

Mensen maken de markt

Naar een optimum tussen strategie en een eigentijdse vormgeving van de arbeidsrelatie in de curatieve zorg



Master of Business Administration – Health
Erasmus CMDZ
april 2008

Claudia Pronk-Admiraal
Rijk Roor

Mensen maken de markt

Naar een optimum tussen strategie en een eigentijdse vormgeving
van de arbeidsrelatie in de curatieve zorg

Auteurs:

Claudia Pronk-Admiraal
Rijk Roor

Vormgeving:

Marianne Lichtenberg-Smit

Drukwerk:

Abel Bolhuis

Inhoudsopgave

Voorwoord	7
Managementsamenvatting	9
1. Achtergrond en aanleiding	11
1.1. Situatie- en probleemschets	11
1.2. Vraagstelling	12
1.3. Plan van aanpak	12
1.4. Dataverzameling en verwerking	13
1.5. Leeswijzer	13
2. Krapte op de arbeidsmarkt in de zorg	15
2.1. Bureau Prismant	15
2.2. Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP)	17
2.3. Stichting Toekomstscenario's Gezondheidszorg (STG)	17
2.4. Sociaal Economische Raad (SER)	17
2.5. Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek (OSA)	18
2.6. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ)	18
2.7. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)	18
2.8. Paramedische beroepsgroepen	19
2.9. Conclusie en beschouwing	22
3. Marktwerving in de zorg	25
3.1. Concurrentiekrachten	25
3.2. Concurrentiestrategieën	27
3.3. Marktwerving in de zorg	30
3.4. Strategieën in de curatieve zorg	32
3.5. Effecten van marktwerving op de arbeidsvraag	34
3.6. Conclusie en beschouwing	36
4. Kenmerken arbeidsrelatie in de zorg	39
4.1. Kenmerken van de arbeidsrelatie	39
4.2. Medewerkers en hun bindingsfactoren	43
4.3. Marktwerving en de modernisering van de arbeidsrelatie	47
4.4. Conclusie en beschouwing	51
5. Strategische keuzes en de vormgeving van de arbeidsrelatie in de curatieve zorg	53
5.1. Strategisch ziekenhuismenu en zorgverlenerstypologie	54
5.2. Toekomstscenario's ziekenhuizen	57
5.2.1. Kostenleiderschap: Budgethospital Easycure	57
5.2.2. Differentiatieleiderschap: UMC Pluri-Q	59
5.2.3. Kostenfocus: Eye Care	61
5.2.4. Differentiatiefocus: Motion Clinics	63
5.3. Conclusie en beschouwing	65
6. Conclusies, aanbevelingen en slotbeschouwing	67
Literatuurlijst	75
Overzicht geïnterviewden	79

Voorwoord

In deze thesis hebben wij de kennis die we de afgelopen twee jaar hebben opgedaan, gebruikt om de strategische implicaties van ondernemen in de curatieve zorg verder te onderzoeken en toe te passen op het HRM-beleid. Dit zowel vanuit het perspectief van de organisatie als vanuit het perspectief van de individuele medewerker.

Als managers in de curatieve zorg zijn we beiden verantwoordelijk voor een adequate personele bezetting van een aantal paramedische beroepsgroepen, werkzaam binnen een continue krappe arbeidsmarkt. Deze krapte en de noodzaak om optimaal in te spelen op marktwerking in de curatieve zorg vraagt naar onze mening een vernieuwende aanpak van het HRM-beleid.

De afgelopen twee jaar is voor ons een periode geweest waarin we ook onze eigen toekomststrategie hebben kunnen overdenken. Het volgen van de opleiding MBA-Health had als doel onze kennis van en inzicht in een boeiende maatschappelijke sector te actualiseren, onze managementkennis te vergroten en daarnaast te reflecteren op ons huidig en toekomstig functioneren. Wat hiervan het gevolg is zal de toekomst uitwijzen. In ieder geval hebben wij de afgelopen twee jaar ervaren als een bron van inspiratie en op zijn tijd ook van veel plezier.

Graag bedanken wij al onze medecursisten met wie wij de afgelopen twee jaar een onvergetelijke kennisreis hebben gemaakt door de wereld van de gezondheidszorg, door de eigen paradigma's en ook letterlijk op weg naar Zuid-Afrika. De openhartige discussies tijdens en rondom de studiedagen vonden wij erg waardevol en hebben geleid tot vriendschappen voor het leven.

Dank gaat ook uit naar onze 'reisleiders', allereerst naar onze kerndocenten Aad de Roo, Jan Moen en Elly Breedveld voor hun inspirerende en deskundige bijdragen tijdens deze opleiding. Marlies Ott, bedankt voor de geduldige en adequate begeleiding van dit thesis-traject. We zullen altijd blijven terugdenken aan de romantiek van jouw prachtige serre in het rustieke Bilthoven. Daar ontstonden de prachtigste, soms bijna wetenschapsfilosofische denkbeelden en inzichten op het grensvlak van het zachte, ideaaltypische HRM-beleid en de harde zakenwereld van de curatieve zorg...

Het succesvol afronden van een masteropleiding naast een drukke baan hangt in sterke mate samen met de bereidheid van collegae om alle studieafwezigheid te compenseren. We danken daarom al degenen in onze omgeving voor deze extra inzet, evenals de Raden van Bestuur van het Gemini Ziekenhuis Den Helder en het UMC Utrecht voor de geboden mogelijkheid om dit traject te doorlopen.

Tenslotte het thuisfront: Janneke, Arjan, Daan, Maud en alle anderen die behoren tot de 'warme kring'. Bedankt voor de steun, het geduld en de ruimte die gegund werd om zoveel vrije tijd op te geven voor deze studie. Mogelijk hebben we het na een eerdere studie ook al beloofd, maar de komende tijd gaat alle aandacht weer naar jullie!

Claudia Pronk-Admiraal, Sint Pancras
Rijk Roor, Veenendaal
April 2008

Managementsamenvatting

Deze thesis gaat in op de vraag *welke impulsen marktwerking biedt aan de vormgeving van de arbeidsrelatie in de curatieve zorg?*

Ziekenhuizen in beweging

Ziekenhuizen zijn de laatste jaren volop in beweging. Een terugtrekkende overheid creëert ruimte voor marktwerking met meer risico's en onzekerheden, zowel voor instellingen als hun medewerkers. Tegelijkertijd ontstaat een stimulans voor ondernemingszin: de mogelijkheid om een eigen strategische positie te kiezen in de markt, de eigen organisatie anders vorm te geven en op eigen wijze vorm te geven aan de inrichting van ondermeer de arbeidsrelatie. Tot nu toe heeft dit binnen de ziekenhuizen vooral geleid tot meer aandacht voor optimalisatie van de bedrijfsvoering. Hoewel bestuurlijk gezien een zeer voor de hand liggend beleidsterrein lijkt er minder aandacht te bestaan voor het strategische HRM-gebied. De relevantie van de centrale vraag in deze thesis wordt allereerst onderbouwd door de veelal sombere prognoses over de ontwikkeling van de arbeidsmarkt in de zorg. Alhoewel veel componenten van invloed zijn op de vraag- en aanbodzijde van de arbeidsmarkt wordt in deze thesis volstaan met een verdieping in de arbeidsrelatie tussen werkgever en werknemer als onderdeel van de organisationele context. Voordat uitspraken gedaan kunnen worden over de mogelijke effecten van marktwerking in de curatieve zorg op de vormgeving van de arbeidsrelatie is eerst een verkenning gedaan naar deze concepten.

Keuzes organisatie

We kunnen dus stellen dat zowel de toenemende krapte op de arbeidsmarkt als de invoering van marktwerking in de zorg de noodzaak tot een heroverweging van de vormgeving van de arbeidsrelatie ondersteunen. De invoering van gereguleerde marktwerking zal ziekenhuizen dwingen tot strategische keuzes die gevolgen hebben voor de inrichting van de organisatie, de samenstelling van het personeelsbestand en de vormgeving van de arbeidsrelatie.

Deze keuzes kunnen soms bedreigingen opleveren zoals meer nadruk op de productiekosten en daarmee op de loonkosten. Door dit verhoogde kostenbewustzijn of een verandering van portfolio kunnen zorgverleners onder druk komen te staan: hogere werkdruk, lagere lonen met in het ergste geval collectief ontslag, waardoor er geen vernieuwing in de vormgeving van de arbeidsrelatie ingezet kan worden. Anderzijds krijgen door productiegroei en schaarste op de arbeidsmarkt werknemers een betere onderhandelingspositie met als mogelijk gevolg hogere lonen. Innovatieve organisaties zullen een hogere prijs willen betalen voor excellente zorgverleners.

Keuzes in het HRM-beleid / de arbeidsrelatie

Zowel werkgevers als zorgverleners zullen hun wendbaarheid moeten gaan vergroten om tijdig in te spelen op nieuwe strategische ontwikkelingen. Dit kan door een omslag in te zetten van levenslange baan zekerheid (life-time employment) naar het eigen vermogen van werknemers om in steeds wisselende omstandigheden de eigen inzetbaarheid en mobiliteit op peil te houden (life-time employability). Daarbij dient rekening gehouden te worden met de heterogeniteit van zorgverleners, zowel in competenties als in persoonlijke voorkeuren, zoals in de afstemming tussen werk en privé. Er ligt met andere woorden een uitdaging om een optimale match te maken tussen de beoogde prestaties van ziekenhuizen in een concurrerende omgeving en de flexibiliteit en individuele preferenties van schaarse zorgverleners. De gefingeerde scenario's in deze thesis, waarin een match is gemaakt tussen het 'strategisch ziekenhuismenu' en de 'zorgverlenerstypologie', laten zien dat een aantal kenmerken van de moderne arbeidsrelatie onderscheidend is voor specifieke ziekenhuisstrategieën.

Focus op de juiste kenmerken van een duurzame, moderne arbeidsrelatie biedt ruimte voor de individuele werknemer om echt in behoeften van klanten te voorzien (maatwerk), ruimte om aan te sluiten bij eigen voorkeuren en ruimte om toegevoegde waarde te creëren voor de organisatie.

Tenslotte

Voorwaarde voor de modernisering is dat zorgverleners met hun preferenties een weloverwogen keuze maken met betrekking tot de gedifferentieerde ziekenhuiswereld. Eveneens van groot belang voor de modernisering van de arbeidsrelatie is een terugtrekkende overheid waarbij sociaal-economische keuzes worden ontleend aan een eigentijds perspectief op een meer gedereguleerde inrichting van de samenleving. Resterende subsidiëring en wetgeving van overheidswege zullen veel meer gericht moeten zijn op bevordering van employability. Kortom, marktwerking in de zorg vraagt om een weloverwogen strategische keuze en daarmee om een cultuurverandering voor alle partijen binnen de arbeidsorganisatie: van een traditioneel, publiek bestel naar een moderne arbeidsrelatie waarbij dialoog en ontwikkeling centraal staan.

1 Achtergrond en aanleiding

1.1. Situatie- en probleemschets

Conjunctuurschommelingen als economische factor hebben een sterke invloed op de arbeidsmarkt in de gehele zorgsector, die last heeft van een daaraan gerelateerde cyclische krapte. Dit is een landelijk probleem wat de komende jaren zal toenemen, dit keer niet alleen om conjuncturele redenen maar ook vanwege de lang verwachte zogenaamde ontgroening en vergrijzing. Voor paramedische beroepsgroepen, zoals analisten, anesthesiemedewerkers en operatieassistenten, lijkt de toekomst nog zorgwekkender: in de meest gunstige situatie resteert er altijd nog een klein aantal vacatures die met dure inleenkrachten moet worden opgevuld. Bovendien worden deze beroepsgroepen zo specifiek opgeleid dat het niet mogelijk is arbeidskrachten met een andere opleidingsachtergrond als substitutiemogelijkheid aan te nemen.

Naast de ervaren arbeidsmarktkrapte is er in de ziekenhuizen een omslag gaande door de invoering van marktwerking. De overheid werkt al enige jaren aan de invoering van gereguleerde marktwerking, met name om de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de zorg in de toekomst te waarborgen. De verrekeningssystematiek is veranderd en toetredingsdrempels zijn weggenomen en zo kunnen profit-aanbieders gaan concurreren met gevestigde (aanvankelijk) not-for-profit aanbieders. Deze zullen hierop moeten reageren en hun organisaties en processen aanpassen. De bedrijfsvoering zal in het algemeen nog zakelijker moeten. Een mogelijke reactie op toenemende concurrentie is het maken van een strategische keuze voor specifieke doelgroepen- en dienstencombinaties. Een andere mogelijke strategische reactie is fuseren om zo sterker te staan.

Zo verwacht het UMC Utrecht dat concurrentie en het belang van doelmatigheid in de nabije toekomst zullen gaan toenemen in de voorspelbare, laagcomplexiteit chirurgische zorg vanwege de invoering van marktwerking. Het UMC Utrecht heeft vanuit dit perspectief besloten de voorspelbare chirurgische zorg op de aspecten patiëntvriendelijkheid, veiligheid en efficiëntie te verbeteren door dit apart te organiseren in een zogenaamd Chirurgisch Behandel Centrum (CBC).

Ook op het gebied van diagnostiek heeft marktwerking zijn intrede gedaan. Met name met betrekking tot de 1^e lijnsaanvragen voor de laboratorium en radiodiagnostiek komen er nieuwe spelers op de regionale markt. Om een efficiëntieslag te slaan, een goede aansluiting met omliggende ziekenhuizen te garanderen en een stevige positie in de regio te behouden en verder uit te breiden kiezen de ziekenhuislaboratoria van Den Helder en Alkmaar er voor te integreren tot één laboratorium inclusief de twee afzonderlijke 1^e lijnslaboratoria. Voor de vormgeving van een dergelijk laboratorium is het van belang per decentrale eenheid in te spelen op de wensen van de verschillende klantgroepen.

Inspelen op concurrentie vraagt van een organisatie om een ondernemingsstrategie te formuleren waarmee ze in staat is de competitieve krachten in de markt zo goed mogelijk het hoofd te bieden. Bij deze strategievorming kan gekeken worden naar de vraag van de klant en naar de mogelijkheden van de organisatie. Er dient een *strategic fit* bewerkstelligd te worden: de markt en de positionering die de dienstverlener met haar diensten wenst in te nemen, moeten goed bij elkaar passen.

Invoering van gereguleerde marktwerking in de curatieve zorg door veranderingen in de bekostigingssystematiek (DBC-systematiek) en door een stimulans om transparantie in de kwaliteit van zorg te verkrijgen, heeft tot nu toe vooral geleid tot meer aandacht voor het doelgroepenbeleid en optimalisatie van de bedrijfsvoering; een beweging in de zorg- en geldmarkt. Hoewel strategisch zeer relevant is nog weinig duidelijk wat marktwerking in de zorg kan en zou moeten betekenen voor het derde aspect, de arbeidsmarkt.

De ommezwaai van een publiek bestel naar een (meer) markt- en vraaggerichte benadering is de afgelopen jaren door de overheid ook in andere sectoren ingezet. Zo is bij Nuon, een speler in de energiemarkt, die zich heeft ontwikkeld van een monopolist naar een concurrerende organisatie, te zien dat er gestreefd wordt naar een informele, open organisatie, waar verantwoordelijkheden omgezet worden in tastbare resultaten. De ervaren arbeidsmarktkrapte en het optimaal inspelen op de ingezette (gereguleerde) marktwerking in de zorgsector lijkt te vragen om een vernieuwende aanpak in HRM-beleid. Vernieuwing begint veelal bij het gedrag en het functioneren van medewerkers. Innovatie van onderop is van grote waarde, vaak veel meer dan vernieuwingen van bovenaf in de organisatie. Het is zinvol dat medewerkers ruimte nemen en krijgen om creatief, productief, ondernemend en zelfmanagend te zijn, om dan als organisatie in staat te zijn concurrerende producten en diensten te kunnen leveren.

