter betaald wordt dan voor een telefonisch consult. Dit staat symbool voor hoe het misgaat tussen waarde en financiering. Overal gaat dit goed behalve in de zorg.”

Factoren die van toenemend belang zijn om te gaan ondernemen voor bestuurders in de zorg, zijn volgens zorgondernemer O2:

- impact van technologie:

“Wat gaat de impact worden van technologie? Vergis je niet! Over 5 jaar hebben wij trans-Europese aanbieders van diabeteszorg. Big data en gepersonaliseerde protocollen. Huidige bestuurders en specialisten zeggen nu dat het niet zo is omdat de maatschap dat niet toestaat etc.... Onzin!”

- rol van financiers:

“Komende 5 jaar gaan we in de hele zorg een scheiding krijgen tussen kennisontwikkeling en patiëntendata. Voor veel zorg is immers geen fysiek contact meer nodig. Deze prikkel dat dit gaat gebeuren moet van financiers komen. Zij moeten lef hebben om geld uit het systeem te halen.”

- toenemend belang voor kwaliteitsparameters. Zorgondernemer O2 stelt dat het meetbaar maken van ‘toegevoegde waarde’ enorm belangrijk wordt. Maak bijvoorbeeld transparant voor de patiënt hoeveel keer een chirurg een bepaalde ingreep verricht heeft en hoe vaak dit zonder complicaties verlopen is. Dit is wat de patiënt wil weten.

Aanbevelingen die aan bestuurders van bestaande zorginstellingen gedaan worden ten aanzien van ondernemen door zorgondernemer O2:

- organisatie ontmantelen. Defusie a la Philips. Fusie leidt na het fusieproces tot drie jaar ‘navelstaren’ en tot ‘intern pionnetjes verschuiven’. Organisatie uit elkaar trekken in verschillende units, deze onafhankelijk besturen en laten deelnemen aan (inter)nationale netwerken;
- kies voor een heldere focus. Door netwerkvorming (internationaal) krijg je specialistische focus. Een voorbeeld hiervan zijn borstkankerklinieken. Over vijf jaar is de verwachting dat er 10 landelijke centra zijn. Veroorzaakt door technologische en wetenschappelijke ontwikkelingen;
- gericht investeren in ICT en hardware. Juist om uitkomsten van zorg meer meetbaar en transparant te maken;

- organisaties moeten durven kiezen voor een heldere strategische profieldiscussie. Als organisatie moet je een visie hebben waar je eigenlijk voor staat. Ga in een regio niet allemaal hetzelfde doen;
- zie ondernemerschap niet als een doel op zich, maar als een middel om tot een bepaald doel te komen. Je doel wordt dan bepaald door antwoord te geven op welke kwaliteit, welke markt, welke kosten, welke technologie;
- zie ondernemen niet als het 'nemen van risico'. Ondernemers willen het risico juist beperken en overzichtelijk houden. Ambtenaren houden van risico en kunnen dit ook nemen (voorbeeld: 100 miljoen investeren in een tunnel).

Zorgondernemer O3 omschrijft 'ondernemerschap' als het zien van kansen, niches en nieuwe markten. Het gaat om denken buiten de gebaande paden om en om het aanpassen aan de veranderende omgeving. En vervolgens weten hoe je je daarop moet richten en hoe je je organisatie moet inrichten. Van belang is om dan ook de juiste medewerkers aan je te binden: gemotiveerd en betrokken bij de organisatiedoelstellingen. Aanbevelingen die zorgondernemer O3 doet aan bestuurders van bestaande organisaties in de zorg:

- creëer eigenaarschap dichtbij het primaire proces. Het kan dan gaan om het opstellen van gedeelde en gedragen kwaliteitsnormen, maar kan ook gaan om financiële betrokkenheid. Een voorbeeld daarvan is aandeelhouderschap van medisch specialisten bij de eigen organisatie;
- ga samenwerkingsrelaties aan binnen je organisatienetwerk. Als je dit niet doet, kun je je als organisatie isoleren. Samenwerkingsrelaties, zoals fusie, allianties, samenwerking tussen eerstelijns-tweedelijn e.a., leiden tot minder risico voor je eigen organisatie. Ook dit is ondernemen;
- maak een duidelijke keuze voor het profiel van je organisatie, werk dit uit en handel daarnaar.

Aanvullend geven de respondenten aan dat de belangrijkste bevorderende factor in de bestuurder zelf moet zitten. Het gaat, zo zeggen zij, om persoonlijke eigenschappen als: lef hebben, brutaliteit, gezond verstand, zelfreflectie, verantwoordelijkheidsgevoel, vasthoudendheid en geloven in eigen kracht.

Samengevat stellen alle private zorgondernemers dat er bij ondernemen en ondernemerschap sprake moet zijn van toegevoegde klantwaarde. Zij beginnen bij de bron, in dit geval de patiënt. Wat

heeft deze nodig? En wat is de toegevoegde waarde aan datgene wat al bestaat in de markt? Op die wezenlijke vragen moet je als bestuurder een antwoord kunnen formuleren. Van belang is om als organisatie dan voor een heldere focus te kiezen waarbij de belofte rondom klantwaarde ook daadwerkelijk wordt waargemaakt. Hierbij moet deze klantwaarde ook meetbaar gemaakt worden door outcome indicatoren.

6.7 Afsluiting

In dit hoofdstuk is vanuit empirisch onderzoek een antwoord gegeven op de zesde deelvraag “ Welke aanbevelingen doen zorgbestuurders van private zorgorganisaties aan bestuurders van ziekenhuizen en VVT-organisaties hoe om te gaan met belemmerende en bevorderende factoren?”

In het volgende hoofdstuk worden de uitkomsten van het literatuuronderzoek en het empirisch onderzoek met elkaar in verbinding gebracht, vervolgens wordt aan de hand van een interpretatiemodel beschreven hoe uiteindelijk een antwoord kan worden geformuleerd op de centrale vraagstelling van het onderzoek.

7. Analyse

7.1 Inleiding

Om de resultaten van het empirisch onderzoek nader te kunnen duiden en om uiteindelijk een antwoord te kunnen geven op de centrale vraagstelling, wordt in dit hoofdstuk een interpretatiemodel beschreven. Dit model maakt het mogelijk om de belemmerende en bevorderende factoren die zorgbestuurders van ziekenhuizen en VVT-organisaties ervaren en de aanbevelingen die private zorgondernemers doen, te vertalen in een aanbeveling aan bestuurders over hoe zij vorm en inhoud kunnen geven aan ondernemerschap. Om tot dit interpretatiemodel te komen, wordt eerst de uitkomst uit de empirie ten aanzien van 'toegevoegde klantwaarde' gekoppeld aan de literatuur. Daarmee wordt een 'theoretisch uitstapje' gemaakt dat noodzakelijk is om te komen tot het interpretatiemodel. Het gekozen interpretatiemodel vormt vervolgens een hulpmiddel om te komen tot beantwoording van de centrale vraagstelling.

7.2 Noodzaak tot waardecreatie? Een 'theoretisch uitstapje'

In enkele interviews met bestuurders en in alle interviews met private zorgondernemers werd genoemd dat ondernemen niet begint bij de eigen organisatie of bij het begrip om geld te verdienen, maar dat gestart wordt bij 'waarden'. Private zorgondernemers noemen waardecreatie of waardetoevoeging specifiek als startpunt van hun ondernemerschap. Eén van de zorgondernemers formuleert dit als volgt:

"Ik kijk niet naar de markt. Ik kijk naar het zorgcontinuüm en de vraag. Als je waarde genereert, ontstaat er vanzelf een venture omheen. Eerst waardecreatie en dan pas zien wie wat doet".

Er is volgens deze bestuurders een situatie in de gezondheidszorg ontstaan waarbij organisaties meer zouden moeten kijken waar de 'toegevoegde waarde' van hun organisatie ligt. Hun huidige manier van 'organiseren', maar ook van 'ondernemen' is in het huidig tijdsgewricht, waarbij transitie een belangrijk uitgangspunt vormt, niet meer passend.

Vanuit deze constatering dat 'waardecreatie' zo'n belangrijk fenomeen is in het ondernemerschap van private zorgondernemers en een aantal zorgbestuurders, is gezocht naar literatuur waarin de noodzaak tot 'waardecreatie' in de zorg beschreven wordt. Porter en Teisberg hebben over 'waarde', 'waardecreatie' en 'waardeverhoging in de gezondheidszorg' in 2005 een boek geschreven: 'Redefining Healthcare' (Porter en Teisberg, 2005). Zij stellen dat het huidige systeem van gezondheidszorg niet langer kan blijven bestaan. Het systeem moet anders georganiseerd worden en moet 'waardetoevoeging' als uitgangspunt krijgen. Alhoewel hun boek gaat over het Amerikaanse gezondheidszorgsysteem, heeft de geschetste problematiek en de oplossingsrichting zeker aanknopingspunten met het Nederlandse systeem.