Welke vernieuwingen in arbeidsrelaties zijn er nodig, al of niet afhankelijk van de ingezette marktwerking? Welke effecten kan marktwerking hebben op de vernieuwende aanpak met betrekking tot arbeidsmarktbeleid? Heeft marktwerking hierop een positief, negatief of katalyserend effect? Hoe worden (of blijven) we succesvol op de arbeidsmarkt en daarmee ook op de zorgmarkt? Kiezen we voor het blijven optimaliseren van bestaand HRM-instrumentarium of is de tijd aangebroken voor een paradigmaverschuiving?

1.2. Vraagstelling

Op grond van de genoemde ontwikkelingen en overwegingen is als centrale vraag voor deze thesis geformuleerd:

‘Welke impulsen biedt marktwerking aan de vormgeving van de arbeidsrelatie in de curatieve zorg?’

Ter beantwoording hiervan zijn de volgende onderliggende vragen geformuleerd:

- o Wat is het (toekomstig) beeld van de arbeidsmarkt in de ziekenhuiszorg?
- o Wat wordt verstaan onder marktwerking in de zorg?
- o Welke strategieën zien we bij marktwerking in de zorg ontstaan?
- o Welk effect hebben deze strategieën op de arbeidsmarkt?
- o Wat zijn kenmerken van een arbeidsrelatie?
- o Welke typerende kenmerken van arbeidsrelaties passen bij de verschillende strategische keuzes van ziekenhuizen?

1.3. Plan van aanpak

Het plan van aanpak is als volgt:

- o Literatuurstudie van de trends m.b.t. de arbeidsmarkt in de curatieve zorg en waar mogelijk aanvullende gegevens over medisch analisten, operatieassistenten en anesthesiemedewerkers.
- o Literatuurstudie van de belangrijkste kenmerken van marktwerking in de ziekenhuiszorg, de in te zetten concurrentiestrategieën en de betekenis daarvan voor de *human resources*;
- o Literatuurstudie naar kenmerken van een (succesvolle) inrichting van de (individuele) arbeidsrelatie werknemer-werkgever, waar mogelijk toegespitst naar de curatieve zorg op dit moment;
- o Open interviews met HRM-directeuren van instellingen die transformeren van publieke dienstverleners naar marktspelers;
- o Open interviews met *opinion leaders* in HRM en/of sociale wetenschappen, met als doel kenmerken te beschrijven van de (vernieuwde) vormgeving van een arbeidsrelatie;
- o Ontwerp van vier ideaaltypische zorgorganisaties met als doel een duidelijke verbinding te maken met gekozen strategie, organisatie-inrichting en gewenste/benodigde accenten in de arbeidsrelatie.

Afbakening:

Bij het in beeld brengen van de arbeidsmarkt is er een breed scala aan factoren van invloed. In het model *Componenten van de vraag naar personeel in Zorg en WJK* in het Rapport Arbeid in Zorg en Welzijn (Ott et al. 2005, van Essen et al. 2006, van der Kwartel et al. 2007) wordt geschetst door welke componenten de vraag naar personeel wordt beïnvloed. Dit zijn enerzijds demografische, epidemiologische en sociaal culturele veranderingen. Samen met de (financiële) toekenningen (overheidsbeleid) en beschikbare private middelen bepaalt dit de *effectieve vraag*. Deze vraag wordt beïnvloed door de arbeidsproductiviteit, vormen van bijv. taakherschikking en beschikbaarheid van mantelzorg en vrijwilligers. Tot slot speelt de organisationele context een grote rol in het spel van vraag en aanbod.

In deze afstudeerthesis volstaan we met een korte schets van de arbeidsmarkt voor de ziekenhuiszorg en spitsen we dit toe op de arbeidsmarkt van medisch analisten, operatieassistenten en anesthesiemedewerkers. Behalve een verdieping op de genoemde componenten en beroepsgroepen richten wij ons vooral op de component *organisationele context* en dan specifiek op de vormgeving en kenmerken van de (individuele) arbeidsrelatie werknemer-werkgever.

1.4. Dataverzameling en verwerking

Deze thesis heeft een verkennend karakter in zowel de vraagstelling als in de wijze van dataverzameling. Vanwege het accent op documentenanalyse en het gebruik van open interviews is het onderzoek in deze thesis kwalitatief van aard (Baarda et al. 1998).

Zoals in veel kwalitatief onderzoek verliep het proces cyclisch-iteratief: bij de opeenvolgende stappen werden dataverzameling en data-analyse vaak geïntegreerd, regelmatig herhaald en op elkaar betrokken. Zo werd een aantal sociaalwetenschappers in open interviews geconfronteerd met eigen uitspraken of die van collega's, al of niet door ons opgespoord in de literatuur. Deze open interviews waren semi-gestructureerd van aard. Meestal werd begonnen met een introductie van het onderwerp van de thesis waarna een brede, open startvraag volgde met betrekking tot de mogelijke effecten van marktwerking (in de zorg) op het HRM-beleid. Afhankelijk van de geïnterviewde was deze vraag meer theorie- dan wel praktijkgericht. Soms werden op grond van de interviews weer nieuwe bronnen aan de literatuurstudie toegevoegd. Uiteindelijk werd na de dataverzameling en –analyse het moment van verzadiging bereikt wat leidde tot beschrijving en beantwoording van de eerste vijf deelvragen: wat is het (toekomstig) beeld van de arbeidsmarkt in de ziekenhuiszorg (hoofdstuk 2), wat wordt verstaan onder marktwerking in de zorg, welke strategieën zie je bij marktwerking in de zorg ontstaan, en welk effect hebben deze strategieën op de arbeidsmarkt (hoofdstuk 3) en wat zijn kenmerken van een arbeidsrelatie (hoofdstuk 4).

In deze thesis zijn geconstrueerde abstracties van de werkelijkheid beschreven, vooral met als doel informatie en kennis te produceren door verschijnselen met gelijke kenmerken te ordenen en in categorieën bij elkaar te brengen, zonder de waarheid na te willen streven. Met behulp van twee modellen zijn vier fictieve ziekenhuisorganisaties van de toekomst beschreven (hoofdstuk 5). Daarbij worden de mogelijke organisatiestrategieën gekoppeld aan de daarbij geschikte inrichting van de organisatie en het daarbij passende personeelsbestand / de arbeidsrelatie. Deze exercitie heeft de mogelijkheid geboden de laatste twee deelvragen te onderzoeken; welke typerende kenmerken van arbeidsrelaties passen bij de verschillende strategische keuzes van ziekenhuizen en welke vernieuwingen in de arbeidsrelatie zijn wenselijk om een ingezette strategie succesvol te maken? Doel van deze toekomstscenario's is tevens om bestuur en management in de curatieve zorg te ondersteunen bij toekomstige ontwikkeling en besluitvorming over eigentijds HRM-beleid in relatie tot de gekozen strategie in de curatieve zorg.

1.5. Leeswijzer

In hoofdstuk 2 wordt een korte schets van de arbeidsmarkt in de ziekenhuiszorg gepresenteerd. Uit de meer theoretische bevindingen in hoofdstuk 3 (marktwerking) en 4 (arbeidsrelatie) zijn vervolgens bouwstenen verzameld voor de constructie van twee modellen in hoofdstuk 5: '*het Strategisch Ziekenhuismenu*' en '*de Zorgverlenerstypologie*', in aansluiting op resp. de gewenste strategieën bij marktwerking in de zorg en de aspecten in de arbeidsrelatie bij verschillende zorgverleners.

Tenslotte wordt in hoofdstuk 6 gereflecteerd op de aanpak en methode en worden conclusies en aanbevelingen gepresenteerd met betrekking tot de centrale vraag / de probleemstelling in deze thesis:
welke impulsen biedt marktwerking aan de vormgeving van de arbeidsrelatie in de curatieve zorg?

Het (veronderstelde) arbeidsmarktprobleem in de zorg was de aanleiding om te komen tot deze afstudeerthesis. Ongeacht de bronnen die worden geraadpleegd staan momenteel alle signalen weer op rood als het gaat om de arbeidsmarkt voor zorg en welzijn: ernstige tekorten worden alom voorspeld, dit keer niet alleen vanwege conjuncturele schommelingen maar ook vanwege de al lang verwachte effecten van de zogenaamde vergrijzing en ontgroening.

In het verleden hadden de personeelstekorten de kenmerken van een varkenscyclus. In de toekomst zal er sprake zijn van een structurele spanning op de arbeidsmarkt van verplegenden en verzorgenden (Muurling, 2007).

In dit hoofdstuk schetsen we het actuele beeld (2007) aan de hand van een aantal recente publicaties. Daarmee hopen we een antwoord te vinden op een van de deelvragen in deze thesis: *wat is het (toekomstig) beeld van de arbeidsmarkt in de curatieve zorg?* Waar mogelijk hebben we dit beeld aangevuld met gegevens over medisch analisten, operatieassistenten en anesthesiemedewerkers.

2.1. Bureau Prismant

Een lange traditie in arbeidsmarktonderzoek in de zorg is opgebouwd door bureau *Prismant* in Utrecht. De laatste ontwikkelingen op deze markt zijn verwoord in de publicatie *Arbeid in Zorg en Welzijn* (2007) en de jaarrapportage *Regiomarge 2007*, de arbeidsmarkt van verpleegkundigen, verzorgenden en sociaalagogen 2007-2011 (van der Windt et al.).

Ten dele is deze rapportage te zien als een vervolg op de reeks jaarlijkse rapporten waarmee de OSA in 1995 is begonnen. De weergegeven trends en ontwikkelingen zijn overigens uitgebreid te terug te lezen op www.azwinfo.nl.

Samenvattend formuleert Prismant als kernboodschap:

“Rekening houdend met de erkenning van de toegenomen maatschappelijke vraag naar meer en betere zorg, geldt voor alle belangrijke groepen van verpleegkundigen, verzorgenden en sociaalagogen dat zich in 2011 tekorten manifesteren, uitgezonderd SPW-ers op niveau 3 en 4.”

Ook al neemt de arbeidsproductiviteit (zoals bijv. in de ziekenhuizen) sneller toe dan in het verleden, de doorgaande groei van de zorgvraag (zoals ouderenzorg) vraagt hoe dan ook veel nieuw personeel. Over vijf à tien jaar komt daar een sterk stijgende vervangingsvraag als gevolg van de vergrijzing van het huidige personeelsbestand bij. Daar staat tegenover dat de Nederlandse arbeidsmarkt krapper wordt. Het traditionele aanbod voor de sector, vooral schoolverlaters en herintreders, slinkt.

Geconstateerd wordt dat de vergrijzing van het personeelsbestand doorzet: was in 2000 16% ouder dan 50 jaar, via 20% in 2006 gaat dit naar 26% in 2011. Deze vergrijzing heeft echter nog maar beperkt invloed op de vervangingsvraag omdat momenteel de leeftijdscategorie 40-55 zwaar vertegenwoordigd is in de sector. De vervangingsvraag neemt nu vooral toe als gevolg van het aantrekken van de economie. Dit geldt vooral voor de lagergeschoolde (niveau 1 en 2). Er zijn echter ook aanwijzingen dat de sector zich enigszins weet te onttrekken aan de invloed van de conjunctuur. In 2006 is het netto verloop een stuk lager dan op statistische gronden verwacht. De komende jaren zal moeten blijken of dit zich doorzet.

Op grond van de trends verwacht Prismant een lichte groei van de instroom in het verpleegkundig en verzorgend onderwijs: de BBL-variant (leren + werken) neemt toe, de BOL-variant (leren + stage) laat een daling zien en men verwacht een stabilisering van de instroom in de sociaalagogische opleidingen.

De komende jaren verschuiven de doelgroepen van nieuwe medewerkers: de potentiële instroom uit het voortgezet onderwijs neemt af, evenals de herintreding van hoger opgeleiden, de herintreding van lager opgeleiden blijft wellicht nog wat langer op niveau. Het belang van nieuwe intreders (mensen die van baan en beroep veranderen) neemt sterk toe.

In alle scenario's van Prismant doen zich problemen voor bij de verzorgenden. De huidige opleidingsomvang is hoe dan ook te gering. In de andere scenario's zijn er ook bij andere personeelscategorieën problemen. Over de beroepsgroep verpleegkundigen binnen de ziekenhuizen is men relatief optimistisch: verpleegkundigen zijn relatief baanvast, bovendien loopt de groei van werkgelegenheid voor verpleegkundigen in de curatieve zorg wat achter op de totale groei van werkgelegenheid in deze sector. Dit zou vooral te verklaren zijn door ligduurverkortingen en een accentverschuiving van zorg verlenen naar behandelen. De groei in diagnostiek en behandeling en de toename van medisch technologie daarbij doet wel de vraag stijgen naar meer paramedische en medisch-ondersteunende zorgverleners. Er is echter nauwelijks arbeidsmarktonderzoek gedaan naar deze beroepsgroepen behalve enig 'veldwerk'. Daarover later meer.

Prismant signaleert een breed scala aan oplossingen om deze dreigende tekorten te voorkomen. Welke oplossingen de beste zijn hangt af van de specifieke omstandigheden. Grote verschillen in uitgangspositie (b.v. hoogte van het verloop, populariteit van de opleidingen) tussen regio's, opleiding- en zorginstellingen maken dat de problemen steeds in hun context bekeken moeten worden. De specifieke situatie en mogelijkheden bepalen wat de meest effectieve oplossingsrichting(en) zijn. Zorginstellingen zullen door het aanbieden van betere loopbaanmogelijkheden en een eigentijds HRM-beleid het vertrek van personeel zo veel mogelijk moeten beperken. Bij verpleegkundigen moet men ook denken aan het behouden of uitbreiden van het marktaandeel onder schoolverlaters en het doorscholen van verzorgenden en SPW-ers. Verder is voor deze groep interne mobiliteit van groot belang. Daarmee voorkomt men dat mensen te lang dezelfde functie uitoefenen en daardoor ongemotiveerd raken. Er dient meer bewust en systematisch loopbaanbeleid te komen. Gepleit wordt ook voor het aanboren van nieuwe doelgroepen zoals zij-instromers en niet-westerse allochtonen (in de zorgsector nog ondervertegenwoordigd). Als maatregelen gericht op behoud van personeel wordt genoemd verhoging van de uittreedleeftijd (reeds gestimuleerd door de overheid), een langere werkweek en een adequaat scholingsbeleid van zittend personeel.

Uit het Prismant-onderzoek blijkt dat mogelijke oplossingen in hun regionale context bekeken moeten worden. Tekorten aan verpleegkundigen vertonen een regionale variatie. Tussen regio's worden bijvoorbeeld grote verschillen gezien in het beslag dat de sector legt op de regionale arbeidsmarkt en de populariteit van het verpleegkundig onderwijs. Ook de mate waarin vrouwen op de arbeidsmarkt participeren, het verloop en de mate waarin in deeltijd gewerkt wordt verschillen. Van der Windt suggereerde in een interview dat meer onderzoek en beleid naar de bijzondere positie van vrouwen op de arbeidsmarkt in het algemeen gerechtvaardigd was gelet op hun aandeel in de curatieve zorg. Ook was opgevallen dat in het westen mogelijk meer vrouwen tevens kostwinner zijn wat een langere loopbaan noodzakelijk maakt. Prismant concludeert dat de vrijheidsgraden om oplossingen te vinden voor dreigende personeelsproblemen groot lijken te zijn en dat de beste kansen regionaal moet worden bepaald aan de hand van strategische keuzes.

Met betrekking tot de ziekenhuizen worden als relevante ontwikkelingen de invoering van gereguleerde marktwerking genoemd naast de overdracht van de kapitaalslasten. Beide ontwikkelingen maken dat de financiële risico's voor de ziekenhuizen toenemen. Als gevolg van noodzakelijke bezuinigingen verdwijnen mogelijk banen en wordt lager geschoold personeel ingezet. Onder druk van meer doelmatigheid worden werkprocessen gereorganiseerd en vindt concentratie plaats. Voorbeelden hiervan zijn de knie-, heup- en oogstraten of de dagbehandelcentra voor electieve zorg. Deze aandacht voor doelmatigheid kan ook stimulerend zijn voor taakherschikking en taakdelegatie.

Gesignaleerde trends in de ziekenhuizen zijn:

- o De omvang van de gemiddelde werkweek die eerst nog steeg, daalde in 2005 weer iets.
- o De vergrijzing van het personeelsbestand zet door: de gemiddelde leeftijd is inmiddels 41 jaar en het aandeel 50+-ers was in 2006 bijna 24%. In 2002 was dit nog 17%.
- o Het aandeel vrouwen verandert nauwelijks: in de periode 2002-2006 lag dit steeds tussen de 80,2% en 81%.
- o De gemiddelde duur van het dienstverband stijgt licht. Men is gemiddeld ruim tien jaar bij dezelfde werkgever in dienst.
- o Er lijkt een einde te zijn gekomen aan de daling van het brutoverloop (vertrekkers uit de instellingen): dit is in 2006 weliswaar hoger dan in 2003, maar nog ruim onder het niveau van 2002.
- o Ook aan de stabiele trend van het nettoverloop lijkt een eind te zijn gekomen: dit percentage steeg van ongeveer 4% in de jaren 2002-2005 naar 5% in 2006.
- o Het ziekteverzuim blijft nog steeds dalen.

2.2. Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP)

In 2007 verscheen de SCP-publicatie 'Verklaringsmodel Verpleging en Verzorging 2007'. Centraal daarin staat de vraag hoe de vraag en het gebruik van verpleging en verzorging zich ontwikkelen tot 2030. Hoewel dit onderzoek zich vooral richt op de AWBZ-gefinancierde zorg zijn een aantal uitspraken voor de curatieve zorg zeer relevant: de bevolking gaat vergrijzen en tot 2030 valt vooral een (relatief) sterke toename te verwachten voor de 65-84-jarigen. Daarnaast zal het aandeel alleenstaanden flink toenemen. Bij de gezondheidskenmerken wordt de sterkste stijging verwacht bij diabetes (+73%). Ook kanker, hartaandoeningen en zenuwaandoeningen laten een forse toename zien (+25%). De potentiële vraag naar alle zorgproducten zal in 2030 30% hoger zijn dan in 2006.

2.3. Stichting Toekomstscenario's Gezondheidszorg (STG)

In haar rapport 'Beroep op flexibiliteit, een toekomstverkenning voor de beroepskrachtenvoorziening in de zorgsector' voorziet het STG een groeiende behoefte aan zorgpersoneel in de nabije toekomst. Gekozen wordt voor een strategische verkenning op het terrein van beroepskrachtenvoorziening in de zorg als alternatief voor de vele kortetermijnoplossingen.

Geconstateerd wordt dat de arbeidsmarkt in de zorg weinig flexibel is. De markt is verdeeld in een groot aantal vakdeelmarkten met weinig mogelijkheden tot uitwisseling en een sterke fixatie op erkende beroepsopleidingen. Dit kan groot effect hebben op zorgketens, zoals een tekort aan operatieassistenten dat leidt tot onvoldoende benutting van operatiecapaciteit.

Ook wordt geconstateerd dat de instroom in de arbeidsmarkt ongunstig wordt beïnvloed door de negatieve publiciteit over de sector. Behoefteramingen voor verschillende beroepsgroepen worden niet onderling afgestemd. Opleidingsinstellingen en zorgaanbieders hebben onvoldoende vrijheid om snel zelf op wijzigende arbeidsmarktverhoudingen in te spelen. Op basis van de analyse wordt geconstateerd dat de verantwoordelijkheid voor het goed functioneren van de arbeidsmarkt onhelder is en dat de besluitvorming het resultaat lijkt te zijn van een permanente onderhandeling tussen de gevestigde partijen.

2.4. Sociaal Economische Raad (SER)

Een van de taken van de SER is het adviseren aan kabinet en parlement over belangrijke onderwerpen in het sociaaleconomisch beleid. De raad geeft vaak gevraagd, maar ook wel ongevraagd advies. Een recent advies betrof het voorkomen van arbeidsmarktknelpunten in de collectieve sector (SER Advies 2006/04). De raad concludeert op basis van beschikbare ramingen van de ontwikkeling van de arbeidsmarkt dat vooral op middellange termijn structurele spanningen en knelpunten te verwachten zijn voor de collectieve sector. Een aantal onderdelen van de collectieve sector zal reeds op afzienbare termijn te maken krijgen met kwantitatieve en kwalitatieve tekorten aan in het bijzonder hoger opgeleid personeel.

Daardoor kan de kwaliteit van de publieke dienstverlening in het gedrang komen en kan er een groeiende (loon)concurrentie ontstaan tussen de collectieve sector en de marktsector. Vooral de sectoren onderwijs en zorg (inclusief welzijn) kunnen forse knelpunten verwachten. De vergrijzing speelt hierbij een belangrijke rol. Uit de beschikbare langetermijnprognoses blijkt dat – zonder aanvullend beleid – het beslag van de sector zorg en welzijn op de arbeidsmarkt fors zal toenemen; daarbij zijn de ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit in deze sectoren en de toename van de zorgbehoefte (ondermeer als gevolg van de vergrijzing) van groot belang. Reeds op middellange termijn kan dit leiden tot grote tekorten aan verzorgend en verplegend personeel, terwijl vanaf 2015 een substantiële toename van de verpleegbehoefte wordt verwacht. De stijgende vraag betreft vooral hoog opgeleiden.

De algemeen stijgende vraag naar hoog opgeleiden kan leiden tot concurrentie tussen de publieke en private sector op het punt van de primair arbeidsvoorwaarden. Daarnaast kunnen personeeltekorten ertoe leiden dat de publieke dienstverlening in de sector zorg en welzijn in het gedrang komt.

2.5. Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek (OSA)

In opdracht van de OSA heeft het IVA uit Tilburg onderzoek gedaan bij 19 zorginstellingen waarvan bekend is dat zij in hun strategisch beleid anticiperen op de meest dominante ontwikkelingen op de zorgmarkt. Als belangrijkste ontwikkelingen worden genoemd:

- o De zorgvraag neemt niet alleen toe maar wordt ook complexer en zwaarder onder invloed van demografische en epidemiologische ontwikkelingen;
- o Patiënten worden mondiger, verwachten integrale en goed afgestemde zorg, bij voorkeur thuis;
- o Veranderingen in de zorgvraag hebben gevolgen voor de vraag naar personeel en voor de benodigde competenties;
- o Verhoogde noodzaak tot doelmatigheid zal extra druk geven op personeel en de arbeidsorganisatie;
- o Zorgaanbieders komen door allerlei ontwikkelingen meer onder druk te staan door steeds hogere eisen vanuit de omgeving. Dit vraagt om samenhangende strategische keuzes op zowel de zorgmarkt, de financieringsmarkt als de arbeidsmarkt.

2.6. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ)

De RVZ bracht in 2006 een advies uit aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, getiteld Arbeidsmarkt en Zorgvraag (RVZ, 2006). Belangrijkste conclusie is dat bij een krimpende beroepsbevolking en een toenemende zorgvraag ingrijpende keuzes onontkoombaar zijn. Als de economie aantrekt ontstaan al op korte termijn personeelstekorten in de caresector. Daarom zijn maatregelen nodig om de vraag naar zorg te verminderen (bijvoorbeeld door ondersteunen van zelfredzaamheid en mantelzorg, en inzetten van ICT en andere moderne hulpmiddelen) en het aanbod aan arbeidskrachten te vergroten (bijvoorbeeld door meer deeltijders meer uren te laten werken, ouderen langer te laten werken en concurrerende arbeidsvoorwaarden aan te bieden).

Voor de langere termijn zijn ingrijpende keuzes dus onontkoombaar. Vroeg of laat betekent een tekort aan personeel namelijk ook: inleveren op kwaliteit. Nu investeren in preventie, arbeidsbesparende bouw, een markt voor persoonlijke dienstverlening en kinderopvang is daarom noodzakelijk.

2.7. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)

In november 2007 presenteerde het Ministerie van VWS haar 'Arbeidsmarktbrief 2007 Werken aan de zorg'. Daarin stelt VWS dat de zorgsector met forse problemen op de arbeidsmarkt te kampen krijgt. Op zeer korte termijn is vooral het probleem van de verzorgenden nijpend. De problematiek wordt op de lange termijn alleen maar groter. Door de toenemende zorgvraag en de beperkte groei van de beroepsbevolking dreigen er forse discrepanties tussen vraag en aanbod van zorgpersoneel te ontstaan. Die discrepantie is niet alleen op te lossen met alleen meer arbeidsinzet, maar vraagt ook om innovatieve en nieuwe zorgconcepten. Alle betrokken partijen zullen op meerdere fronten tegelijk in actie moeten komen om de instroom en behoud van zorgpersoneel te vergroten, de organisatie van de personele inzet te verbeteren en om het beroep op zorgpersoneel te verminderen en uit te stellen.

Het Actieplan 'Werken aan de Zorg' richt zich op arbeidsmarktmaatregelen specifiek voor de zorgsector. Deze sluiten aan op de algemene arbeidsmarktmaatregelen van het kabinet.

Met dit plan wil VWS een stevige basis leggen voor een actief arbeidsmarktbeleid gericht op een toekomstbestendige zorgverlening. In de komende 4 jaar wordt ruim 500 miljoen euro geïnvesteerd in maatregelen gericht op innovatie van de zorgprocessen, het behoud van het zittende personeel en het stimuleren van de instroom van nieuw personeel.

Zo wordt fors geïnvesteerd in stageplaatsen, opleidingen en innovaties die werkdrukverlichting en arbeidsbesparing opleveren. Voorlichting van jongeren over werken in de zorg wordt gestimuleerd, evenals het werven en opleiden van lager opgeleiden en allochtone vrouwen en de samenwerking tussen zorg- en onderwijsinstellingen en lokale overheden voor regiospecifieke oplossingen. Ondersteund wordt de uitbreiding van deeltijdcontracten door de Taskforce Deeltijd Plus evenals de verspreiding van levensfasebewust personeelsbeleid, het stimuleren van medewerkerveiligheid, professionalisering van medewerkers en de continue innovatie door zorginstellingen. Ook voor de lange termijn wordt een aanpak op meerdere fronten gecontinueerd en mogelijk geïntensiveerd. Dit ondermeer in de vorm van een commissie die VWS hierover van advies zal dienen.

2.8. Paramedische beroepsgroepen

De hier boven geciteerde ontwikkelingen en beschouwingen zijn vooral gebaseerd op onderzoek naar de verpleegkundige, verzorgende en sociaalagogische beroepsgroepen. Over de arbeidsmarkt van paramedische beroepsgroepen is veel minder bekend. Prismant publiceerde in 2002 haar laatste rapport 'Inspanning Beloond' over de arbeidsmarkt voor operatieassistenten en anesthesiemedewerkers (van der Windt et al., 2002). Desgevraagd gaf men aan dit onderzoek alleen te zullen herhalen op verzoek van partijen in de markt. Verwezen werd naar het nieuw gevormde College Ziekenhuis Opleidingen (CZO). Aldaar bleken echter (nog) geen relevante gegevens voorhanden te zijn, uitgezonderd de opleidingsaantallen. Het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) werkt aan de opzet van een onderzoeksprogramma 'Beroepen in de Gezondheidszorg'. De veranderende inrichting van het zorgstelsel en de toekomstige vraag naar zorg dus personeel vragen om een nauwgezette monitoring van de arbeidsmarkt, aldus het NIVEL. Verwezen wordt naar de versnippering van het stelsel van beroepen en opleidingen in de gezondheidszorg wat daardoor ongeschikt is om te voldoen aan de snel stijgende zorgvraag en een steeds complexer zorgproces. Om die reden is het College voor de Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg (CBOG) opgericht. De doelstelling van het CBOG is het bevorderen en bewaken van een optimale personele bezetting in de gezondheidszorg, zowel kwantitatief als kwalitatief. Deze doelstelling betreft zowel bestaande beroepen als nieuwe beroepen die onder auspiciën van het college zullen worden ontwikkeld. In het CBOG zal waarschijnlijk het Capaciteitsorgaan worden opgenomen. Het NIVEL-onderzoek zal zich ondermeer richten op aanbodregistraties van beroepsbeoefenaren (via internet) en capaciteitsramingen, niet alleen voor de medische beroepen, maar ook voor andere beroepen in de gezondheidszorg (Website NIVEL, 2007). Welke beroepsgroepen dit zijn wordt nog niet duidelijk. Vooralsnog lijkt het NIVEL zich eerder te richten op (mede)behandelaars en minder op de medisch-ondersteunende beroepen.

Op eigen initiatief is door het OK-management van het Leids Universitair Medisch Centrum tweemaal een landelijke enquête uitgevoerd naar de arbeidsmarktproblematiek voor operatiecentra (Boer en van Beuzekom, 2005, 2007). Tot slot beschikken we over het rapport 'Arbeidsmarktonderzoek Laboratoriumtechniek 2007' van de VAPRO-OVP Groep (van Gaans et al., 2007). Gelet op de aard van ons eigen werkveld (operatiecentra en klinisch chemisch laboratoria) beperken we ons hier tot een korte schets van het arbeidsmarktbeeld voor deze beroepsgroepen.

Op de arbeidsmarkt voor operatieassistenten en anesthesiemedewerkers geldt eigenlijk continue schaarste, met name in de grootstedelijke regio's. Ook hier spelen conjuncturele invloeden een rol maar dan met als uitkomst meer of minder schaarste. Complicerend in deze markt is het fenomeen 'detacheringbureaus' die handig op de tekorten inspelen. In tijden van hoogconjunctuur en toenemende krapte op de arbeidsmarkt verleiden zij operatieassistenten en anesthesiemedewerkers met hogere netto salarissen en lease-auto's om zich vanuit een dergelijk commercieel bureau te laten verhuren aan diverse ziekenhuizen.

Hierdoor neemt het aantal vacatures binnen de operatiecentra exponentieel toe die vervolgens moeten worden opgevuld met zeer dure krachten vanuit dezelfde bureaus (2x zo duur als reguliere krachten). Bovendien zijn deze 'hulpverleners' beperkt inzetbaar hetgeen extra druk geeft op de vaste medewerkers en op de kwaliteit van zorg. De reguliere instellingen kunnen niet echt concurreren met deze bureaus omdat men gehouden is aan het CAO-regime van de publieke sector. De vraag is hier gerechtvaardigd hoe groot het arbeidsmarktprobleem werkelijk is: los van de beleving door de ziekenhuizen zijn de detacheringkrachten tenslotte ook beschikbaar op de arbeidsmarkt. Aan alternatieve oplossingen zoals het inhuren van buitenlandse krachten kleven allerlei bewaren zoals kwaliteitsverschillen, bureaucratie rond immigratie en ethische dilemma's zoals het verlies van professionele kwaliteit in het (ontwikkelings-)land van herkomst.