Porter en Teisberg beginnen in 'Redefining Healthcare' met het beschrijven van de redenen waarom het gezondheidszorgsysteem niet goed werkt. Zij spreken er over dat de huidige organisatie van gezondheidszorg een verkeerd doel nastreeft: het gaat om vermindering van kosten in plaats van het verhogen van waarde. Het gaat om een verkeerde definitie van het geleverde product: gezondheidszorg wordt gezien als een consumptieartikel en niet als een unieke behandeling tussen een arts en een patiënt. Het gaat om een verkeerde strategie van aanbieders: zij zijn gericht op het leveren van zorg in de breedte en realiseren dit o.a. door het aangaan van fusies om zorg vanuit een grote aanbieder te kunnen leveren. De incentives voor de aanbieders zijn gericht op: groter worden, betaling per behandeling en beloning van invasieve (chirurgische) behandeling. De patiënt heeft in het systeem geen of weinig invloed en een beperkte verantwoordelijkheid ten aanzien van zijn eigen behandeling.

Porter en Teisberg beschrijven dat organisaties met elkaar de concurrentie zoeken, maar dat dit eigenlijk niets oplevert en zeker geen waarde toevoegt aan het systeem. Zij noemen dit 'zero sum competition': niemand wint bij deze manier van concurreren. De winst van de ene organisatie leidt tot verlies van de andere organisatie. Concurrentie is hierbij gericht op het afschuiven van kosten aan een andere partij om zelf minder kosten te maken. Het is gericht op het vergroten van onderhandelingsmacht van organisaties, het vasthouden van cliënten en het limiteren van hun keuzes en het verminderen van het aantal diensten om de winst te verhogen en de kosten laag te houden. Dit alles leidt tot een beperktere keuze voor de patiënt en tot een lager serviceniveau voor de patiënt.

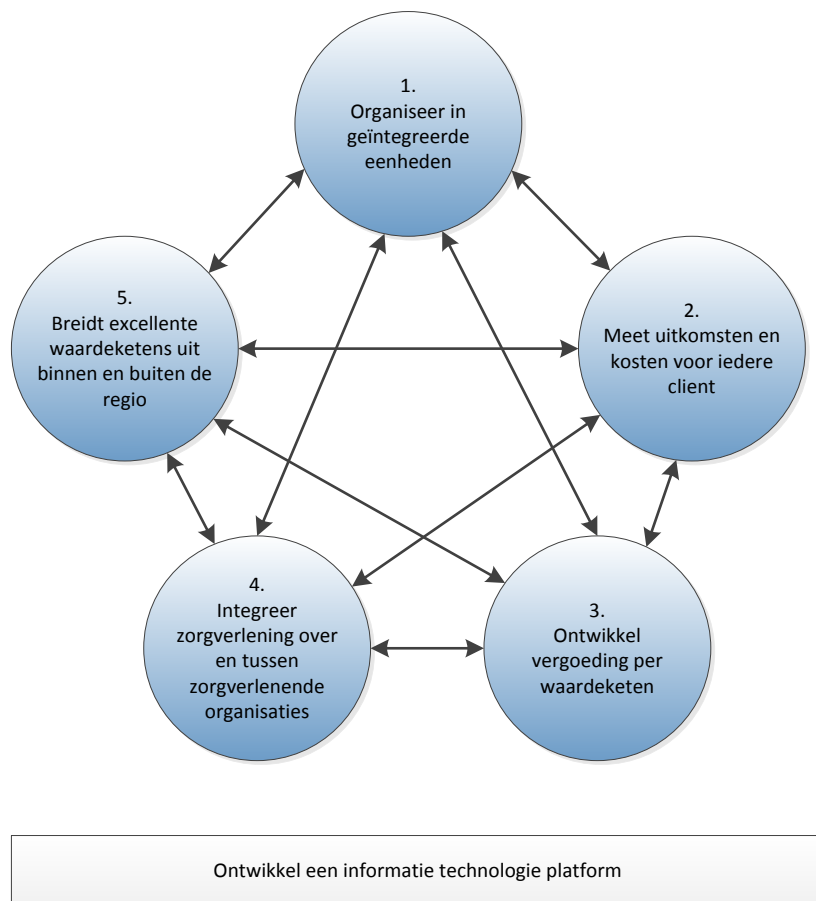
Omdat 'zero sum competition' niet werkt en geen waarde aan het systeem toevoegt, introduceren Porter en Teisman het begrip 'positive sum competition'. Voor de gezondheidszorg betekent dit dat de focus in de gezondheidszorg moet liggen op waardetoevoeging voor patiënten, niet alleen op het verlagen van kosten. Porter stelt hierbij dat het verbeteren van kwaliteit en het toevoegen van

waarde uiteindelijk zelfs leidt tot lagere kosten. 'Positive sum competition' betekent ook dat waarde wordt verhoogd door focus op het niveau van de aandoening : de zorg wordt gericht op de 'full cycle of care' behorende bij een specifieke zorgvraag, dus van preventie, behandeling/zorg tot nazorg. Concurrentie moet hierbij niet alleen lokaal plaatsvinden, maar regionaal, nationaal en zelfs internationaal. Van belang is het om informatie op het gebied van resultaten en prijs te verzamelen en breed beschikbaar te stellen. Innovaties die waarde verhogend zijn, moeten actief gestimuleerd worden en moeten sterk gewaardeerd worden.

Samengevat dient het overstijgende doel voor zorgverleners te zijn dat de waarde in het zorgproces verbeterd wordt. Waarde wordt hierbij gedefinieerd als (Porter en Lee, 2013): "the health outcomes achieved that matter to patients relative to the cost of achieving those outcomes. Improving value requires either improving one or more outcomes without raising costs or lowering costs without compromising outcomes, or both. Failure to improve value means, well, failure."

7.3 Interpretatiemodel

In het 'theoretisch uitstapje' uit voorgaande paragraaf blijkt dat, om waarde in het zorgproces te verbeteren, er gestreefd moet worden naar 'positive sum competition'. Om deze verbetering van het zorgproces na te streven, heeft Porter een 'model voor verandering' beschreven: "the value agenda" (Porter en Lee, 2013). Dit model bestaat uit zes elkaar wederzijds beïnvloedende onderdelen: organiseren rondom het niveau van de aandoening van de patiënt (en niet rondom het specialisme van de medisch specialist), meetbaar maken van kosten en resultaten voor iedere patiënt, ontwikkelen van gebundelde prijzen voor de totale zorgketen, integreren van zorg over verschillende organisaties heen, vergroten van de geografische reikwijdte en het bouwen van een goed IT-platform om dit te verbinden en transparant te maken. Modelmatig weergegeven (Porter en Lee, 2013):



Figuur 7: The value agenda. The strategic agenda for moving to a high value health care delivery system (Porter en Lee, 2013)

‘The Value Agenda’ nader uitgewerkt

Het huidige systeem in Nederland is nog georganiseerd in ‘schotten’ zoals de eerste, tweede en derde lijn. In het bovenstaande model van Porter wordt gesteld dat zorg georganiseerd moet worden vanuit geïntegreerde eenheden van zorg (stap 1). De zorg wordt verleend door een organisatie-overstijgend en multidisciplinair team dat op meerdere locaties werkzaam kan zijn. Dit team is verantwoordelijk voor het totale zorgaanbod, geleverd vanuit deze eenheid. Vervolgens moet voor alle patiënten de uitkomsten van het zorgverleningsproces en de kosten van de zorgverlening gemeten worden en ook bekend gemaakt worden (stap 2). De volgende stap is om te komen tot een vergoeding voor de totale waardeketen in het specifieke zorgproces (stap 3). Niet meer een ‘fee-for-service’ of een ‘aanneemsom’, maar een financiering voor een patiënt voor het totale zorgproces binnen de waardeketen. Hiermee wordt de samenwerking binnen het team bevorderd en door de ‘gebundelde kosten’ wordt gestimuleerd om geen onnodige kosten te maken. De zorgverlening moet geïntegreerd worden over en tussen zorgverlenende organisaties (stap 4). Dit om te voorkomen dat zorg gefragmenteerd wordt aangeboden en om concentratie en spreiding mogelijk te maken over

een of meerdere locaties/organisaties. Voor de betrokken organisaties betekent dit dat zij moeten kiezen voor een heldere focus, zorg moeten concentreren op een locatie en zorg moeten integreren over de locaties/organisaties heen.

Als het gaat om het verbeteren van waarde in het totale zorgproces, moet dit niet alleen lokaal ontwikkeld worden, maar ook regionaal, nationaal of zelfs internationaal (stap 5). Het verspreiden van kennis en ervaring over organisaties heen wordt makkelijker als dit breed ontwikkeld en gedeeld wordt. Porter spreekt hierbij ook wel over een 'hub' en 'satellites': een behandeling vindt plaats op een 'hub' locatie, nazorg vindt plaats in een 'satellite' dichtbij de zorgvrager op meer kleinschaliger en kosteneffectieve locaties. Om deze vijf stappen mogelijk te maken, moet dit gefaciliteerd worden door een ondersteunend IT-platform. Dit platform dient gecentreerd te worden rondom de patiënt, waarbij het uitwisselen van patiëntdata, het registreren en extraheren van outcomevariabelen en inzage door alle bij de waardeketen betrokken zorgverleners gewaarborgd is.