Onderzoek naar de arbeidsmarkt voor OK-personeel werd door Prismant voor het laatst verricht in 2002. Belangrijkste input werd geleverd door bijna 80% van de hoofden van operatiecentra in Nederland. Ook toen was sprake van een voortdurende krappe arbeidsmarkt met lokaal sluiting van OK-capaciteit. Als belangrijkste maatregelen werden door het OK-management genoemd: verbetering primaire en secundaire arbeidsvoorwaarden (waaronder arbeidsmarkttoeslag) naast verbetering van de productiviteit (minder verzuim, verbeterde inzetbaarheid door scholing).

Geconstateerd werd dat operatieassistenten en anesthesiemedewerkers een relatief laag verloop kennen (10 jaar bij dezelfde werkgever). Als vertrekredenen werden vooral genoemd de reis- en werktijden naast onvoldoende loopbaanmogelijkheden of te hoge werkdruk.

Het aantal opleidingsplaatsen bleek tussen 1995 en 2001 gegroeid te zijn met 33%: van 900 naar 1200. Dit bij een licht dalend studierendement dat overigens nog aanmerkelijk hoger ligt dan bij veel andere HBO-opleidingen in de zorg. Voorspellingen vanuit de markt duiden vooral op groeiende tekorten bij anesthesiemedewerkers.

Onderzoek naar arbeidsbeleving door medewerkers wees uit dat OK-personeel veel waarde hecht aan de inhoud van het werk, gevolgd door arbeidsomstandigheden en tevredenheid over de arbeidsorganisatie en een prettig sociaal klimaat, waarbij goed leiderschap essentieel is. Aanbevelingen destijds concentreerden zich op twee fronten: een royaal opleidingsbeleid, vooral t.a.v. anesthesiemedewerkers en een actief verloopbeheersbeleid.

Aan de recent uitgevoerde landelijke enquête naar de arbeidsmarktproblematiek voor operatiecentra (Boer en van Beuzekom, 2007) werd door 62 ziekenhuizen (van de ca 100) deelgenomen. Als belangrijkste resultaten noemen de onderzoekers:

- o 42% van de ziekenhuizen geeft aan een onvolledige personeelsformatie te hebben, waarbij het tekort aan anesthesiemedewerkers het meest uitgesproken is (27%);
- o 16% moet OK's (0,1%-16% op jaarbasis) sluiten als gevolg van personeelstekorten;
- o 31% zet detacheringbureaus in om de OK open te houden;
- o 46% van de respondenten vindt dat de arbeidsmarkt slechter is geworden dan in 2005. Als veruit de belangrijkste oorzaak van de huidige arbeidsmarktsituatie wordt de veroudering van OK medewerkers en daarmee verminderde inzetbaarheid gezien.
- o Als belangrijkste wijze om personeel te krijgen/behouden wordt opleiden gezien (26%). 89% van de instellingen heeft opleidingsplaatsen. Verbeteren van secundaire voorwaarden (23%) en toekennen van arbeidsmarkttoelage (21%) worden tevens als belangrijke middelen voor personeelsbehoud gezien.

Overigens blijkt uit de gegevens dat aan de belangrijkste oplossing (meer opleiden) niet al te hard wordt gewerkt: er waren meer ziekenhuizen waar het aantal opleidingsplaatsen was afgenomen dan ziekenhuizen waar dit aantal was toegenomen. Mogelijk hangt dit samen met het gegeven dat genoemde medewerkers alleen via de zgn. inservice-opleidingen kunnen worden opgeleid. Werkgevers geven aan dat de opleidingscapaciteit in ziekenhuizen begrensd wordt door financiële beperkingen en de maximale begeleidingscapaciteit in de praktijk (Prismant, 2006). Dat opleiden belastend is, is ook de eigen ervaring in het UMC Utrecht waar het aantal opleidingsplaatsen ondanks deze belemmeringen van 24 in 2003 naar 34 in 2007 is gegroeid. Streven is door te groeien naar 44 opleidingsplaatsen in 2010. Ook in het UMC Utrecht geeft de praktijk aan soms tegen de grenzen van de begeleidingsmogelijkheden aan te lopen. Professionals zijn best bereid om studenten te begeleiden maar willen ook af en toe zelf het eigen vak kunnen uitvoeren.

Een ander punt van zorg is het toenemend personenverkeer op de operatiekamers waarvan is aangetoond dat het samenhangt met een toename van postoperatieve wondinfecties. Zo is het in een UMC niet uitgesloten dat een OK-team zich vanwege de opleidingstaken meer dan verdubbelt (student operatieassistent, student anesthesiemedewerker, arts-assistent chirurgie in opleiding, arts-assistent anesthesie in opleiding, co-assistent, stagiaire verpleegkunde of röntgen en eventueel nog een min of meer wilde bezoeker ...).

Binnen de divisie Perioperatieve Zorg & Spoedeisende Hulp van het UMC Utrecht wordt een meersporenbeleid ontwikkeld om tot het beoogde aantal opleidingsplaatsen te komen op een wijze die voor de praktijk hanteerbaar is:

- o vermindering uitval / verhoging opleidingsrendement door optimalisatie studentenselectie, adequate praktijkopleidingsorganisatie en positief leerklimaat;
- o optimale samenwerking en verdeling opleidingstaken tussen de 3 OK-centra;
- o meer spreiding van studenteninstroom door 2 startmomenten per jaar;
- o verkorte opleidingstrajecten met behulp van EVC-procedures voor anders opgeleiden of herintreders;
- o zo mogelijk gebruik van externe stages;
- o meer gebruik van binnenschools vaardigheidsonderwijs.

Mogelijk zal de landelijke opleidingscapaciteit positief gestimuleerd worden als vanaf (waarschijnlijk) 2009 de planning en financiering van deze capaciteit door het College Ziekenhuis Opleidingen (CZO) wordt overgenomen. Dat lijkt hard nodig gelet op de volgende aantallen nieuw gediplomeerde anesthesiemedewerkers en operatieassistenten:

	2003	2004	2005	2006	2007
Anesthesiemedewerkers	138	137	144	140	127
Operatieassistenten	271	231	248	232	234

Tabel 1 : Aantal nieuw uitgegeven diploma's in Nederland aan anesthesiemedewerkers en operatieassistenten.
Bron: Secretariaat College Ziekenhuis Opleidingen, januari 2008.

Met betrekking tot de arbeidsmarkt voor *laboratoriumpersoneel* is onderbouwing van onze beeldvorming ten dele gebaseerd op het Arbeidsmarktonderzoek Laboratoriumtechniek 2007 van VAPRO-OVP Groep te Leidschendam. Deze groep bestaat uit de Stichting Kenniscentrum PMLF die wettelijke taken uitvoert in het beroepsonderwijs, Stichting Opleidingsfonds OVP en VAPRO-OVP BV, die diensten verleent op het gebied van Human Resource Development. VAPRO-OVP is ontstaan uit de samenwerking van sociale partners op landelijk niveau.

De centrale onderzoeksvraag van dit onderzoek luidde:

'Hoe heeft de arbeidsmarkt zich het afgelopen jaar in de sector laboratoriumtechniek ontwikkeld en wat zijn de verwachtingen voor de toekomst?'

Daar deze groep zich voornamelijk richt op de aansluiting van arbeids- en onderwijsmarkt op mbo-niveau, zijn veel vragen gericht op het middelbaar beroepsonderwijs. Voor de uitvoer van het onderzoek is het "register leerbedrijven"-bestand van circa 850 adressen gebruikt. Hieruit is een steekproef gerealiseerd van 363 organisaties (waarvan 90 medische laboratoria). Dit is een respons van 43%. De resultaten in dit rapport zijn representatief voor dit leerbedrijvenbestand. De belangrijkste resultaten:

In 2007 is het aantal beschikbare arbeidsplaatsen licht toegenomen ten opzichte van begin 2006. Per saldo is er sprake van een groei van 5,7%. Afgezet tegen de overall werkgelegenheidsgroei in 2006 van 1,4% (CBS, 2007), dan is de groei het afgelopen jaar binnen de laboratoriumtechniek groot te noemen.

Een groot deel (69%) van de organisaties had in het afgelopen jaar vacatures voor laboratoriumpersoneel. Gemiddeld stonden per organisatie drie vacatures open voor laboratoriumpersoneel, waarbij in de meeste gevallen naar een vooropleiding op mbo-niveau is gevraagd. Helaas waren er ook knelpunten; bijna een kwart van de organisaties in de sector had moeilijk vervulbare vacatures, voornamelijk op mbo- en hbo-niveau. Een lage respons en ongeschikte kandidaten waren de voornaamste redenen. Aan de vervangingsvraag lijkt momenteel voldaan te kunnen worden, maar de moeilijkheden lijken voornamelijk te bestaan bij het voldoen aan de uitbreidingsvraag.

Ook in het komende jaar lijkt het vinden van voldoende geschikt laboratoriumpersoneel vaak een probleem te worden; ruim de helft van de organisaties met verwachte vacatures maakt zich hier zorgen om, wederom op zowel op mbo- als op hbo-niveau. Vertrekkend laboratoriumpersoneel betekent ook het verdwijnen van belangrijke kennis.

Om naar aanleiding hiervan het kennisniveau op peil te houden, is scholing het meest toegepaste middel. Ook kennisborging via werkbeschrijvingen en multi-inzetbaarheid van laboratoriumpersoneel worden in dit kader veel toegepast.

Over de werkgelegenheid voor de komende vier jaar zijn laboratoria redelijk optimistisch. Zij verwachten per saldo een groei van 8,7% over deze periode. Opvallend is dat medische laboratoria de komende vier jaar een afname van het aantal laboratoriummedewerkers verwachten (in het verleden wel een groeiscenario verwacht). Deze afname komt mogelijk door relatief meer automatisering en op medisch onderzoeksgebied worden er geregeld laboratoria samengevoegd waardoor er arbeidsplaatsen verdwijnen. Bij het bekijken van de ontwikkeling van de werkgelegenheid in de komende jaren, komt ook het thema vergrijzing om de hoek kijken. Slechts 21% van alle laboratoriumorganisaties verwacht knelpunten op het gebied van laboratoriumpersoneel als gevolg van vergrijzing. Opvallend is dat medische laboratoria relatief vaker problemen door vergrijzing verwachten; deze laboratoriumorganisaties hebben een relatief groot aandeel medewerkers boven de 40 jaar. Deze organisaties hebben dan ook een bovengemiddeld interesse in het voeren van leeftijdsbewust personeelsbeleid

Door de steeds meer geavanceerde technologische ontwikkelingen bestaat het idee dat de benodigde inzet van medewerkers relatief lager zal zijn. Automatisering heeft de afgelopen jaren laten zien dat de toename in productie de afgelopen jaren vaak met eenzelfde aantal medewerkers verwerkt kan worden. Dit kan tot een bepaalde schaalgrootte (omslagpunt) doorgevoerd worden. Door technologische ontwikkelingen ontstaan er ook nieuwe mogelijkheden (bijvoorbeeld DNA onderzoek) met betrekking tot laboratoriumdiagnostiek. Hiervoor is wel extra inzet nodig van analytische laboratoriumpersoneel.

Deze golfbeweging is een duidelijk aanwezig in het Gemini Ziekenhuis. Door dreiging van een faillissement is de totale personeelsformatie van het laboratorium in 2004 met 12% afgenomen. De jaren daarna is er toegewerkt naar een efficiënte inzet van personeel met een steeds toenemende productiestijging in laboratoriumdiagnostiek. Echter gericht op de toekomst worden, als antwoord op de vraag van behandelaars en aanvragers, nieuwe technologieën geïmplementeerd. Dit vraagt extra inzet van personeel. Interne processen en de afstemming met externe en ondersteunende processen zijn de afgelopen jaren geoptimaliseerd, waardoor er weinig ruimte voor deze benodigde innovatieslag bestaat. De ver doorgevoerde kostenstrategie van de afgelopen jaren staat het insteken op klantwaarde van de dienstverlening in de weg. Nu er weer mogelijkheden bestaan vacatures te stellen is het bij de bestaande krappe arbeidsmarkt nu bijzonder moeilijk de gecreëerde vacatures in te vullen. Daarnaast wordt aan aanwezige medewerkers gevraagd zich niet alleen te richten op efficiëntie en kwaliteit van de interne processen, maar ook hoe zij zelf een meerwaarde voor de klant kunnen zijn. Dat betekent een omslag in zowel kwantiteit als kwaliteit van laboratoriummedewerkers.

2.9. Conclusie en beschouwing

De vraag die in dit hoofdstuk centraal stond was: *wat is het (toekomstig) beeld van de arbeidsmarkt in de ziekenhuiszorg?*

Gemeenschappelijke deler in alle publicaties over de arbeidsmarkt in de zorg is dat de zorgvraag gaat toenemen in volume en complexiteit op grond van demografische ontwikkelingen. Aan de aanbodzijde wordt over vijf à tien jaar een sterk stijgende vervangingsvraag verwacht als gevolg van de vergrijzing van het huidige personeelsbestand. Daarbij komt dat de Nederlandse arbeidsmarkt krappere wordt. Het traditionele aanbod voor de sector, vooral schoolverlaters en herintreders, slinkt. Rekening houdend met de erkenning van de toegenomen maatschappelijke vraag naar meer en betere zorg, geldt voor alle belangrijke groepen van verpleegkundigen, verzorgenden en sociaalagogen dat zich in 2011 tekorten manifesteren. Binnen de ziekenhuizen kan het absolute tekort aan verpleegkundigen meevallen, mede door de steeds verder afnemende ligduur van patiënten.

Met betrekking tot de ziekenhuizen wordt als relevante ontwikkelingen de invoering van gereguleerde marktwerking genoemd, de invoering van de DBC-systematiek naast de overdracht van de kapitaalslasten. Deze ontwikkelingen maken dat de financiële risico's voor de ziekenhuizen toenemen. Als gevolg van noodzakelijke bezuinigingen verdwijnen mogelijk banen en wordt lager geschoold personeel ingezet. Het beeld van de zorgsector als veilige haven met levenslange baan zekerheid zal mogelijk verdwijnen. Onder druk van meer doelmatigheid dan wel scherpere kostprijzen worden diagnose- en behandeltrajecten verkort en gestroomlijnd. Aangenomen mag worden dat door deze focus op diagnose en kortdurende therapie de vraag naar medisch-ondersteunend personeel (medisch analisten, operatieassistenten en anesthesiemedewerkers) eerder zal toenemen, mogelijk leidend tot groeiende tekorten. Een toekomstbeeld daarvan ontbreekt omdat relatief weinig onderzoek naar deze beroepsgroepen is verricht, wat uiteraard bij dezen van harte wordt aanbevolen. De aandacht voor meer doelmatigheid kan echter ook stimulerend zijn voor taakherschikking en taakdelegatie naar anders opgeleiden.

Als maatregelen om het arbeidsmarktprobleem te voorkomen dan wel te verkleinen worden in de verschillende publicaties met name genoemd: meer loopbaanmogelijkheden, een eigentijds HRM-beleid, aanboren van nieuwe doelgroepen zoals zij-instromers en niet-westerse allochtonen, verhoging van de uittreedleeftijd, een langere werkweek en een adequaat scholingsbeleid van zittend personeel. Mogelijke oplossingen moeten in hun regionale context bekeken worden, vanwege de geconstateerde regionale variatie.

Voor de genoemde paramedische beroepsgroepen in de ziekenhuizen is uitbreiding van de opleidingscapaciteit essentieel. Uitdaging daarbij is de praktijk zo min mogelijk te belasten door een flexibel opleidingsaanbod met een maximaal opleidingsrendement.

Er is een veelheid aan onderzoek en gegevens over de (toekomstige) arbeidsmarkt in de zorg beschreven. Waar we achter kwamen is dat veel publicaties gestaafd zijn op de aanvankelijke Prismant-gegevens, waardoor nieuwe inzichten weinig geboden worden. Onderzoek gericht op specifieke doelgroepen worden slechts op aanvraag opgestart. Zo is het mogelijk dat voor onze essentiële beroepsgroepen weinig resultaten bekend zijn.

Hoe dan ook, dat de arbeidsmarkt in de ziekenhuiszorg onder toenemende druk komt te staan is evident. In het vervolg van deze thesis zullen we ons vooral richten op de vraag welke kenmerken van een arbeidsrelatie in het huidige strategisch HRM-beleid in de zorg van belang zijn en in hoeverre dit past bij de veronderstelde groei van marktwerking in de zorg ?

Kortom wat zijn de kenmerken van de individuele arbeidsrelatie en welke winst is daarin voor zowel de organisatie als de individuele medewerker te boeken ?

Voordat we deze vragen trachten te beantwoorden zal in de hoofdstukken 3 en 4 eerst worden ingegaan op het verschijnsel 'marktwerking in de zorg' en de 'kenmerken van de arbeidsrelatie' in het algemeen.

3

Marktwerving in de zorg

In dit hoofdstuk gaat het om de vraag wat verstaan wordt onder marktwerving en dan specifiek, marktwerving in de zorg. In aanloop naar hoofdstuk 4 gaat het tevens om de vraag welke effecten de genoemde marktwerving op de arbeidsmarkt en op de organisatie van het werk heeft.

Marktwerving wordt in het algemeen gedefinieerd als het (automatisch) tot stand komen van een geschikte prijs voor een dienst of product wanneer er evenwicht ontstaat tussen vraag en aanbod (Boot, 1997). Putters (2001) beschrijft in zijn dissertatie 'geboeid ondernemen' dat van marktwerving gesproken kan worden als er concurrentie bestaat. Klanten kunnen op twee manieren de aanbieder beïnvloeden, enerzijds door het beleid direct te beïnvloeden en anderzijds door naar een ander over te stappen. Als dit laatste werkt dan is er sprake van concurrentie. De klant moet zonder al te veel problemen over kunnen stappen naar een andere aanbieder. De dreiging van overstap is van belang voor de concurrentie. Marktwerving veronderstelt dus vrijheid aan zowel de vraag- als aanbodzijde.

3.1. Concurrentiekrachten

Volgens Porter (1979) is het belangrijkste voor het formuleren van een strategie rekening houden met concurrentie.

Organisaties maken vaak keuzen onder omgevingsdruk die op korte termijn resultaat opleveren zonder een visie op de lange termijn te ontwikkelen. Activiteiten om de concurrentiepositie te verstevigen worden gezien als een succesvolle strategie, maar anticipatie op de reactie van anderen is belangrijk omdat collegae of concurrenten geneigd zijn deze activiteiten zelf te gaan ontplooiën. In het gevecht om marktaandeel, manifesteert concurrentie zich niet alleen in de andere concurrenten, maar ook in economische factoren, klanten, leveranciers, potentiële toetreders en substitutieproducten. De invloed van deze factoren hangt af van de markt. Porter stelt dat men afhankelijk is van vijf basiskrachten (figuur 1).

De collectieve kracht van deze factoren draagt bij aan het uiterste winstpotentieel en geeft aan wat mogelijk is. Wat de collectieve kracht ook is, het organisatiedoel is om een strategie te vinden, waarbij de organisatie zichzelf het beste kan verdedigen. Porter stelt dan ook dat concurrentie een krachtig middel is om economische en maatschappelijke vooruitgang te bereiken.

Concurrentie in een bedrijfstak wordt volgens hem bepaald door drie soorten concurrenten: 1) interne concurrentie, 2) potentiële concurrentie en 3) externe concurrentie. De intensiteit van deze verschillende soorten concurrentie hangt af van 5 basisfactoren, volgens Porter.

Deze vijf krachten zijn:

1. Rivaliteit (interne concurrentie)

Weinig interne concurrentie is een gunstige voorwaarde voor een hoog gemiddeld rendement. Bedrijven kunnen betere prijzen voor hun producten of diensten vragen en hogere marges binnenhalen dan wanneer men elkaar probeert af te troeven op prijs en kwaliteit. Omgekeerd zal intensieve concurrentie het gemiddelde rendement drukken.

2. Toetreding (potentiële concurrentie)

Hoe moeilijker het is tot een bedrijfstak toe te treden, hoe hoger het gemiddelde rendement daar meestal ligt. Een hoge drempel maakt de bedrijfstak onaantrekkelijk voor nieuwkomers. Zij blijven al snel weg als de aanloopkosten hoog zijn, het moeilijk is toegang te krijgen tot de distributiekanaal of de consument van zijn merkentrouw af te brengen. Voor de gevestigde bedrijven betekent een hoge entreebarrière dat ze in een afgeschermd sector kunnen opereren, zonder al te veel rivaliteit, met hoge gemiddelde winstcijfers. In een laagdrempelige sector zal het gemiddelde daarentegen vaak omlaag worden gehaald door de hevige concurrentie.

3. Substitutie (potentiële concurrentie)

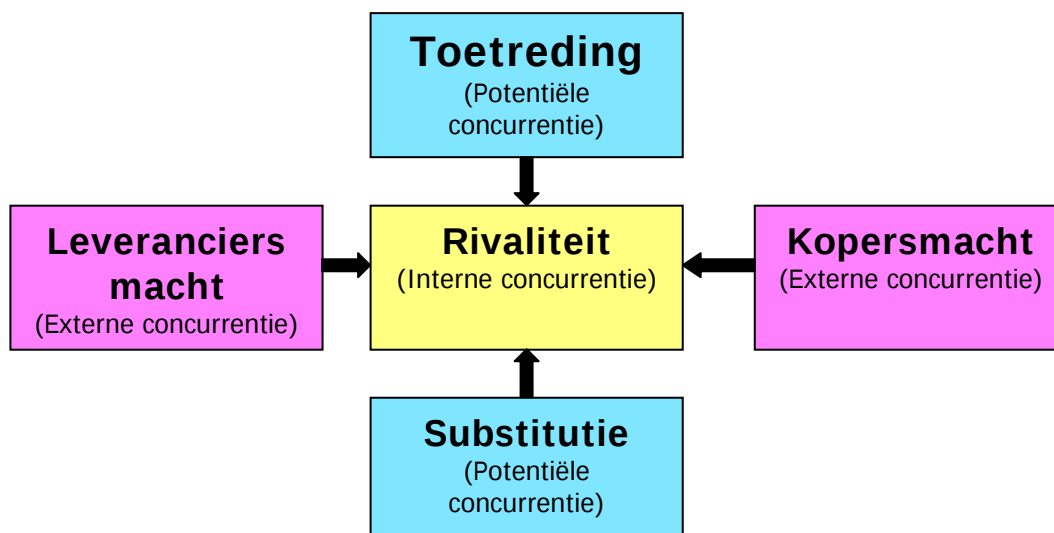
Als er weinig substituten bestaan voor de producten of diensten die een bedrijfstak voortbrengt, heeft dit eenzelfde effect als wanneer de toegangsdrampels hoog zijn. Er zullen niet gauw nieuwkomers uit andere branches binnendringen omdat dit te veel moeite kost. Dit draagt bij tot een hoog gemiddeld rendement. Zijn er daarentegen wel substituten uit andere bedrijfstakken, kan er gemakkelijk intensieve concurrentie ontstaan. Dit kan weer nadelig uitpakken voor het gemiddelde rendement in de bedrijfstak.

4. Kopersmacht (externe concurrentie)

Bij de vierde concurrentiekracht denkt Porter vooral aan de huidige afnemers. Een bedrijf dat een groot aantal, weinig kritische klanten heeft, kent een sterkere onderhandelingspositie dan een bedrijf met maar één of twee, veeleisende afnemers. Zwakke afnemers scheppen dus een gunstige voorwaarde voor een hoog rendement, sterke afnemers staan een hoog bedrijfsresultaat in de weg. Wanneer de bedrijfstak wordt gedomineerd door veel fabrikanten van massaproducten is er meestal sprake van zwakke afnemers.

5. Leveranciersmacht (externe concurrentie)

De vijfde concurrentiekracht, de machtspositie van leveranciers, is vooral van invloed op de prijzen die binnen de bedrijfstak moeten worden betaald voor grondstoffen en halffabrikaten. Is er een groot aantal leveranciers met een zwakke onderhandelingspositie, dan zullen de prijzen waarschijnlijk laag liggen. Daarmee is een goede voorwaarde geschapen voor een hoog rendement op investeringen. Het omgekeerde doet zich voor als er weinig, krachtige leveranciers zijn: hoge inkooprijzen maken het moeilijk een hoog rendement te behalen.



Figuur 1: vijfkrachten model van Porter

De vijf krachten tezamen bepalen de winstgevendheid en inzicht hierin zal moeten leiden tot concurrentiestrategieën. Volgens het model is het mogelijk dat winstmarges door onderlinge concurrentiestrijd ten gunste kunnen komen van nieuwe toetreders, substituten, klanten of leveranciers in plaats van aan de eigen organisatie.

3.2. Concurrentiestrategieën

Volgens Porter draait het in essentie bij een onderneming om het omgaan met concurrentie. Het doel van de ondernemingsstrategie is om de genoemde competitieve krachten in de markt zo goed mogelijk het hoofd te bieden.

De kern van het 'vijfkrachtenmodel' wordt gevormd door een *strategic fit*. De markt en de positionering die de dienstverlener met haar diensten wenst in te nemen, moeten goed bij elkaar passen. Er zal een 'fit' moeten zijn. Daarom ontwikkelde Porter in de tachtiger jaren, op basis van zijn vijfkrachtenanalyse, vier generieke strategieën om te komen tot competitieve voordelen ten opzichte van de concurrentie:

1. een strategie die is gebaseerd op kostenleiderschap
2. een differentiatiestrategie
3. een focusstrategie gericht op kosten
4. een focusstrategie gericht op differentiatie

Deze vier strategieën zijn van belang bij besluitvorming over toekomstige strategische positionering van de organisatie.

Doelstelling van kostenleiderschap is het realiseren van een lager kostenniveau dan de concurrentie bijvoorbeeld door schaalvoordelen, standaardisatie van processen of het aanbieden van bestaande producten voor een brede doelgroep.

Binnen een differentiatiestrategie legt een bedrijf zich toe op het ontwikkelen van meerdere complexe producten die door de eindgebruiker als uniek worden bestempeld. Door aandacht voor kwaliteit en innovatie probeert men voor een brede doelgroep meerwaarde te leveren.

Een focusstrategie gericht op het hebben van het laagste kostenniveau houdt in dat de organisatie met zijn strategie richt op een specifiek gestandaardiseerd product voor een beperkte doelgroep; het verschil met de twee eerst genoemde vorige strategieën is dat bij deze strategie wordt gekozen voor een kleinere 'scope' of reikwijdte.

Een focusstrategie gericht op differentiatie houdt in dat de organisatie met zijn strategie richt middels innovatie op een scala aan hoogwaardige producten voor een beperkte doelgroep; het verschil met de twee eerst genoemde strategieën is dat bij deze strategie eveneens wordt gekozen voor een kleinere 'scope' of reikwijdte (figuur 2).

Behalve de keuze tussen strategie van kostenleiderschap en productdifferentiatie moet een onderneming ook beslissen in welke marktsegmenten ze actief wil zijn en welke spreidingsstrategie zij wil toepassen. De strategische scope handelt over grenzen in termen van geografie, productdiversiteit, grenzen aan marktgebieden. Het concurrentievoordeel dat een instelling wel of niet heeft wordt dus beïnvloed door prijs/kostenbeleid, de mate van differentiatie en het bereik van het producten/dienstenaanbod.

		Competitive Advantage	
		Lower Cost	Differentiation
Competitive Scope	Broad Target	1. Cost Leadership	2. Differentiation
	Narrow Target	3a. Cost Focus	3b. Differentiation Focus

Figuur 2: generieke strategieën volgens Porter

Rekening houdend met de omgeving en de aanwezigheid van interne krachten, middelen en mensen is het door externe ontwikkelingen en dynamiek voor instellingen dus van groot belang om concurrentiestrategieën te ontwikkelen, te herkennen en uit te voeren.

Treacy & Wiersema (1994) hebben hierbij een aantal aanvullende en congruente denklijnen aan beide modellen. Zij hebben drie strategieën ontwikkeld die de basis kunnen vormen van een kernvaardigheid.

1. Operational Excellence

Superieure operaties en uitvoering. De organisatie probeert een combinatie van prijs, kwaliteit en koopgemak te vinden die geen van de concurrenten kan evenaren. De focus ligt op efficiency, gestroomlijnde operaties, Supply Chain Management, geen-franjes, volume is vaak belangrijk. De pure kostenleiders houden zich niet of nauwelijks bezig met innovaties of één-op-één relaties. De propositie van een kostenleider is een gegarandeerd lage prijs en een probleemloze service.

2. Productleiderschap (Best product)

De productleider blinkt uit in innovatie en merkmarketing. Het bedrijf opereert in dynamische markten. De focus ligt op ontwikkeling, innovatie, ontwerp, time to market, hoge marges in een korte tijdsperiode. Flexibele bedrijfsculturen. Volgens Treacy & Wiersema vereist 'Productleiderschap' andere kernvaardigheden. Deze dienstverlener is bezig steeds opnieuw de grenzen van diensten en dienstverleningsprocessen te verleggen. Het streven naar verbazing is het doel van een productleider.

3. Klantenpartnerschap (Customer Intimacy)

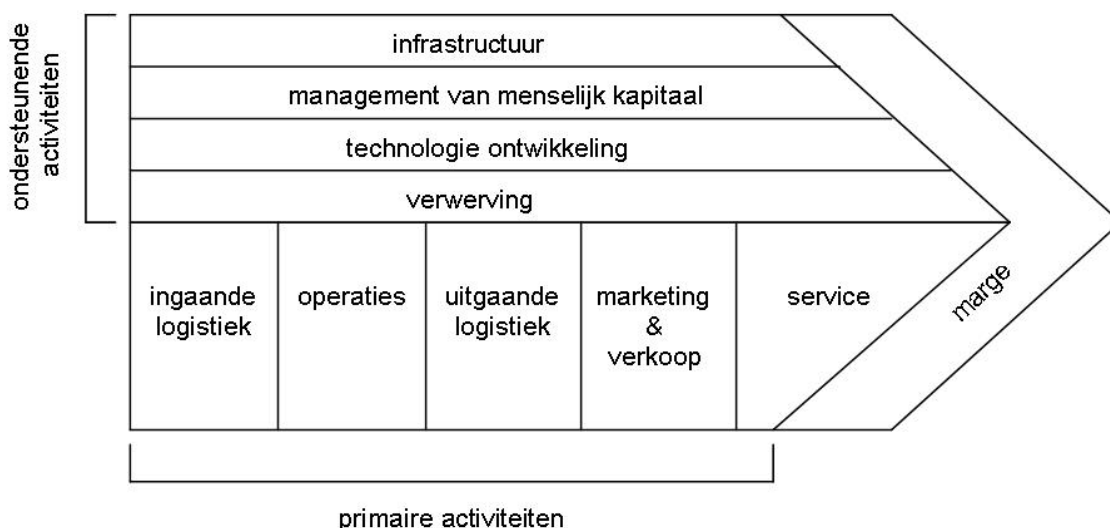
De laatste categorie waar men volgens Treacy & Wiersema kan excelleren zou kunnen liggen in het klantenpartnerschap. Het bedrijf blinkt uit in klantaandacht en klantenservice, een relatie vergelijkbaar met die van bijvoorbeeld goede burens. Er wordt dan niet zozeer gelet op de markt, maar veel meer op de specifieke wensen van de klant. Het past zijn producten en diensten aan ten behoeve van individuele of bijna-individuele klanten. Er is aandacht voor het leveren van producten en diensten op tijd en boven klantenverwachtingen, lifetime value concepten, betrouwbaarheid en dicht bij de klant zijn.