Zoals eerder beschreven noemden enkele bestuurders en alle private zorgondernemers in de interviews 'klantwaarde' als uitgangspunt voor hun ondernemerschap in de gezondheidszorg. Porter stelt dat 'waarde' en het organiseren van 'klantwaarde' in de zes stappen noodzakelijk zijn om de gezondheidszorg toekomstbestendig en van hoge kwaliteit te maken. De vraag komt op wat het op deze manier organiseren betekent voor de bestuurders en voor hun ondernemerschap: hoe kun je ondernemen vanuit klantwaarde?

7.4 Waardegedreven ondernemen

Private zorgondernemers uit het onderzoek lijken zich in hun ondernemerschap bewust van de noodzaak te streven naar waarde voor patiënten. Daarentegen werken nog veel bestuurders vanuit een paradigma gericht op financiële opbrengst voor de eigen organisatie. Zoals in de voorgaande paragraaf beschreven, gebruikt Porter hiervoor de term: 'zero sum competition': concurrentie die geen waarde toevoegt aan het systeem, maar waar risico's en kosten van partij naar partij worden afgeschoven. Het is de taak voor bestuurders om in hun ondernemerschap niet de eigen organisatie centraal te stellen maar de waarde voor de klant.

Doordat de bestuurders vaak nog gericht zijn op relatieve kostenstijgingen ten opzichte van voorgaande jaren streven zij naar doelmatigheid: goede kwaliteit tegen zo laag mogelijke kosten. Door het gebrek aan transparantie leidt dit echter niet automatisch tot betere zorg per uitgegeven euro. Ook de verkooprelatie van de zorgverzekeraar met de klant blijft diffuus. Immers, doordat de

zorgverzekeraar de kwaliteit van de zorginkoop niet transparant kan maken, blijft de zorgverzekering een inhoudelijk homogeen product en is alleen de prijs onderscheidend.

Het onderscheid naar verschillende typen zorg voor verschillende typen klanten met verschillende soorten zorgvragen wordt door bestuurders beperkt gemaakt. Ook in landelijk beleid, bijvoorbeeld in de DBC systematiek die zowel de acute, electieve als topklinische bekostiging moet ondersteunen, of de ZZP's die van toepassing zijn op de Gehandicapten Zorg, de langdurige GGZ en de Verpleging en Verzorging wordt de zorg nog altijd gezien als een bestel van homogene producten. Zowel de kwaliteit, kostprijzen als de reële ontwikkeling van de zorgvraag zijn vaak nog grote onbekenden. Ondanks dat er dus veel gebeurt in de sector is er weinig zicht op wat er precies gebeurt en wat dat oplevert in termen van waarde voor de patiënt. Hierdoor resteert kostenreductie, zowel op macroniveau (bij de overheid), als binnen instellingen en bij zorgverzekeraars.

Bestuurders zijn het er over eens dat burgers zich in toenemende mate (laten) informeren en adviseren om, de keuze voor de beste zorg te maken. Zij zullen zagezegd gaan 'stemmen met de voeten'. Veel partijen bundelen hun krachten door middel van fusie om de veronderstelde vruchten van schaalgrootte te kunnen plukken en om een veronderstelde toekomst vaste positie op de markt te verwerven. Hierdoor wordt de keuze in het aanbod voor de patiënt juist teruggebracht. Door beperkte strategische keuzes in het zorgaanbod voor specifieke producten en diensten blijven de instellingen voornamelijk een breed spectrum aan zorg leveren.

In 2008 is in opdracht van toenmalig minister Klink, een verkenning gedaan naar wat het gedachtegoed van Porter zou kunnen betekenen voor de gezondheidszorg in Nederland. Hieruit is het rapport 'Waardecreatie in de zorg' ontstaan (Boer en Croon, 2008). Ook uit dit rapport blijkt dat bestuurders weliswaar het belang van waardecreatie voor patiënten erkennen, maar dit vervolgens onvoldoende vertalen naar de toegevoegde waarde die de bestaande organisatie met het bestaande aanbod heeft of kan hebben. De bestuurder gaat voorbij, zo wordt in het rapport gesteld, aan het feit dat voor de patiënt niet zozeer "een ziekenhuis" of "de wijkverpleging" relevant is, maar wat de zorgverleners, in samenwerking met alle benodigde zorgaanbieders, aanbieden voor zijn of haar ziektebeeld.

Een bestuurder zal, zo wordt in 'Waardecreatie in de zorg' (Boer en Croon, 2008) omschreven, moeten streven naar 'waardegedreven ondernemen'. Hij zal nadrukkelijk keuzes moeten maken in het zorgaanbod en kiezen voor het bedienen van specifieke patiëntengroepen. Dus niet meer in de regio de brede aanbieder zijn, maar gerichte keuzes maken in het bereik en het type dienstverlening voor bepaalde patiëntengroepen met bepaalde aandoeningen/zorgvragen. Focus op de zorgvraag betekent het ontwikkelen van samenhangende zorgproducten over de eigen organisatiegrenzen, het

realiseren van 'best practices' en innoveren. Het gaat zo beschouwd om samenwerking in de keten/netwerk gericht op de 'full cycle of care' behorende bij een specifieke zorgvraag, dus van preventie, behandeling/zorg tot nazorg.

Bij de focus op specifieke aandoeningen hoort de ontwikkeling van methoden en technieken rond bijpassende product-patiëntcombinaties. Alleen zo wordt ervaring opgedaan en ontstaat kennis en expertise, en ruimte voor innovatie. Hiermee wordt excellentie middels differentiatie en specialisatie gerealiseerd. Het gaat om het resultaat en onderscheidend vermogen bezien vanuit wat patiënten het meest nodig hebben. De behoefte van de patiënt wordt zo de basis voor het vermarkten van diensten. Werkelijke excellentie en differentiatie maken het mogelijk niet alleen de lokale, maar ook landelijke of zelfs Europese concurrentie aan te gaan. De aandoening wordt het perspectief voor het oplossen van interne sturingsvraagstukken en het realiseren van verbeteringen en doelmatigheid.

Bestuurders zullen moeten sturen op de resultaten van hun waardegedreven ondernemerschap. Het meten van resultaten is cruciaal. ICT zal dit met het oog op efficiëntie en continuïteit moeten gaan ondersteunen. Meten heeft niet enkel een intern doel, resultaten dienen ook gepubliceerd te worden aan de buitenwacht. Het publiek maken van goede resultaten wordt beloond middels het aantrekken van patiënten. Als bestuurders beginnen met het publiek maken van informatie over kwaliteit wordt daarmee uiteindelijk ook transparantie afgedwongen bij anderen.

Uiteindelijk ligt de directe verantwoordelijkheid voor het leveren van goede zorg bij de professionals, ingevuld vanuit de professionele kennis. Zij zijn direct verantwoordelijk voor het creëren van waarde voor de patiënt. De huidige arbeidsdifferentiatie en fragmentatie, waarbij de zorg benaderd wordt als een productieproces dat in kleine stappen kan worden verdeeld, leidt ertoe dat niemand meer overzicht lijkt te hebben, of de verantwoordelijkheid draagt voor het grotere geheel.

Aan de professionals de taak samen te werken, de zorg op maat te snijden voor de specifieke populatie en/of patiënt en de onderlinge samenhang in de zorg te bewaken. Professionals dienen hiervoor te beschikken over een zekere mate van regelvermogen. Regelvermogen gaat over de zelfstandigheid van de professional om binnen kaders in te spelen op de veranderlijkheid in de omgeving. Het vergt betrokkenheid en eigenaarschap op alle niveaus binnen de organisatie. Er zijn diverse wijzen waarop dit gestimuleerd kan worden. Eén van de voorbeelden is het concept van zelfsturing/zelforganisatie zoals dat momenteel met name bij VVT-organisaties ontwikkeld wordt. Een verdergaand gevoel van 'eigenaarschap' is de situatie waarbij de professionals financieel risico lopen door (letterlijk) een financieel aandeel in de organisatie te hebben.

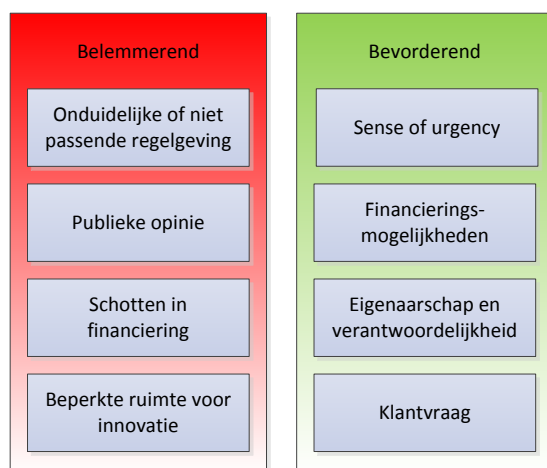
Als uitgangspunt kan gesteld worden dat waardegedreven ondernemen tot stand komt als alle partijen zich hierop richten. Het zijn in de keten immers niet de organisaties die centraal staan maar

het systeem waar zij deel vanuit maken. Niet bewegen van partijen wordt in een veld waarin keuze is ontstaan uiteindelijk door klanten afgestraft. Alle partijen kunnen de vruchten plukken van waardecreatie. Degene die het eerst beweegt kan voordeel verkrijgen door marktaandeel te winnen en klanten aan zich te binden en (goed) personeel en investeerders aan te trekken. De beloning is binnen handbereik!