Uit de drie generieke waardedisciplines van Treacy en Wiersema moet het bedrijf er één uitkiezen en constant en krachtig daarnaar handelen, terwijl de andere twee niet onder een bepaalde drempelwaarde mogen zakken.

In tegenstelling tot de vier generieke strategieën van Porter (kostenleiderschap, differentiatieleiderschap, kostenfocus en differentiatiefocus) mogen bij het waardedisciplinemodel geen van de andere disciplines worden veronachtzaamd: de drempelniveaus op de twee disciplines die niet worden geselecteerd moeten worden gehandhaafd. Volgens Porter riskeren bedrijven die zo handelen "in het midden vast te komen zitten".

De gekozen strategie wordt nader ingevuld door de organisatie door de keuze voor bepaalde ontwikkelingsrichtingen en de wijze waarop dit wordt gerealiseerd. De ontwikkelingsrichting heeft betrekking op productmarkt combinaties, waarin een organisatie actief wil zijn (Ansoff 1987). Generieke strategieën en ontwikkelingsrichtingen kunnen op verschillende wijzen worden gerealiseerd. De drie belangrijkste zijn: interne ontwikkeling (strategie wordt op eigen kracht gerealiseerd), fusies en overname (groei, nieuwe producten/markt mogelijk) en gezamenlijke ontwikkeling door strategische allianties. Bij interne ontwikkeling ligt het accent op concurrentie en profilering tussen de organisaties en bij gezamenlijke ontwikkeling staat samenwerking centraal.

Het is belangrijk een strategie te ontwikkelen die antwoord geeft op de kansen en bedreigingen die worden signaleerd in de omgeving en tevens recht doet aan de sterkten en zwakten van de eigen organisatie. 'Value chain' ofwel de waardeketenanalyse volgens Porter (figuur 3) kan hierbij ondersteunen. Een waardeketen wordt gevormd door alle activiteiten die nodig zijn om te komen tot de uiteindelijke zorg en dienstverlening. Dit betekent dat niet de activiteiten van een enkele afdeling de focus vormen, maar dat wordt gekeken naar alle activiteiten in de organisatie die –gecombineerd– waarde creëren aan de eindgebruiker (de patiënt).



Figuur 3: waardeketen volgens Porter; primaire en ondersteunende activiteiten en de marge van een organisatie.

Naast analyse van de waardecreërende activiteiten is tevens analyse van 'cost drivers' en 'value drivers' per activiteit van belang. Cost drivers zijn elementen die binnen processen of activiteiten kosten veroorzaken en daarmee een belangrijke stempel drukken op het kostenniveau van een bepaalde activiteit en daarmee ook de marge bepalen. Een voorbeeld van een cost driver is bezettingsgraad; naarmate de bezettingsgraad daalt, nemen de kosten per zorgproduct toe.

Value drivers zijn elementen die waarde toevoegen aan het product in de ogen van de eindgebruiker. Voorbeelden hiervan zijn: de kwaliteit van het product en de mate waarin door de zorgaanbieder service wordt verleend.

Waardeketenanalyse bestaat dus uit het in kaart brengen van waardecreërende activiteiten en onderliggende cost drivers en value drivers die leiden tot de uiteindelijke zorg en/of dienstverlening. Organisaties (ziekenhuizen) zullen hun strategie dan ook moeten baseren op het gebruik dat zij kunnen maken van hun eventuele kerncompetentie(s). Een kerncompetentie is een specifieke, onderscheidende bekwaamheid. Ze komt voort uit de collectieve kennis, vaardigheden en houdingen binnen een organisatie. Ze heeft betrekking op het onderling afstemmen en integreren van verschillende vaardigheden en technieken. Kerncompetenties, aanwezig in de organisatie worden van steeds groter belang geacht en noodzakelijk voor een duurzame toekomst. Samenvattend:

1. Het verleent potentiële toegang tot een grote verscheidenheid van markten;
2. Het levert een significante bijdrage aan de voordelen van het product zoals die door de klant worden waargenomen;
3. Een goede kerncompetentie zou voor concurrenten moeilijk moeten zijn te imiteren.

Een kerncompetentie wordt ontwikkeld door een proces van continue verbetering en uitbreiding. Het is de taak van het management om dit proces vorm te geven, te leiden en te ondersteunen. De uiteindelijke uitvoering van de continue verbetering ligt in de handen van de mensen die daar het nauwst bij betrokken zijn, de medewerkers op alle niveaus. Een kerncompetentie is moeilijk te leren, maar is eveneens moeilijk om af te leren. Een kerncompetentie kan nooit een fixed doel zijn, maar is veeleer –zoals het woord ook al duidelijk zegt– een vaardigheid die op meerdere manieren ingezet kan worden. Duidelijk is dat de kerncompetenties ofwel vanuit medewerkers zelf wordt verzorgd ofwel worden verbeterd en vernieuwd door medewerkers; het 'human capital' is een kritische succesfactor!

3.3. Marktwerving in de zorg

Binnen de gezondheidszorg bestaat de behoefte aan:

- o vernieuwing en verandering
- o differentiatie van het aanbod
- o nieuwe zorgarrangementen
- o marktgerichte risico inschatting en klantgerichtheid

Deze onderdelen komen in aanmerking voor een ondernemende aanpak.

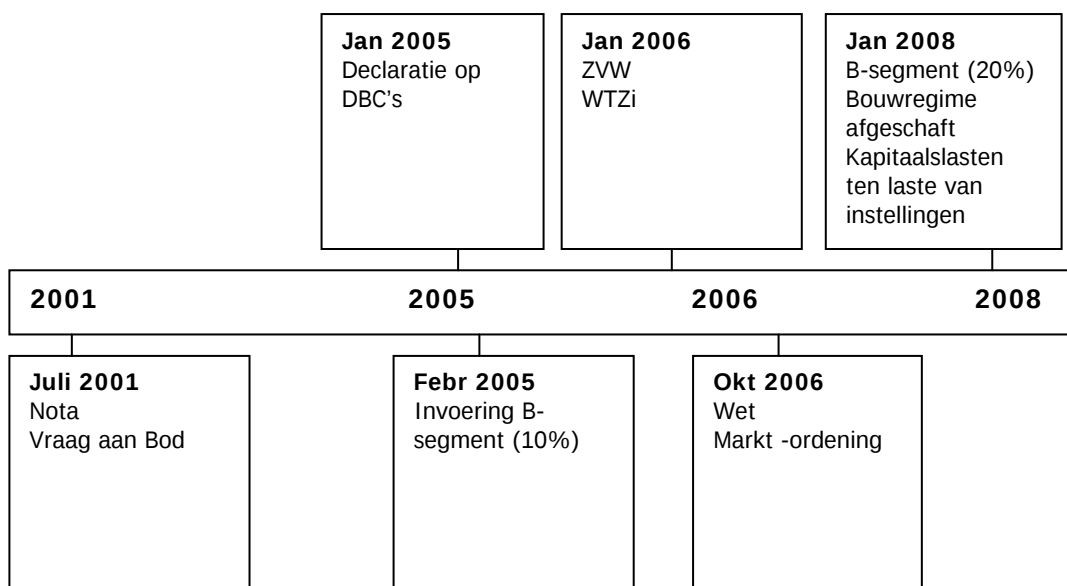
In de Nederlandse gezondheidszorg is daarom al enige jaren sprake van herziening van het zorgstelsel in de richting van meer vraaggerichtheid (Onderzoeksrapport *Effecten marktwervingsbeleid*, februari 2008).

Volgens Putters (2001, 2004) wordt dit mede veroorzaakt door een groeiende vraag naar gezondheidszorg en het beperkte aanbod van de gezondheidszorg. Deze sluiten niet goed op elkaar aan.

De overheid heeft voor de strategie gekozen de zorg te moderniseren door marktprikkels te introduceren. Uit overweging van solidariteit, toegankelijkheid, kwaliteit en kostenbeheersing (Budgetkader Zorg) zal de gezondheidszorg voorlopig niet volledig aan de vrije markt worden overgelaten. Er wordt gestreefd naar een juiste balans tussen marktwerving en overheidssturing. Een mix van overheidssturing op hoofdlijnen, zelfsturing door het veld binnen de kaders van de hoofdlijnen, waarvan het resultaat door de overheid wordt getoetst. Wellicht is marktordening dan ook een betere aanduiding.

Deze gereguleerde marktwerving heeft zijn intrede gedaan met een aantal beleidswijzigingen en wetsvorming. Het uitgangspunt van de overheid voor deze keuze is dat de markt beter in staat is dan de overheid om de kosten van de gezondheidszorg te beheersen. Deze beleidsveranderingen hebben grote gevolgen voor de financiering van de zorg en de mogelijkheden tot toetreding. De verschuivingen vragen van betrokken partijen een toenemend marktgerichtheid en het sterker anticiperen op concurrentie.

Sinds de nota Vraag aan Bod in 2001 zijn er (beleids-)wijzigingen in de ziekenhuiszorg aangebracht om een omslag te maken van een systeem met centrale aanbesteding naar een meer decentraal georganiseerd stelsel van gereguleerde marktwerking (schema 1).



Schema 1: overzicht beleidswijzigingen m.b.t. marktwerkingbeleid ziekenhuiszorg

Belangrijkste beleidswijzigingen sinds deze nota zijn de invoering van diagnosebehandelcombinaties (DBC's) in 2005, vrije prijsvorming voor een deel van de productie (B-segment; 2005), de introductie van de Zorgverzekeringswet (2006) en de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi). Met de DBC's is een eerste basis gelegd voor de overgang naar een stelsel met gereguleerde concurrentie. DBC's definiëren producten in de zorg zodat een mogelijkheid voor prestatiebekostiging wordt gecreëerd. Vanaf 2005 zijn ziekenhuizen verplicht te declareren op basis van DBC's (alhoewel de inhoud hiervan nog niet transparant is). Voor het B-segment is er sprake van vrije prijzen. Verzekeraars onderhandelen in dit segment over zowel de prijzen als volume als kwaliteit (voor zover mogelijk) van deze DBC's. Voor de rest van de zorg (A-segment) stelt de Nationale Zorgautoriteit (NZA) de hoogte van de prijzen vast. Zorgaanbieders en verzekeraars kunnen in dit segment in ieder geval over het volume onderhandelen en bij verdergaande transparantie ook over de kwaliteit.

Om te komen tot een toegankelijk stelsel van goede en betaalbare zorg is vervolgens het verzekeringsstelsel gewijzigd met de introductie van de Zorgverzekeringswet per 1-1-2006, dat de concurrentie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders stimuleert. De rol van de burger in dit stelsel is die van kritische cliënt die jaarlijks zelf kan kiezen bij welke zorgverzekeraar hij zich verzekert. Deze wet regelt de geneeskundige zorg voor de Nederlandse bevolking onder gelijke sociale voorwaarden. Het onderscheid tussen ziekenfonds en particulier is hiermee komen te vervallen en zo concurreren nu de private, commerciële zorgverzekeraars op de uitvoering van de basisverzekering en het aanbieden van aanvullende verzekeringen. De inhoud van het verzekerde pakket is wettelijk verankerd en iedere ingezetene is verplicht zich daarvoor te verzekeren bij een verzekeraar naar keuze. Zorgverzekeraars hebben de plicht om iedereen te accepteren, ongeacht bijvoorbeeld gezondheidsrisico of leeftijd. Dit wordt mogelijk doordat er verevening plaatsvindt uit een landelijk fonds. Iedereen is dus verzekerd tegen een zelfde premie voor een wettelijk standaardpakket.

Naar keuze kan een vrijwillige premie voor een aanvullende verzekering betaald worden. De acceptatieplicht en de toepassing van een complex risico-vereveningssysteem ontmoedigen verzekeraars om winst te halen uit het selecteren van gunstige gezondheidsrisico's. vergroting van de risico's is ingezet door verandering in het risico-vereveningssysteem (minder achteraf compensatie); verzekeraars zullen veel belang hebben om goed inkoopbeleid te voeren.

De Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) is ook op 1 januari 2006 in werking getreden. In de wet zijn verschillende onderdelen van bestaande wetgeving samengebracht. Het doel van de WTZi is om geleidelijk meer vrijheid en verantwoordelijkheid voor de zorginstellingen te creëren, door minder overheidsbemoeienis met de capaciteit en de bouw van zorginstellingen. Met de WTZi wordt een belangrijke stap gezet in de overgang naar een systeem van minder centrale aanbodsturing naar gereguleerde marktwerking. Om zorg te mogen leveren die ten laste komt van de Zorgverzekeringswet (Zvw) of de AWBZ, moeten zorginstellingen een toelating hebben. Hiermee zijn ook de toetredingsdrempels voor nieuwe zorgaanbieders verruimd. De toelating is losgekoppeld van de vergunning om te mogen bouwen. Zelfstandige Behandel Centra (ZBC's) kunnen vrijelijk alle zorg in het B-segment aanbieden (naast alle niet-klinische zorg in het A-segment). Deze verruiming zorgt voor vergroting van de concurrentiedruk op de zorginkoopmarkt. Afschaffing van de lumpsum voor medisch specialisten en het voorstel te komen tot prestatiebekostiging (niet B-segment) onder een maatstafstelsel zal de concurrentiedruk tussen zorgaanbieders verder laten toenemen.

Naast de bevordering van concurrentie wordt er middels de WTZi ook naar samenwerking gestimuleerd. Zo verplicht de WTZi bijvoorbeeld alle aanbieders van acute zorg (ziekenhuizen, regionale ambulancevoorzieningen, geestelijke gezondheidszorginstellingen, verloskundigen, huisartsenposten en huisartsen) om in het regionaal overleg acute zorg (ROAZ) afspraken te maken over een betere samenwerking. Het doel van dit overleg is dat een patiënt die acute zorg nodig heeft, zo snel mogelijk op de juiste plaats terecht komt. Ook eenmaal toegelaten moeten instellingen aan deze eis (deelname aan ketenoverleg) blijven voldoen. Doen zij dit niet, dan kan de minister bijvoorbeeld voorschriften aan de toelating verbinden. De IGZ ziet hierop toe. De verplichting in de WTZi is erop gericht dat regio's die nog niet of onvoldoende samenwerken, het voorbeeld van de 'koplopers' volgen.

De overheid trekt zich zo (gedeeltelijk) terug, decentrale en particuliere verantwoordelijkheden nemen toe. Het Budgettair Kader Zorg (BKZ), een macrobudget waarmee de overheid vastlegt hoeveel geld er jaarlijks door de sector uit de publieke zorgmarkt kan worden gehaald, blijft in stand; één van de regelmechanismen vanuit de overheid bij de intrede van marktwerking (de Roo, 2007).

Bij ziekenhuizen is gereguleerde marktwerking ingevoerd. Hiermee wordt beoogd om concurrentie op prijs en kwaliteit en het doelmatiger te gaan werken te bevorderen. Naast deze ontwikkelingen is er sprake van een overgang naar integrale kapitaallasten. In plaats dat de overheid de vastgoedlasten van de ziekenhuizen vergoedt, dragen de ziekenhuizen zelf straks de kapitaallasten (nieuwe ziekenhuizen hebben hier meer last van dan ziekenhuizen waarvan de gebouwen al voor een groot deel zijn afgeschreven).