7.5 Koppeling van conceptueel model en interpretatiemodel aan ‘waardegedreven ondernemen’

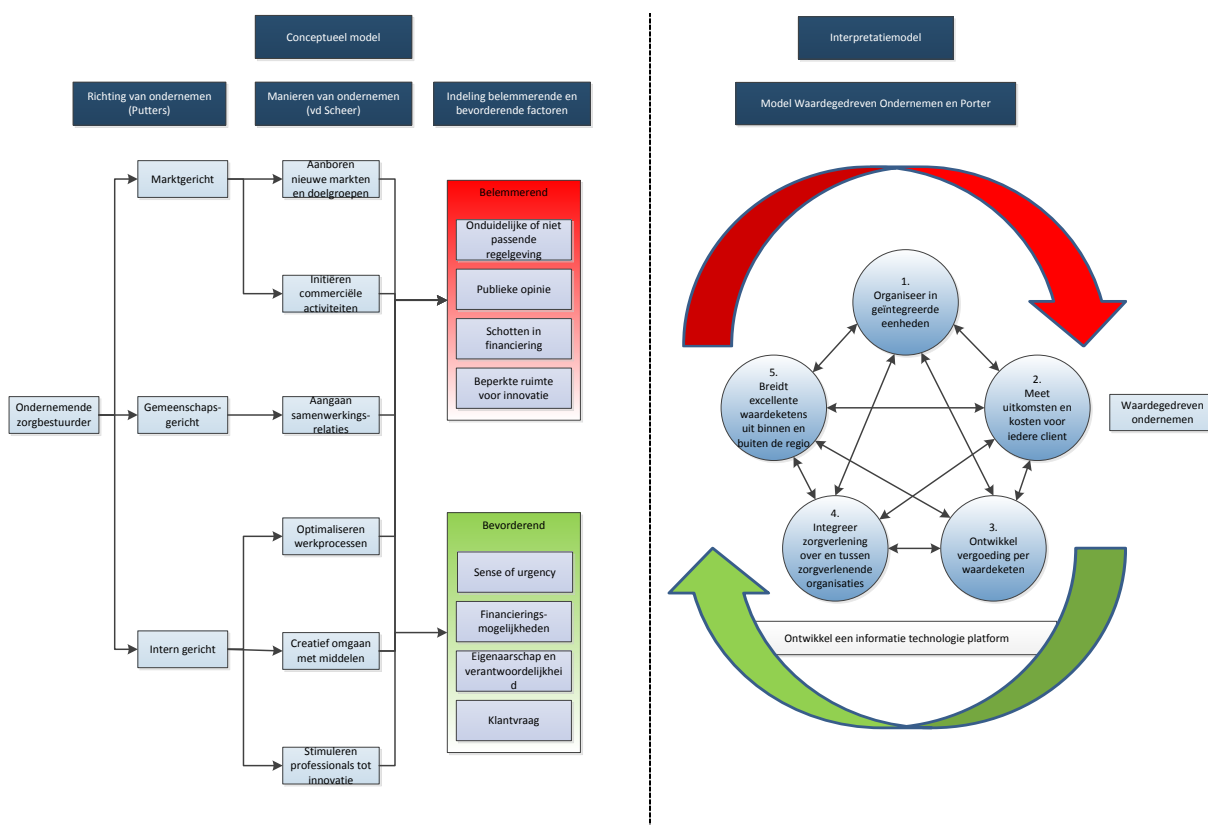
In hoofdstuk 5 is in het conceptueel model een koppeling gemaakt tussen de indeling die Putters (2010) maakt over richting van ondernemen en de indeling zoals Van der Scheer (2013) die beschrijft over manieren van ondernemen. Deze koppeling is gemaakt op basis van de logische indeling dat bij ‘marktgericht ondernemen’ de bestuurder zich bezighoudt met het ‘aanboren van nieuwe markten en doelgroepen’ en het ‘initiëren van commerciële activiteiten’ en dat hij zich bij ‘gemeenschapsgericht ondernemen’ richt op het ‘aangaan van samenwerkingsrelaties’ door samenwerking in de keten en tussen en over organisaties heen. ‘Intern gericht ondernemen’ betreft het ondernemen gericht op de interne organisatie en gaat uit van het ‘optimaliseren van werkprocessen’, ‘creatief omgaan met middelen’ en het ‘stimuleren van professionals tot innovatie’.

In het empirisch onderzoek is gevraagd naar belemmerende en bevorderende factoren die de zorgbestuurder ervaart in zijn ondernemerschap. In hoofdstuk 6 zijn in figuur 6 de uitkomsten hiervan beschreven voor elke ‘manier van ondernemen’. Om inzicht te krijgen in deze factoren en uiteindelijk antwoord te kunnen geven op de centrale vraag, zijn de belemmerende en bevorderende factoren geclusterd (figuur 8). Deze clustering is noodzakelijk omdat er een zekere mate van overlap bestaat in de verschillende belemmerende en bevorderende factoren die te maken hebben met de financiering, de organisatievorm, de publieke opinie, de klantvraag en dergelijke. Er is middels ‘selective coding’ gekozen voor de volgende clustering:



Figuur 8: Belemmerende en bevorderende factoren van ondernemerschap voor zorgbestuurders

In onderstaande figuur 9 zijn het conceptueel model, aangevuld met de clustering van belemmerende en bevorderende factoren, en het interpretatiemodel 'value agenda' van Porter naast elkaar geplaatst.



Figuur 9: Conceptueel model en Interpretatiemodel (zie ook bijlage 3)

Alhoewel het conceptueel model en het interpretatiemodel twee verschillende modellen zijn, is het mogelijk om deze met elkaar in verbinding te brengen. Aan het interpretatiemodel zijn twee pijlen toegevoegd: een groene en een rode. De kleuren van de pijlen komen overeen met de kleuren van de bevorderende (groen) en belemmerende (rood) factoren. Om de koppeling tussen conceptueel model en interpretatiemodel te maken, luidt de redenering als volgt: Een ondernemende zorgbestuurder ervaart in 'zijn' ondernemerschap (d.w.z. richting en manier van ondernemen) belemmerende en bevorderende factoren. Om deze belemmerende factoren het hoofd te kunnen bieden en optimaal de bevorderende factoren te kunnen benutten, kan de bestuurder kiezen om dit te doen aan de hand van Porter's 'value agenda'. Deze aanpak leidt tot de aanbeveling om waardegedreven te ondernemen. Met de koppeling van 'the value agenda' (figuur 7) aan waardegedreven ondernemen, is het interpretatiemodel verkend, beschreven en onderbouwd. Hiermee is antwoord gegeven op deelvraag 7 "Op welke manier kan een interpretatiemodel gebruikt worden om aan zorgbestuurders van ziekenhuizen en VVT-organisaties aanbevelingen te doen hoe zij kunnen omgaan met belemmerende en bevorderende factoren ten aanzien van hun ondernemerschap?"

7.6 Conclusie

Vanuit het onderzoek is geconcludeerd dat de betrokken zorgbestuurders belemmerende en bevorderende factoren ten aanzien van hun ondernemerschap ervaren. Zij zien vrijwel allen de noodzaak om (meer) te gaan ondernemen, juist als een van de antwoorden op het vraagstuk met betrekking tot de continuïteit van hun organisatie in de huidige transitiefase. Aanbevelingen van private zorgondernemers zijn gebruikt om inzicht te krijgen in hoe zorgbestuurders kunnen omgaan met belemmerende en bevorderende factoren en hoe zij ondernemerschap optimaal kunnen inzetten. Private zorgondernemers houden een pleidooi om de toegevoegde waarde voor die cliënt te gebruiken als basis voor ondernemerschap. In dit hoofdstuk is gezocht naar een interpretatiemodel hoe aan deze vorm van 'toegevoegde waarde' vorm en inhoud gegeven kan worden. Dit is gevonden in het model van Porter rondom 'the value agenda' wat voortbordurt op zijn boek 'Redefining Healthcare'. Het pleidooi van Porter voor waardecreatie is in het onderzoek vervolgens gekoppeld aan het conceptueel model en interpretatiemodel en leidt tot de beantwoording van de centrale vraagstelling. Het antwoord luidt: maak gebruik van de principes van waardegedreven ondernemen, en benut hiervoor de bevorderende factoren 'sense of urgency', 'financieringsmogelijkheden', 'eigenaarschap en verantwoordelijkheid' en 'klantvraag' om aan

ondernemerschap vorm en inhoud te geven. In het volgende hoofdstuk wordt aanvullend op de beschouwing een aantal aanbevelingen gedaan aan zorgbestuurders over hoe zij concreet invulling kunnen geven aan de inzichten uit de thesis.