3.4. Strategieën in de curatieve zorg

Met bovenstaand overzicht wordt duidelijk dat met invoering van de marktwerking in de zorg er sprake is van concurrentiebevordering. Dat wil zeggen concurrentie onderling tussen ziekenhuizen (niet alleen andere ziekenhuizen maar in toenemende mate ook gespecialiseerde zorgaanbieders, zelfstandige behandelcentra) en andere stakeholders en spelers in het veld. Het is daarom van belang als organisatie je onderscheidend vermogen helder in beeld te hebben, verder uit te bouwen en duidelijk zichtbaar te maken.

Ziekenhuizen zullen trachten een bepaald marktvoordeel te behalen. Daartoe kunnen zij allerlei marktstrategieën ontwikkelen. In dit verband wordt hier onderscheid gemaakt tussen twee hoofdvormen van marktwerking, namelijk prijsconcurrentie en kwaliteitsconcurrentie (Sussex 1998, Kuttner 1996).

Bij prijsconcurrentie proberen partijen op de markt een voordeel te realiseren door middel van een gunstige prijs-kwaliteitverhouding. Goederen of diensten met een bepaalde kwaliteit worden tegen een lagere prijs aangeboden. Indien een hogere prijs wordt gevraagd, staat daar een betere kwaliteit tegenover.

Het is deze vorm van concurrentie die de gedachtevorming over marktwerking in de gezondheidszorg heeft gedomineerd. De markt wordt beschouwd als een institutionele structuur die zorgverzekeraars dwingt scherp te contracteren met de aanbieders van zorg om een prijsvoordeel te behalen dat vervolgens kan worden omgezet in een lagere premiestelling. Daarnaast is een gunstige prijs-kwaliteitsverhouding een instrument in de handen van de ziekenhuizen voor behoud en versterking van de eigen marktpositie.

Bij de kwaliteitsconcurrentie is het prijsmechanisme uitgeschakeld. Hiervoor geldt een hiërarchische besluitvormingsprocedure zoals tariefvorming door middel van collectieve onderhandelingen. Partijen concurreren met elkaar op prestatie, kwaliteit en/of imago waarbij sprake is van outputfinanciering. Door bijvoorbeeld een betere dienst- of zorgverlening of door de organisatie van zorg beter af te stemmen op de wensen van de zorggebruikers trachten zij een marktvoordeel te bereiken of de concurrentie buiten de deur te houden. De overheid kan deze vorm van marktwerking ook stimuleren door middel van benchmarking of het publiekelijk geven van een rapportcijfer aan de ziekenhuizen. De gedragsveronderstelling is dat publicatie van hun relatieve prestatieniveau de ziekenhuizen aanspoort tot betere prestaties. Hier werkt dan ook niet het prijsmechanisme maar het mechanisme van de professionaliteit. In de zorg gaat het om de keuze voor bepaalde diensten en doelgroepen; blijf je bij het oude (om te groeien of te consolideren) of kies je voor nieuwe diensten (productvernieuwing) en/of nieuwe doelgroepen (markten)? De meeste ziekenhuizen kiezen niet voor een specifiek marktsegment, maar bieden een breed dienstenpakket aan voor een steeds groter wordend aantal doelgroepen. Er wordt steeds meer een onderscheid gemaakt in bepaalde product-markt combinaties. Dit heeft niet zozeer het doel om het aanbod in te perken, maar veel meer om de zorg in de organisatie en in de keten te reorganiseren of in te richten en te stroomlijnen volgens meer marktgerichte principes.

In 'Redefining Health Care' (2004) zetten Michael Porter en Elizabeth Olmsted Teisberg een toegespitste visie over de gezondheidszorg uiteen, waarin iedere speler zich concentreert op het verbeteren van waarde, zoals gemeten in gezondheidsresultaten per uitgegeven dollar. In de huidige disfunctionele concurrentiestrijd binnen de Amerikaanse zorg, streven concurrenten er volgens Porter en Teisberg niet naar waarde voor patiënten te creëren, maar jagen zij meer opbrengst na, schuiven zij met kosten en worden diensten beperkt. Concurrentie vindt volgens hen op de verkeerde niveaus plaats en draait om de verkeerde diensten. Om de gezondheidszorg te veranderen, moet de manier van concurreren veranderd worden. 'Redefining Health Care' beschrijft hoe alle spelers (ziekenhuizen, werknemers, leveranciers, consumenten en overheden) hun strategieën, uitvoerende taken en organisatiestructuren opnieuw kunnen definiëren om grote verbeteringen in de gezondheidszorg tot uitvoer te brengen. Kijkend naar Nederland zegt Porter dat het verzekeringsgedeelte van de gezondheidszorg goed geregeld is, maar dat het grote gevaar bestaat dat 'verzekeraars nu vooral op kosten gaan concurreren, en niet op kwaliteit'. En dat komt, zegt Porter, omdat er nog geen duidelijkheid is over die kwaliteit. "Tot 10, 15 jaar geleden dachten we: alle artsen zijn goed, zorg is zorg. Nu weten we dat dit niet waar is: er zijn grote kwaliteitsverschillen. Maar in Nederland is er nog geen goed (eenduidig) systeem om die kwaliteitsverschillen te meten. En dat móet er komen."

Verder zegt Porter dat het gezondheidszorgsysteem radicaal hervormd moet worden. "Nu zijn alle verbeteringen die we aanbrengen marginale verbeteringen. Waar het om gaat is dat het systeem moet draaien om de gezondheid van de patiënt, en dat alle diensten die daarmee te maken hebben samen moeten werken. Nu is dat compleet versnipperd." De voorwaarden van marktwerking in de gezondheidszorg is dat niet de prijs, maar de kwaliteit als uitgangspunt wordt gehanteerd. In het Nederlandse zorgsysteem is de zorg rondom medisch specialisme en behandeling georganiseerd, waar juist alle zorgonderdelen in samenhang georganiseerd zouden moeten zijn om meerwaarde te leveren voor de patiënt. De nadruk moet meer op de waarde en uitkomst van de keten komen te liggen dan op het specialisme afzonderlijk. Als je daarbij de keten van zorg vooruit organiseert en plant, werkt dit kostenbesparend. Ziekenhuizen moeten niet met elkaar concurreren op basis van kosten en productie maar op basis van kwaliteit. Daarvoor is transparantie noodzakelijk, aldus Porter.

Deze ommezwaai is nu zichtbaar ingezet in Nederland.

Want hoe dan ook, met het ingezette beleid nemen de financiële risico's voor de ziekenhuizen toe, terwijl voor een deel van de ziekenhuizen de resultaten minder worden.

De marktwerking in de sector heeft ertoe geleid dat er veel aandacht is voor efficiënt werken en doelmatigheid; werkprocessen worden gereorganiseerd en er vindt concentratie plaats (voorbeelden als knie-, heup- en oogstraten, dagbehandelcentra voor electieve zorg). De hervorming van het nieuwe zorgstelsel heeft in eerste instantie geleid tot prijsconcurrentie.

Maar onderzoek van Breedveld (2004) en ook eigen ervaringen geven aan dat bij de intrede van marktwerking ziekenhuisorganisaties met betrekking tot concurrentie naast de prijs ook steeds meer aandacht hebben voor de kwaliteit van de dienstverlening en de klantgerichtheid. Om dit te bereiken wordt gewerkt aan productdifferentiatie, specialisatie en maatwerk. Naast kwaliteit en vraaggerichtheid is daar ook veel aandacht voor het kostenaspect (prijs-kwaliteitverhouding van de dienstverlening is heel belangrijk). Concentratie op een bepaald marktsegment om zo als onderneming ook kostenvoordeel te bewerkstelligen wordt wel uitgevoerd, maar niet als de ultieme ontwikkelingsrichting. De meesten kiezen niet voor een specifiek marktsegment, maar bieden een breed dienstenpakket voor een groot aantal doelgroepen. Er wordt hierbij wel getracht steeds meer te werken met bepaalde product-marktcombinaties om zo het zorgproces te reorganiseren in een ketenproces. (bijv. zorgstraten en differentiatie op locatie). Een belangrijk aandachtspunt bij deze concurrentie is dat er weinig inzicht bestaat in de kwaliteitsverschillen in de zorg. Zolang de kwaliteit intransparant blijft, bestaat het risico dat zorgverzekeraars zich voornamelijk richten op het inkopen van zo goedkoop mogelijke zorg. De ontwikkeling van adequate prestatie-indicatoren is daarom door o.a. IGZ, patiëntenplatform (NPCF) en ziektekostenverzekeraars (ZN) de afgelopen jaren ingezet. Inspelen op verschillende prestatie-indicatoren of enquêteresultaten is nu in ziekenhuisorganisaties een voor de hand liggende activiteit.

Ziekenhuizen richten zich niet alleen op bestaande doelgroepen, maar boren ook nieuwe markten aan. Veel organisaties streven een groeistrategie na. Vaak wordt gekozen voor fusie of samenwerking in plaats van het realiseren van nieuwe diensten op eigen kracht in concurrentie met anderen. Genoemde fusies hebben geleid tot enorme schaalvergroting (groei) en een verbreding van het dienstenpakket. Een grotere schaal maakt ook specialisatie mogelijk.

Echter er wordt niet alleen samengewerkt, er wordt ook geconcentreerd. Deze concurrentie vindt met name plaats bij kleinere organisaties die nieuwe of bestaande diensten gereorganiseerd hebben en als één van de beide focusstrategieën op de markt zetten.

3.5. Effecten van marktwerking op de arbeidsvraag

Algemene (macro) omgevingsfactoren waaronder demografische, epidemiologische, medisch-technologische, sociaalculturele en politieke factoren hebben gevolgen voor de verschillende genoemde markten. De markten onderling beïnvloeden elkaar ook. Door marktwerking zullen zorgaanbieders steeds meer onder druk komen te staan; er moet worden voldaan aan steeds hogere vaak tegengestelde eisen van stakeholders als klanten/patiënten, verzekeraars, overheid en (potentiële) werknemers. In deze paragraaf zal getracht worden de mogelijke effecten van marktwerking op de arbeidsmarkt te beschrijven. De geïntroduceerde gereguleerde marktwerking doet de betekenis van landelijk (arbeids)beleid enigszins verbleken, het accent komt direct bij werkgevers te liggen. De ontwikkelingen hierboven beschreven en de strategische keuzen die daarbij gemaakt worden geven veelal aanleiding tot herinrichting van primaire en ondersteunende processen binnen en tussen organisaties. Dit heeft weer gevolgen voor de organisatie van de arbeid en de vraag naar arbeid.

Aandachtspunten hierbij zijn:

1) De toename van vraaggerichtheid en daarmee concurrentie zal gevolgen hebben voor de inrichting van zorg en ondersteunende processen en daarmee ook voor de behoefte aan personeel en de vereiste competenties. Voorstelbaar is een trend richting specialisatie (als onderscheidend vermogen), differentiatie (efficiëntie) en sturing op resultaten en competenties. Het is daarbij de vraag hoe hiermee zal worden omgegaan om personeel te krijgen/behouden waarmee men een goede concurrentiepositie verwerft ten opzichte van klanten en financiers. Het zal in ieder geval leiden tot een toename van concurrentie op de arbeidsmarkt.

3.6. Conclusie en beschouwing

Marktwerking wordt in het algemeen gedefinieerd als het (automatisch) tot stand komen van een geschikte prijs voor een dienst of product wanneer er evenwicht ontstaat tussen vraag en aanbod. Er kan ook van marktwerking gesproken worden als er concurrentie bestaat. De klant moet zonder al te veel problemen over kunnen stappen naar een andere aanbieder. De dreiging van overstap en de daarmee gepaard gaande onzekerheid is van belang voor de concurrentie. Marktwerking veronderstelt dus vrijheid aan zowel de vraag- als aanbodzijde.

Voor een duurzame positie bij marktwerking dienen organisaties dan ook duidelijke keuze's bij de formulering van de strategie te maken. Porter (1979) stelt dat het belangrijkste voor het formuleren van een strategie het rekening houden met concurrentie is. Het doel van een ondernemingsstrategie is om de competitieve krachten (vijfkrachten model) in de markt zo goed mogelijk het hoofd te bieden. Belangrijke bouwsteen van Porters strategiemodel is daarnaast de waardeketen; om met de ondernemingsstrategie daadwerkelijk concurrentie voordeel te behalen, moeten de verschillende bedrijfsprocessen ingericht en op elkaar afgestemd worden.

Een optimale inzet van mensen en middelen in deze afzonderlijke processen en een vooraanstaande concurrentiepositie worden gevormd door een 'strategic fit'; de markt en de positionering die de dienstverlener met haar diensten wenst in te nemen, moeten goed bij elkaar passen. Hiervoor is de keuze van de juiste concurrentie strategie van groot belang. Een organisatie kan volgens Porter hierbij de keuze maken tussen kostenstrategie (de goedkoopste willen zijn) een differentiatiestrategie (uniek willen zijn), een focusstrategie gericht op kosten of een focusstrategie gericht op differentiatie. Deze algemene gedachten over marktwerking zijn in dit hoofdstuk ook beschreven met betrekking tot de ingezette marktwerking in de ziekenhuiszorg.

Het Nederlandse zorgsysteem kenmerkt zich van oudsher door de afhankelijkheid van de overheid van zorgaanbieders en zorgverzekeraars bij de organisatie, uitvoering en financiering van haar grondwettelijk verankerde zorgtaken. Om met wederzijds afhankelijke partijen te komen tot zowel kosten beheersing, als een afstemming tussen vraag en aanbod als de borging van gelijke toegankelijkheid en kwaliteit is steeds een samenspel nodig gebleken. Dit samenspel is lange tijd ingevuld via een systeem van aanbodregulering om de stijgende kosten in de zorg te beheersen. In de Nederlandse zorg is al enige jaren sprake van herziening van het zorgstelsel in de richting van meer vraaggerichtheid. Marktwerking zou hiervoor een stimulans kunnen zijn. De overheid heeft als doel met marktwerking zowel de kosten van de gezondheidszorg beter te kunnen beheersen als een transparanter zorgaanbod met meer keuzevrijheid voor de patiënt en ook het verhogen van de kwaliteit van zorg.

Implementatie van nieuw beleid in een sterk geïnstitutionaliseerde en gespecialiseerde sector, betekent een grote cultuuromslag. Er wordt hiermee ondernemingszin gevraagd, met inzet op concurrentie, het maken van duidelijke strategische keuzen en de daaruit voortvloeiende onzekerheid voor de verschillende partijen. Een marktgerichte sector met een stimulans om te 'ondernemen in het publieke belang', dat wil zeggen risico's nemen, innovatie stimuleren, creatief inspelen op ontwikkelingen in de omgeving, en dit alles doen binnen een kader van publieke normen rondom solidariteit, toegankelijkheid, gelijkheid en kwaliteit.

Werkt dit beleid van de overheid ook zo uit? "Marktwerking in de zorg, bestaat dat nu wel? En zo ja, wat wordt verstaan onder marktwerking in de zorg?"