8. Slotbeschouwing

8.1 Inleiding

In het laatste hoofdstuk van deze thesis wordt met ‘enige afstand’ gereflecteerd op het onderzoek en de uitkomsten daarvan. In de beschouwing worden ‘besturing’ en ‘leiderschap’ aangehaald als relevante thema’s die zich hebben geopenbaard tijdens het onderzoek. Afgesloten wordt met aanbevelingen aan bestuurders over hoe zij kunnen omgaan met belemmerende en bevorderende factoren bij ondernemerschap.

In de 13 interviews hebben wij te maken gehad met bijzondere personen en persoonlijkheden. De gesprekken, en zeker de onderlinge vergelijking van de gesprekken, hebben een goed beeld gegeven van de praktijk van de ‘zorgbestuurder’ in het algemeen en zijn ondernemerschap in het bijzonder.

De selectie van de bestuurders, de omvang van het onderzoek alsmede het onderzoeksmodel leiden, zoals beschreven in hoofdstuk 1.6, tot een beperkte validiteit en betrouwbaarheid. De generaliseerbaarheid van de resultaten is daarmee beperkt.

Wellicht hebben bestuurders gesproken vanuit hun eigen voorkeur en/of stijl van besturen en hebben zij hun (organisatie)context en het feitelijke handelen wat losgelaten. Desalniettemin vormt het onderzoek een basis voor een beter begrip van ‘ondernemerschap’ en kan het leiden tot een waardevolle en brede discussie over ‘waardegedreven ondernemen’.

Vooraf was bedacht dat er mogelijk verschil zou bestaan in het ondernemerschap tussen zorgbestuurders in ziekenhuizen en zorgbestuurders in VVT-organisaties. In de literatuur werd dat, zij het voorzichtig, wel genoemd. Aanname was dat ziekenhuisbestuurders zich meer zouden richten op intern ondernemerschap en dat bestuurders uit VVT-organisaties zich meer zouden richten op marktgericht en gemeenschapsgericht ondernemen. Vanuit het empirisch onderzoek is dat niet geconstateerd.

8.2 Beschouwing

Besturing

De helft van de geïnterviewde bestuurders geeft aan met name 'intern gericht' te ondernemen. Zij zijn vooral bezig met het 'optimaliseren van werkprocessen', 'creatief omgaan met middelen' en het 'stimuleren van professionals tot innovatie'. Zij ervaren een zekere 'sense of urgency' om binnen de heersende dynamiek grip te houden op de organisatie en lijken daarom zelf bezig met de verbetering en vernieuwing van de organisatie op het gebied van zorgverlening en bedrijfsvoering.

Het optimaliseren van werkprocessen ofwel procesverbetering kan een belangrijke katalysator zijn voor 'waardegedreven ondernemen'. Immers bij ketenvorming, netwerksamenwerking en het vergroten van eigenaarschap van medewerkers in het primair proces heeft het denken in en vanuit processen belangrijke toegevoegde waarde. Het proces dient, zoals ook Porter stelt, dan echter wel te bestaan uit een logisch bij elkaar horende set van klanten, leveranciers, producten en/of diensten, activiteiten die deze producten en/of diensten voortbrengen en doelstellingen. In de meest ultieme vorm van een procesorganisatie vallen processen en organisatieonderdelen samen. Hierdoor kunnen (kleine) resultaat-eenheden (in tegenstelling tot businessunits) ontstaan, die binnen het geheel een grote mate van zelfstandigheid hebben met minimale onderlinge coördinatie-noodzaak. Sturing op een vooraf goed omschreven en transparant resultaat wordt hierdoor mogelijk waardoor 'regelvermogen' door professionals zo dicht mogelijk bij de klant wordt afgedwongen.

Processen in een organisatie zijn op verschillende abstractieniveaus te benoemen, vanaf strategisch niveau tot en met de uitvoering. Indien bestuurders met te weinig zicht op de klant processen optimaliseren verliezen zij aan toegevoegde waarde voor de klant. De focus op (het behoud van) de eigen organisatie krijgt hierdoor de aandacht waardoor een onbedoelde en zichzelf versterkende negatieve vicieuze cirkel ontstaat. Het 'stimuleren van professionals tot innovatie' en het 'creatief omgaan met middelen' leidt dan juist tot een suboptimaal resultaat.

Bestuurders begrijpen hoe het systeem als geheel functioneert op macro/strategisch niveau. Op dit niveau weten zij hoe resultaten tot stand komen en dus kunnen zij veranderingen aanbrengen en keuzes maken. Ondernemende activiteiten die hierbij passen zijn: 'aanboren nieuwe markten en doelgroepen' en 'initiëren van commerciële activiteiten'. Daarentegen hebben zij veel minder zicht op het primair proces en welke verbeteringen er nodig zijn om de toegevoegde waarde in de directe interactie met de klant te vergroten. Dit antwoord ligt verscholen in de directe relatie tussen professional en klant. Zij zijn dus aan zet om 'werkprocessen te optimaliseren', 'creatief om te gaan met middelen' en elkaar op basis van uitkomsten van hun activiteiten te 'stimuleren tot innovatie'.

Het is daarbij het middenkader management dat keten en netwerksamenwerking kan verankeren door 'samenwerkingsrelaties aan te gaan'. Zo beschouwd krijgt ondernemerschap vorm op drie niveaus binnen de organisatie ten einde maximaal waarde toe te voegen voor cliënten, voor medewerkers en voor de bedrijfsvoering. Te weten: Raad van bestuur gericht op 'marktgericht ondernemen' met een externe oriëntatie, het middenkader gericht op 'gemeenschapsgericht ondernemen' en het primair proces gericht op 'intern ondernemen'. De wijze waarop bestuurders deze strategische rol over meerdere functionarissen in de organisatie (kunnen) verdelen is een interessant vraagstuk. De taak- en functieverdeling binnen zorgorganisaties verdient daarmee aanbeveling voor vervolgonderzoek.

Gedrag/Leiderschap

Reflecterend op de interviews valt op dat de bestuurders elkaar goed kennen. Er lijkt sprake van een sterk netwerk waarin in wisselende samenstelling gezamenlijk opgetrokken wordt, steun en legitimering gezocht wordt en men elkaar raadpleegt op specifieke deskundigheid. Wat daarbij wel opvalt, is dat men elkaar binnen de eigen sector opzoekt. Zonder dat sprake is van onoverbrugbare muren zijn de bestuurders van ziekenhuizen en bestuurders uit de VVT-sector in behoorlijke mate van elkaar gescheiden.

Opvallend was dat de bestuurders buitengewoon open waren in het delen van opvattingen en overtuigingen. Het merendeel gaf aan "geen gemiddelde bestuurder te zijn". Tevens bevestigde zij allemaal de nadrukkelijke samenhang tussen de wijze waarop zij ondernemerschap vorm geven en hun persoonskenmerken. Deze veronderstelde samenhang is interessant bij een onderzoeksvraag naar de optimale match tussen de persoonskenmerken van de bestuurder en de organisatiekenmerken in relatie tot de transitie in de zorg. Hoewel deze vraag geen onderdeel vormt van onderhavig onderzoek vindt het onderzoek zijn beperking in de selectie van de respondenten. Immers, alle geïnterviewde bestuurders zijn mannen en op één na van dezelfde generatie. Volgens Van der Scheer (2013) geldt, in tegenstelling tot wat zij zelf aangegeven, dat deze groep over de jaren heen een grote mate van continuïteit en overeenstemming in de functie-interpretatie vertoont. Zij hechten veel waarde aan het behalen van resultaten, maar zijn tegelijkertijd het minst tevreden over de mate waarin zij de ondernemersrol vervullen. Opvallend aan de bestuurders die hier wel een sterke invulling aan geven is dat zij zowel sterk bestuurlijk als managerial georiënteerd zijn. Zij geven mede leiding aan veranderingsprocessen. Uit onderzoek blijkt dat het overgrote deel van de succes- en faalfactoren bij veranderingsprocessen te maken heeft met de menselijke factor (Ansems en Moen, 2009).

Bestuurders zullen waar moeten maken wat ze zeggen. Of zoals een van de private zorgondernemers zei: “zei zeggen het allemaal wel...maar dan moeten ze het ook doen”. Argyris maakt hiervoor het onderscheid tussen ‘praattheorie’ (espoused theory) en ‘gebruikstheorie’ (theory-in-use). Praattheorieën worden manifest wanneer gepraat wordt over intenties, wanneer plannen worden besproken of opgeschreven. Gebruikstheorieën kunnen worden beschouwd als programma’s die daadwerkelijk gedrag aansturen en manifest worden ‘in actie’. Volgens Argyris zijn praattheorieën en gebruikstheorieën vaak niet consistent. Dit geldt in het bijzonder als het spannend wordt. De meest voorkomende gebruikstheorie is die van het eenzijdig beheersdenken. Het zet aan tot gedrag dat neerkomt op: unilaterale controle, willen winnen, gevoelens onderdrukken, niet toetsen van eigen aannames, andere beoordelen en rationeel zijn. Met als belangrijkste doel: de boel in de hand houden, beheersen of ‘in control’ zijn. Het effect is averechts, het blokkeert veranderprocessen (Ardon, 2006).

Een deel van de bestuurders beschrijft organisaties als min of meer gesloten systemen met scherpe grenzen tussen de organisatie en de omgeving én tussen organisatieonderdelen onderling. Door de grenzen en lagen wordt de stabiliteit gecreëerd en lijkt de organisatie te managen (beheersen). Een verandering is in dat geval een verstoring van de stabiliteit.

Het is van belang dat bestuurders zich bewust zijn van de paradox die zich voordoet zodra zij de veranderingen die noodzakelijk zijn voor het vormgeven van waardegedreven ondernemen inzetten. De verandering zal namelijk leiden tot instabiliteit wat onzekerheid en dreiging met zich meebrengt. Deze ervaring activeert immers het beheersmodel van de bestuurder, dat gericht is op stabiliteit. De bestuurder zal de natuurlijke neiging krijgen om de touwtjes strakker in handen te nemen en stabiliteit te creëren; hiermee laat hij de verandering stagneren. Het gevolg is dat medewerkers energie en vertrouwen verliezen. Dit patroon draagt bij aan stagnerende processen.

Bestuurders zullen het sturing geven aan veranderingsprocessen moeten volhouden en volharden voor de duur van het totale proces. Zij moeten het eigen effectieve gedrag kunnen volhouden en aanpassen wanneer dit nodig is. Hierbij gaat het om het noodzakelijke consequente, energieke, ontspannen en zelfverzekerde gedrag (Ansems en Moen, 2009). Het komt aan op leiderschap wat gaat over verbeeldingskracht, dit weten over te brengen en zich mede daardoor verbinden met anderen. Ansems en Moen (2009) gaan een stap verder en koppelen dit aan ‘waardegedreven gedrag’. Het betreft leiders die praktisch en concreet zijn in hun gedrag en anderen helpen bij het oplossen van lastige persoonlijke dilemma’s of het oplossen van problemen, onrecht, verdriet en misstanden. Zij zijn in staat en gedreven om objectieve prestaties neer te zetten en ook zichzelf onderwerp van verandering te maken. Dit leiderschap vormt de bron van waaruit klant- en

medewerkergerichtheid ontstaat: het inzetten van je vermogens en de middelen die tot je beschikking staan om het voor anderen beter te maken, ofwel 'compassie'. Waardegedreven leiders laten anderen verlangen naar een 'betere wereld'.

Kortom, er ligt een grote veranderopgave voor bestuurders. Zij zullen de sense of urgency onder ogen moeten zien. Daar is lef voor nodig. In plaats van formele macht wordt het vermogen tot verbinden en sturen op basis van vertrouwen het fundament onder effectief gezag. Zij zullen zich moeten richten op het wegnemen van blokkades voor verandering, inzicht verkrijgen in stagnerende processen en betekenis geven aan gewenste richtingen. Dit vraagt veel zelfbesef en competentie-inzicht van de huidige bestuurders in de zorg.

8.3 Aanbevelingen

Op basis van het theoretische en empirische deel van het onderzoek worden aanbevelingen gedaan aan bestuurders van ziekenhuizen en VVT-organisaties hoe zij kunnen omgaan met de belemmerende en bevorderende factoren met betrekking tot ondernemerschap.

Aanbeveling 1.

Creëer/verkundig de 'sense of urgency': er gebeurt veel in de gezondheidszorg. Beide onderzochte sectoren zijn volop in ontwikkeling, zowel qua wet- en regelgeving als op het gebied van onder andere ontwikkeling van de klantvraag en professionalisering binnen de sectoren. Gezegd kan worden dat de 'sense of urgency' er zonder uitzondering voor alle partijen is! Het creëren van de 'sense of urgency' is één van de taken van de bestuurder in de zorg. Hij moet dit besef organiseren binnen zijn organisatie om de medewerkers mee te krijgen in een ontwikkeling die de organisatie toekomstbestendig maakt.

Aanbeveling 2.

Kies voor waardecreatie: toegevoegde waarde voor de klant dient de basis en het startpunt te vormen voor alle activiteiten. Bestuurders dienen derhalve 'waardegedreven' te ondernemen. Zij vinden daarbij houvast aan het model van Porter. Kiezen voor klantwaarde betekent dat bestuurders een heldere focus moeten hebben welke waarde zij (willen) toevoegen. Dit impliceert ook dat

duidelijke (nieuwe) keuzes gemaakt moeten worden over het portfolio van de organisatie en dat de uitkomsten gericht op toegevoegde waarde structureel gemeten en gedeeld moeten worden.

Aanbeveling 3.

Richt u op 'marktgericht ondernemen': bestuurders zouden zich minder direct met de interne organisatie moeten bemoeien maar zich veel meer moeten oriënteren op het 'aanboren van nieuwe markten en doelgroepen' en het 'initiëren van commerciële initiatieven'. Hierdoor ontstaat ruimte voor 'ondernemerschap' bij de medewerkers van de organisatie, gericht op het 'optimaliseren van werkprocessen', 'creatief omgaan met middelen' en het 'stimuleren van innovatie'. Het middenkader kan door 'het aangaan van samenwerkingsrelaties' de toegevoegde waarde van de organisatie verankeren en zodoende de organisatie als geheel, inclusief de bestuurder, duurzaam met elkaar verbinden. Het verdient de aanbeveling om te kiezen voor een structuur/besturingsmodel die het stimuleren van eigenaarschap en ondernemerschap tot in het primair proces ondersteunt.

Aanbeveling 4.

Begin! ...bij uzelf!... en samen met anderen!: bestuurders moeten vertrouwen geven en vertrouwen uitstralen. Om echt effectief te zijn in de veranderingen die op organisaties afkomen, zullen bestuurders moeten kunnen verbinden. Dit vraagt veel zelfbesef en competentie-inzicht. Door zelf te beginnen met de noodzaak onder ogen te zien (aanbeveling 1) is de belangrijkste stap voor de bestuurder als persoon en de organisatie gezet op het pad van waardegedreven ondernemen!

Wees zelf de verandering die je in de wereld wilt zien (Ghandi)

8.4 Tot slot

Ondernemen is een diffuus begrip. Het wordt op diverse manieren omschreven en veelal geassocieerd met commerciële activiteiten. We zijn het onderzoek daarom gestart met een gedegen literatuurstudie. Er was (zeer..) veel algemene literatuur te vinden over 'ondernemen' en 'ondernemerschap', vaak gekoppeld aan 'leiderschap'. Minder literatuur was voorhanden over 'ondernemen in de zorg'. De onderzoeken van Wilma van der Scheer en Kim Putters hebben ons

wetenschappelijke informatie aangereikt met betrekking tot 'ondernemen in de zorg' en hebben ons geholpen bij het vinden van nieuwe databronnen. Op basis van de gevonden literatuur hebben wij een conceptueel model opgesteld en getoetst in de praktijk. Vervolgens hebben wij het conceptueel model 'geladen' met een clustering van belemmerende en bevorderende factoren. Door sterk hierop te reflecteren en de interviews en de aanbevelingen van de private zorgondernemers nog eens te analyseren, zijn we gekomen tot een interpretatiemodel. Dit model heeft ons uiteindelijk gebracht bij de aanbeveling om middels 'waardegedreven ondernemen' vorm en inhoud te geven aan ondernemerschap door zorgbestuurders.

In de dertien interviews hebben wij een kijkje in de keuken gekregen van 'ondernemend zorgbestuur'. Wij hebben zeer bevlogen bestuurders gesproken! Het is uniek om als student MHBA de mogelijkheid te hebben om onbevangen, dat wil zeggen zonder onze eigen organisatiecontext en –belang, met deze bestuurders te kunnen spreken.

De complexiteit van zorgorganisaties en de dynamiek in de sector als zodanig doen een groot beroep op de kennis en vaardigheden van zorgbestuurders. De verantwoordelijkheid die zij hebben is enorm en raakt rechtstreeks de bestuurder als *mens*. Van bestuurders wordt tegelijkertijd verwacht dat zij hun leiderschap blijven ontwikkelen en zich bewust zijn van hun eigen zwakheden en kwaliteiten.

In het onderzoek zijn wij geconfronteerd met het simpele besef dat het eigenlijk altijd gaat om 'mensen'. Het gaat om de *mensen* die afhankelijk zijn van zorg, het gaat om de *mensen* die de zorg bieden en het gaat om de *mensen* die verantwoordelijk zijn voor de organisatie ervan. Ondernemerschap gaat niet alleen over strategie, processen, structuur en systemen het gaat ook (en altijd) om gedrag, werkwijzen, attitudes van mensen die hierbij moeten passen. Hiermee is bevestigd hoe belangrijk de menselijke factor is, ook wel de software of skills genoemd, bij leiderschap en verandering en tegelijk hoe relatief systemen en structuren zijn bij het succes van organisaties en veranderingen. Dat de MHBA van het Erasmus Centrum voor Zorgbestuur juist deze vaardigheden nadrukkelijk heeft toegevoegd aan het curriculum is dan ook van toegevoegde waarde!

Het afronden van deze thesis is tevens de afronding van onze opleiding MHBA. De afgelopen twee jaar waren intensief maar inspirerend. Toen wij vorig jaar afspraken om als 'duo' een thesis te schrijven hadden wij nog geen onderwerp en wisten wij nauwelijks wat ons te wachten stond. Desalniettemin waren wij er toen al van overtuigd dat 'samen' altijd beter is dan 'alleen'. Nu wij onze thesis afronden kunnen wij dat alleen maar bevestigen. Onze individuele kwaliteiten en ervaring hebben geleid tot synergie en zijn gedurende het traject maximaal benut. We kijken terug op een leerzame maar bovenal plezierige tijd!

Gedurende het onderzoek hebben wij ondernemerschap 'concreet ervaren', hebben wij het 'waargenomen en overdacht' en vervolgens verwerkt in een 'abstract begrippenapparaat'. Wat ontbreekt is het 'actief experimenteren' met de uitkomsten van het onderzoek. Dit gaan we zeker doen in onze dagelijkse praktijk!

Literatuurlijst

Ansems, P. and J. J. Moen (2009). Kleur bekennen. Assen, Uitgeverij Van Gorcum.

Ardon, A. (2006). "Leiderschap en interventies in stagnerende veranderprocessen Over de blokkerende effecten van eenzijdige beheersing." Tijdschrift voor Management en Organisatie **60**(6): 5.

Baarda, D. B., Goede, M.P.M., de (1995). Basisboek Kwalitatief Onderzoek. Praktische handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek. Houten, Stenfert Kroese.

Berry, L. (1999). Excellente dienstverlening. De 9 elementen voor duurzaam succes. Alphen aan den Rijn, Samson.

Boeije, H. R. (2012). Analyseren in kwalitatief onderzoek. Den Haag, Boom Lemma Uitgevers.

Boekholdt, M. G. (2007). Maatschappelijk ondernemen in zorg: mythe en werkelijkheid. Leiden, Vereniging Het Zonnehuis.

Boer and Croon (2008). Naar waardecreatie in de zorg. Amsterdam, Boer en Croon.

Boot, J. M. (2010). Organisatie van de gezondheidszorg. Assen, Uitgeverij Van Gorcum.

Boot, J. M. (2013). De Nederlandse Gezondheidszorg, Gezondheid en eigen initiatief, Voorzieningen, Overheid en beleid. Houten, Bohn Stafleu van Loghum.

Canoy, M. (2009). Marktwerving in de zorg: ondernemende zorg of zorgende ondernemers. U. v. Tilburg. Tilburg.

CBS (2015). "Zorgrekeningen; uitgaven (in lopende en constante prijzen) en financiering." Retrieved 01-04-2015, 2015, from <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=71914ned>.

Cuervo, Á., et al. (2007). Entrepreneurship: Concepts, Theory and Perspective. Introduction. Entrepreneurship, Springer: 1-20.

Dale, v. (2011). "Van Dale." Retrieved 17-01-2015, 2015, from <http://www.vandale.nl/opzoeken?pattern=ondernemen&lang=nn#.VLqC-keG-So>.

Diefenbach, F. E. (2011). Entrepreneurship in the Public Sector, Springer.

Drucker, P. F. (2015). Innovation and Entrepreneurship. New York, Routledge.

Finlay, P. (2000). Strategic Management. An Introduction to Business and Corporate Strategy. Edinburgh, Pearson Education Limited.

Fiolet, M. (2013). Ondernemen in de Ouderenzorg. Wensen, Weerstand, Werkelijkheid. Faculteit der Sociale Wetenschappen. Amsterdam, Vrije Universiteit.

Haak, C., van den, Tagage, M., Lee, F. van der (2014). Zorg en optimisme. Stagnatie dreigt, alertheid blijft geboden. Nederland, BDO accountants.

Harten, W. v., Schuring, R. (2003). Ondernemers in de zorg. Assen, Koninklijke Van Gorcum.

Hilverda, B., Leensen, R. (2014). Barometer Nederlandse Gezondheidszorg 2014. Nederland, EY.

Ibrahim, N. A., et al. (2012). "Extent of hospital director involvement in strategic management: does tenure make a difference?" The Coastal Business Journal **11**(1).

Johnson, G., Scholes, K., Whittington, R. (2008). Exploring corporate strategy: Text and cases. New York, Pearson Education.

Kuratko, D. F., Ireland, R.D., Hornsby, J.S. (2001). "Improving firm performance through entrepreneurial actions: Acordia's corporate entrepreneurship strategy." The Academy of Management Executive **15**(4): 60-71.

Lodewick, L. (2008). Ziekenhuizen veranderen. Maastricht, Mediman Holding.

Overheid.nl (2015). "Kamerstuk 33.891." from <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/dossier/33891>.

Porter, M. E. and T. H. Lee (2013). "The strategy that will fix health care." Harvard Business Review **91**(10): 50-70.

Porter, M. E. and E. O. Teisberg (2005). Redefining healthcare. Boston, Harvard Business School.

Putters, K. (1998). "Maatschappelijk ondernemen in de zorg." Achtergrondnota geschreven in opdracht van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg bij het RVZ-advies: 1-120.

Putters, K. (2001). Geboeid Ondernemen. Een studie naar het management van de Nederlandse ziekenhuizen. Assen, Van Gorcum.

Putters, K. (2010). "Zorgen waar het moet, ondernemen waar het kan." Socialisme en Democratie: 9-20.

Roininen, S., Ylinenpää, H. (2009). "Schumpeterian versus Kirznerian entrepreneurship." Journal of Small Business and Enterprise Development **16**(3): 504-520.

RVZ (2002). Winst en Gezondheidszorg. Den Haag, Raad voor Volksgezondheid en Zorg.

Scheer, W. K., van der (2013). Onder zorgbestuurders, Omgaan met bestuurlijke ambiguïteit in de zorg. Amsterdam, Reed Business Education.

Scheer, W. v. d., Noordegraaf, M., Meurs, P. (2010). Innovating entrepreneurship in healthcare. Innovation in the public sector. V. Bekkers. Hampshire, Palgrave.

Stopford, J. M. (1994). "Creating Corporate Entrepreneurship." Strategic Management Journal **15**(7): 521-536.

Verschuren, P. J. M., Doorwaard, J.A.C.M (2010). Het ontwerpen van een onderzoek. Den Haag, Boom Lemma Uitgevers.

Vries, M. d. (2015). Zó werkt de zorg in Nederland. Kaartenboek Gezondheidszorg editie 2015. Amsterdam, De Argumentenfabriek.

Weggeman, M., et. al. (2003). Ondernemen binnen de onderneming. Deventer, Kluwer Bedrijfswetenschappen.

Bijlage 1 Topiclist Zorgbestuurder ZKH en VVT

1. ALGEMEEN

- a. Wat is uw functienaam?
- b. Wat is de voornaamste taak van de functie die u uitoefent?
- c. Hoe lang werkt u in deze functie en hoe lang binnen deze organisatie?
- d. Hoe omschrijft u de strategische koers van de organisatie?

2. ONDERNEMERSCHAP ALGEMEEN

- a) Wat is volgens u 'ondernemerschap'?
- b) Wat is het belang van ondernemerschap in uw sector?
 - a) Ziet u hier een ontwikkeling in?
 - b) Zo ja, waar heeft dit mee te maken?

3. ONDERNEMERSCHAP BESTUURDER

Interviewers geven inleiding op 'marktgericht', 'gemeenschapsgericht' en 'intern gericht' ondernemersgedrag (Putters).

- a) Kunt u in een percentage aangeven in hoeverre de strategie leidend is binnen uw huidige invulling van 'ondernemerschap'? (bijv. 30% marktgericht, 15% gemeenschapsgericht en 55% intern gericht).
- b) Welke factoren zijn van invloed op deze verdeling?

4. ACTIVITEITEN BINNEN HET ONDERNEMERSCHAP

- a) Wat zijn de belangrijkste belemmerende en bevorderende factoren bij:
 - 1) Aanboren nieuwe markten en doelgroepen
 - 2) Initiëren commerciële activiteiten
 - 3) Aangaan samenwerkingsrelaties
 - 4) Optimaliseren werkprocessen
 - 5) Creatief omgaan met middelen
 - 6) Stimuleren professionals tot innovatie

Bijlage 2 Topiclist Private Zorgondernemers

1. ALGEMEEN

- a. Wat is uw functienaam?
- b. Wat is de voornaamste taak van de functie die u uitoefent?
- c. Hoe lang werkt u in deze functie en hoe lang binnen deze organisatie?
- d. Hoe omschrijft u de strategische koers van de organisatie?

2. ONDERNEMERSCHAP ALGEMEEN

- a) Wat is volgens u 'ondernemerschap'?
- b) Wat is het belang van ondernemerschap in de gezondheidszorg (specifiek zkn en vvt)?
 - a) Ziet u hier een ontwikkeling in?
 - b) Zo ja, waar heeft dit mee te maken?

3. ONDERNEMERSCHAP BESTUURDER

Interviewers geven inleiding op 'marktgericht', 'gemeenschapsgericht' en 'intern gericht' ondernemersgedrag (Putters).

- a) Kunt u in een percentage aangeven wat de voorkeur heeft en/of gaat krijgen in de ZKN en VVT?
- b) Welke factoren zijn van invloed op deze verdeling?

4. ACTIVITEITEN BINNEN HET ONDERNEMERSCHAP

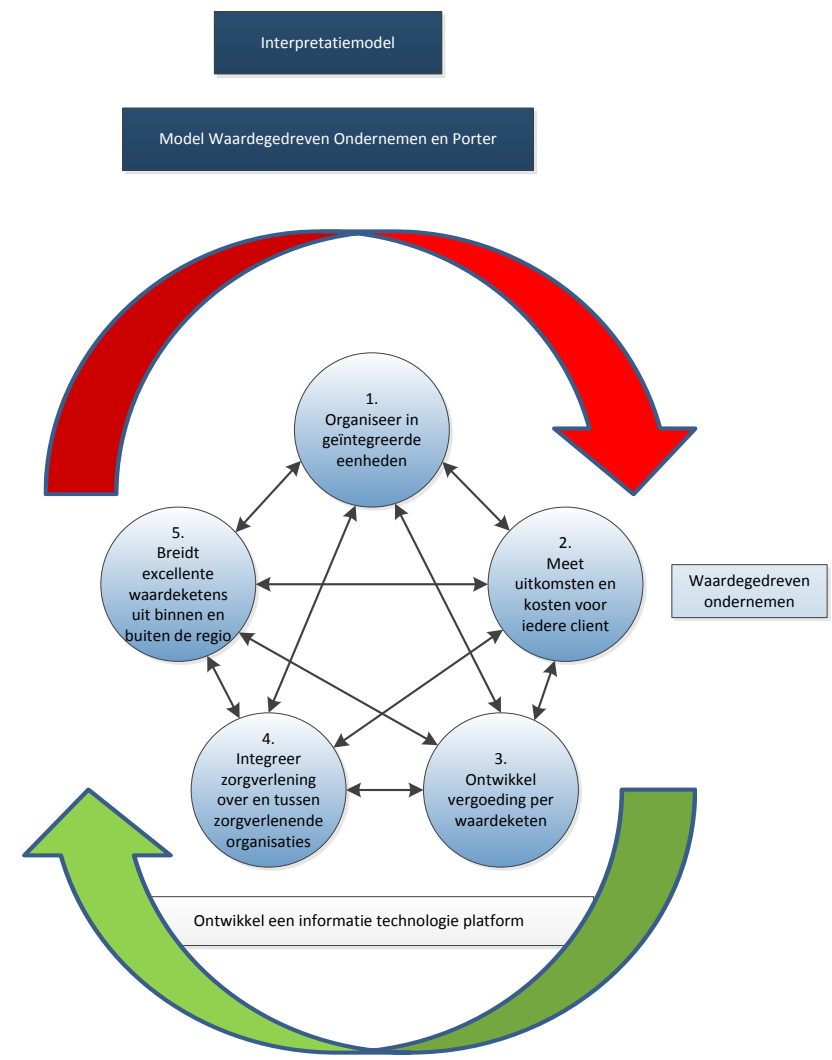
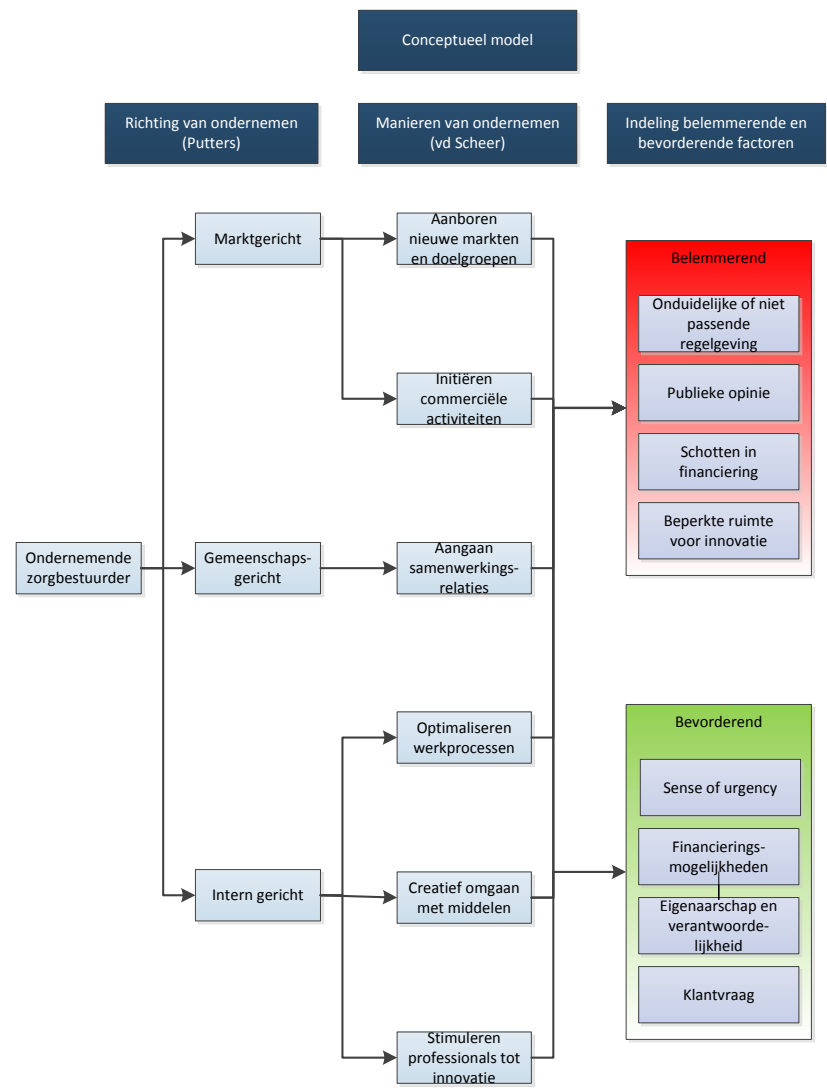
- a) Wat zijn de belangrijkste belemmerende en bevorderende factoren bij:
 - 1) Aanboren nieuwe markten en doelgroepen
 - a. Belemmerend: weerstand tegen verandering, financieringsmogelijkheden, rol zorgverzekeraar
 - b. Bevorderend: noodzaak om financiering aan ziekenhuis te binden, rol private investeerders, organiseren buiten het ziekenhuis, concurrentie
 - 2) Initiëren commerciële activiteiten
 - a. Belemmerend: financiering, terugtrekkende banken, publieke opinie
 - b. Bevorderend: fusiemogelijkheden, andere manieren van financieren mogelijk, risico stimuleert ondernemerschap
 - 3) Aangaan samenwerkingsrelaties
 - a. Belemmerend: culturele weerstand, professionele weerstand, institutionele weerstand, honoreringssystematiek, budgetten en aanneemsommen, aanbestedingssysteem VVT
 - b. Bevorderend: samenwerkingsmodellen (ketenvorming VVT itt fusie)
 - 4) Optimaliseren werkprocessen
 - a. Belemmerend: organisatie model ziekenhuizen (spoed en electief door elkaar)
 - b. Bevorderend: kwaliteit van personeel, continuïteit personeel
 - 5) Creatief omgaan met middelen
 - a. Belemmerend: ?

- b. Bevorderend: gezonde financiële situatie, durven en lef, kosten per m2 (flexibel werken)
- 6) Stimuleren professionals tot innovatie
 - a. Belemmerend: professionele autonomie, medische staf, eigen medewerkers publiek georiënteerd
 - b. Bevorderend: rankings, vieren van successen, concurrentie, tijdsdruk door financiële situatie, zeggen dat je failliet gaat, incentives medisch specialisten, komst zbc's, vakgroepen onder druk

5. AANBEVELINGEN

- 1) welke aanbevelingen kunt u doen aan bestuurders in de zorg ten aanzien van marktgericht, gemeenschapsgericht en intern gericht ondernemen?
 - a. onderscheid bevorderend en belemmerend

Bijlage 3 Conceptueel model en waardegedreven ondernemen



Met dank aan de bestuurders en ondernemers van:

Rode Kruis ziekenhuis

 **Amstelring**

Alrijne
ziekenhuis

BERGMAN
CLINICS

 **Careyn**

 **HagaZiekenhuis van Den Haag**

 **MEDINOVA**

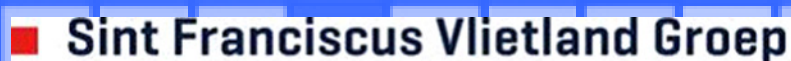
fundis

 **Mauritsklinieken**

 **Florence**
Gezondheid en Zorg

oog[®]
het oogziekenhuis rotterdam
the rotterdam eye hospital

 **Frankelandgroep**

 **Sint Franciscus Vlietland Groep**