Duidelijk is dat uit overweging van solidariteit, toegankelijkheid, kwaliteit en kostenbeheersing de gezondheidszorg door de overheid voorlopig niet volledig aan de vrije markt zal worden overgelaten. Er wordt gestreefd naar een juiste balans tussen marktwerking en overheidssturing. Het is niet meer de overheid, maar het zijn de bestuurders die in toenemende mate bevoegd en verantwoordelijk zijn. De overheid trekt zich terug met strakke regelgeving maar tracht daarbij via verschillende wetgevingen wel sturingsmogelijkheden te behouden. Verschillende organisaties zijn daardoor min of meer overbodig geworden. Koepelorganisaties trachten hierbij nog enige sturing en adviezen te geven, maar grotendeels valt de externe omgeving (het publieke bestel) uiteen. Het is niet altijd duidelijk wie welke taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden nog heeft. Dit vacuüm in de omgeving heeft zijn weerslag op de interne inrichting in organisaties. Ziekenhuizen zijn bezig deze gereguleerde marktwerking nu in te voeren.

Kijkend naar verschillende zorginstellingen is te zien dat er geen sprake is van een eenduidige ontwikkeling, omdat deze wel zeer gedifferentieerd en pluriform is. Onzekerheid, één van de factoren in marktwerking, is wel bij allen in meer of mindere mate aanwezig.

In het veld zijn vooral op differentiatie gebaseerde strategieën te zien. Maar dit kan alleen bij een acceptabel kostenniveau. Er zijn daarom overal bewegingen om via schaalvoordelen, uitbesteding en samenwerkingsverbanden financiële ruimte te creëren voor ondernemerschap. Deze aandacht voor doelmatigheid is actueel door de introductie van DBC's waarbij concurrentie op kwaliteit mondjesmaat volgt. Inspelen op verschillende enquêteresultaten en prestatie-indicatoren is nu in ziekenhuisorganisaties een voor de hand liggende activiteit.

Ziekenhuizen zouden niet alleen moeten concurreren op basis van kosten en productie maar ook op basis van kwaliteit. De bestaande focus op kosten wordt momenteel verbreed naar aandacht voor kwaliteit en klantwaarde. Eigentijds HRM-beleid is essentieel in deze ommezwaai, zeker wanneer het afgestemd is op het strategisch beleid van de organisatie en uiteraard ook op de behoeften van de patiënt.

De geïntroduceerde gereguleerde marktwerking doet de betekenis van landelijk (arbeids)beleid enigszins verbleken, het accent komt direct bij werkgevers te liggen. De ontwikkelingen hierboven beschreven en de strategische keuzen die daarbij gemaakt worden geven veelal aanleiding tot herinrichting van primaire en ondersteunende processen binnen en tussen organisaties. Dit heeft weer gevolgen voor de organisatie van de arbeid en de vraag naar arbeid. Zo worden er meer gespecialiseerde (als onderscheidend vermogen) en ook meer integrale functies (efficiëntie) gevraagd en zal er meer sturing zijn op resultaten en competenties. Het zal in ieder geval ook leiden tot een toename van concurrentie op de arbeidsmarkt.

De doelstelling van organisaties is meer gericht op het maken van winst. Hierdoor wordt de druk op loonkosten in de productiekosten steeds groter. Organisaties zullen trachten zowel met minder medewerkers (ontslagdreiging) als tegen lagere lonen te produceren (verhoging van de productie-efficiëntie). Anderzijds krijgen door productiegroei en schaarste op de arbeidsmarkt werknemers een betere onderhandelingspositie op de arbeidsmarkt. Dit kan in het algemeen leiden tot hogere lonen. Door marktwerking ontstaan er andere financieringsvormen (privaat gefinancierde dienstverlening). Een keuze in deze richting heeft consequenties voor de manier van werken en de eisen die aan (potentieel) werknemers worden gesteld en geeft andere mogelijkheden van beloning dan tot nu toe mogelijk waren.

Om aan de vraag naar arbeid te voldoen ontplooiën organisaties activiteiten op de externe en interne arbeidsmarkt. Dit moet vorm krijgen in het personeelsbeleid. Wat ons opviel in de interviews is dat organisaties nog erg zoekende zijn naar de vertaling van de beoogde strategische richting in een lange termijn visie op HRM-beleid. Het is de vraag of deze ondernemers individueel of misschien ook wel in samenwerking (regionaal/landelijk) een arbeidsmarktbeleid zouden moeten voeren.

De vraag is nu welke strategische keuzes organisaties straks zullen maken in een voor hen steeds veranderende omgeving en welke gevolgen dat heeft voor de organisatie van de zorg en van de arbeid, de vraag naar personeel en de doorwerking daarvan naar diverse terreinen van het HRM-beleid. Een deel daarvan, wat kan de arbeidsrelatie daarin betekenen, zal in de volgende hoofdstukken beschreven worden.

4

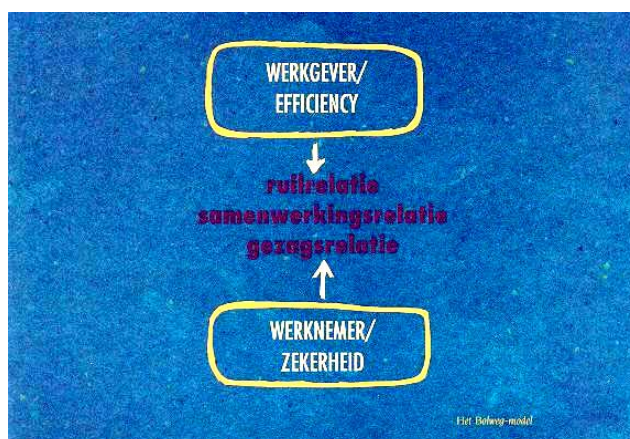
Kenmerken arbeidsrelatie in de zorg

Zoals reeds gesteld in de inleiding willen wij ons in deze thesis vooral richten op de vormgeving en kenmerken van de (individuele) arbeidsrelatie werknemer-werkgever. In paragraaf 4.1 richten we ons allereerst op deze deelvraag: *wat zijn kenmerken van een arbeidsrelatie?* Gaandeweg onze beantwoording van deze vraag bleek ons dat medewerkers verschillen in de wijze waarop zij worden 'gebonden en geboeid'. Dit is beschreven in paragraaf 4.2. De betekenis van de invoering van marktwerking in de zorg voor modernisering van de arbeidsrelatie is beschreven in paragraaf 4.3. Tot slot volgt een conclusie en beschouwing in paragraaf 4.4.

De beschrijvingen zijn gebaseerd op gevonden concepten/modellen uit de sociale wetenschappen, de actuele HRM-literatuur en de naar aanleiding daarvan door ons gehouden interviews (zie het overzicht in de bijlage). Daar waar mogelijk vullen we dit theoretisch landschap aan met praktijkbeelden en -gegevens van de arbeidsrelatie binnen de curatieve zorgsector in Nederland.

4.1. Kenmerken van de arbeidsrelatie

Behalve op het belang van meervormigheid wijst ondermeer Bolweg (1998) op de complexiteit van de relatie tussen werknemer en werkgever, welke is ingekleurd door historische, contextuele en persoonlijke variabelen: "nog te veel wordt ontkend dat belangen van beide partijen divers zijn en uiteenlopen, veelal wordt nog impliciet een zeer harmonisch ééndimensionaal organisatiebeeld gehanteerd". Volgens het Bolweg-model kan in de individuele arbeidsverhouding een drietal relaties tussen werkgever en werknemer worden onderscheiden: de ruil-, de samenwerkings- en de gezagsrelatie. De samenwerkingsrelatie is vaak de meest dominante in het huidige of 'moderne' managementdenken. Het model benadrukt dat de ruilrelatie en de gezagsrelatie even wezenlijk zijn in of relevant zijn voor de uiteindelijke verhouding en omgangsvormen tussen werkgever en werknemer. Het model helpt managers en adviseurs om eendimensionaal, normatief en utopisch denken over de werkgever-werknemerrelatie te voorkomen. Beïnvloed door 'moderne' inzichten zijn veel managers geneigd om alleen vanuit de samenwerkingsrelatie te redeneren. In de dagelijkse managementpraktijk spelen alledrie de relaties een rol. Met het toevoegen van de ruil- en gezagsrelatie helpt het Bolweg-model om op een meer evenwichtige en meer realistische wijze naar de verhouding tussen medewerkers en managers te kijken.



Figuur 5: Het Bolweg-model onderscheidt 3 typen relaties: de ruilrelatie, de gezagsrelatie en de samenwerkingsrelatie.

De *ruilrelatie* regelt wat een medewerker bijdraagt en wat hij daarvoor terugkrijgt: de medewerker brengt zijn tijd, inzet en kwaliteiten in en wordt beloond met salaris, secundaire en tertiaire arbeidsvoorwaarden. De ruilrelatie, apart van de andere relaties volgt een economisch principe. De ruilrelatie heeft betrekking op de meest korte termijn “geen prestatie zonder tegenprestatie”. De ruilrelatie vergt dat de weegschaal op ieder moment in balans is. In de zorgsector is een groot deel van de arbeidsvoorwaarden (nog) ver van de werkplek geregeld via ingewikkelde CAO- en functiewaarderingsystemen. In tijden van toenemende concurrentie op de zorg- en arbeidsmarkt, toenemende complexiteit van arbeidsorganisaties en toenemende mondigheid en diversiteit van werknemers lijkt dit dichtgetimmerde, publieke arbeidsvoorwaardenstelsel een belangrijke hindernis te gaan vormen voor zowel werkgever als werknemer in de zorg. Daarnaast kan de toenemende behoefte aan individueel maatwerk in arbeidsvoorwaarden bij (de veelal vrouwelijke) medewerkers wel eens haaks staan op de eveneens wenselijke individualisering en flexibilisering van de zorgvraag.

Dit besef lijkt ook doorgedrongen tot CAO-partijen binnen de gezondheidszorg getuige bijvoorbeeld het voorwerk van de NFU voor de nieuwe CAO 2008 voor de Universitaire Medische Centra: “Met u (de vakcentrales) is een gemeenschappelijke visie ontwikkeld over vernieuwing van de CAO UMC en de daarbij behorende arbeidsverhoudingen. Kernbegrippen daarbij zijn ontwikkeling van medewerkers, ruimte voor individueel maatwerk, wederzijdse flexibiliteit tussen organisatie en medewerker, eigen verantwoordelijkheid en gezamenlijk zoeken naar oplossingen. Wij hebben met u geconstateerd dat deze omslag zo’n 5 à 6 jaar in beslag zal nemen, en dat er dan een volledig gemoderniseerde CAO zal zijn voor alle leeftijden. Dit is een belangrijke voorwaarde om hoogwaardige kenniswerkers aan te trekken en te behouden. Voor vernieuwing van de CAO is tevens van belang dat er een cultuurverandering tot stand komt waarbij dialoog en ontwikkeling centraal staan” (het voorlopige CAO-akkoord werd in eerste instantie in februari 2008 door de bonden verworpen).

In de *samenwerkingsrelatie* staat het wijgevoel voorop; medewerkers identificeren zich met de organisatie. Er is een hoge mate van waardencongruentie, dezelfde doelen en wederzijdse betrokkenheid. De relatie met de langste tijdshorizon is de samenwerkingsrelatie. De drijfveer is niet het directe gewin of plichtsbesef maar een diepere overtuiging die iemand ertoe brengt mee te werken. Hierbij gaat het om uitwisseling van waarden. Kenmerkend voor de cultuur van de gezondheidszorg is de professionele, informele omgeving. Professioneel omdat iedereen serieus met zijn of haar vak bezig is en de patiëntenzorg voorop staat. Waarden als dienstbaarheid, betrokkenheid en passie horen daarbij. Deze oriëntatie op de beste patiëntenzorg en de noodzaak tot optimale samenwerking tussen partijen heeft als risico dat meer individuele behoeften en belangen van medewerkers ondergeschikt raken. Managers appelleren bij voorkeur aan de samenwerkingsrelatie. “Managementideologie, leiderschapsdenken en sociaal beleid zijn geworteld in een normatief beeld van spontaan met elkaar samenwerkende medewerkers die in hun besluitvorming en gedrag voortdurend het organisatiebelang laten prevaleren. Dit wij-gevoel doordrenkt het huidige HRM-denken en ook veel organisatieadvies op dit gebied erkent nauwelijks de machts- en distributievraagstukken”, aldus Bolweg.

De *gezagsrelatie* regelt de formele aspecten in de relatie. Deze relatie komt tot uiting in het arbeidsrecht en is ook terug te vinden in de hiërarchische opbouw van organisaties “de gezagsrelatie bepaalt wie de baas is”. Vaak doet men voorkomen, zeker in de zorgsector, dat er een samenwerking op voet van gelijkheid bestaat, terwijl als het er echt op aankomt de gezagsrelatie vaak (weer) heel scherp in beeld komt (ook de zorg kent disfunctionerende medewerkers en reorganisaties met gedwongen ontslagen). De gezagsrelatie kent een wat langere termijn. Rechten en plichten worden toebedeeld (op langer termijn dienen rechten op te wegen tegen de plichten) en rollen vastgelegd (er hoeft niet meer afzonderlijk per situatie te worden onderhandeld).

Relaties kenmerken zich door uitwisseling. In de ruilrelaties is er sprake van uitwisseling van nut. In de gezagsrelatie vindt uitwisseling plaats op basis van rechten. In de samenwerkingsrelatie vindt overdracht plaats op basis van waarden.

Vergelijkbaar met het ‘relatiemodel’ van Bolweg is het in sociaal wetenschappelijk onderzoek veel getoetste en gebruikte ‘betrokkenheidsmodel’, het zogenaamde drie componenten model van organisatiecommittent van Meyer en Allen (Meyer et al. in van Wijk, 2006).

Betrokkenheid bij de organisatie wordt vaak als oorzaak van vele werkgerelateerde variabelen gezien. Zo is gebrek aan betrokkenheid vaak de oorzaak van absentisme, verminderde werkprestaties en het verlaten van de organisatie.

Er worden verschillende vormen van betrokkenheid geformuleerd. Meyer en Allen maken onderscheid tussen drie verschillende componenten van attitudele betrokkenheid die gebaseerd zijn op drie thema's, namelijk affectieve hechting, ervaren kosten en verplichtingen. Deze drie thema's leiden respectievelijk tot de componenten affectieve/emotionele betrokkenheid, normatieve betrokkenheid en continuïteitsbetrokkenheid. Ten eerste, wanneer mensen affectief gehecht zijn aan de organisatie spreken we van *affectieve betrokkenheid*. 'Affective commitment refers to an emotional attachment to, identification with, and involvement in the organization' (Meyer et al. in van Wijk, 2006). Iemand die affectief commitment ervaart, blijft bij de organisatie uit vrije wil.

Uit onderzoek blijkt dat 'affectieve betrokkenheid bij de organisatie' en 'attitude ten aanzien van organisatieverandering' een positieve relatie met elkaar vertonen.

Ten tweede, mensen blijven bij de organisatie omdat zij dit zelf willen. Wanneer mensen zich verplicht voelen om bij de organisatie te blijven, omdat ze het gevoel hebben dat ze iets terug moeten doen voor de organisatie, spreken we van *normatieve betrokkenheid*. Iemand die normatief commitment ervaart, blijft bij de organisatie omdat het zo hoort. Onderzoek laat zien dat in de socialisatiefase het individu leert wat van hem of haar wordt verwacht in de organisatie.

Ten derde, mensen blijven bij de organisatie omdat ze geen andere keuze hebben. Wanneer mensen bij de organisatie blijven vanwege financiële kwesties spreken we van *continuïteitsbetrokkenheid*. Laatstgenoemde staat totaal haaks op affectieve betrokkenheid waarbij mensen loyaal zijn tegenover de organisatie omdat zij emotioneel gehecht zijn, in tegenstelling tot de betrokkenheid op basis van instrumentele beloning.

'Continuance commitment refers to an awareness of the costs associated with leaving the organization' (Meyer et al. in van Wijk, 2006). In deze definitie ligt de nadruk op calculatieve redenen om lid te blijven van de organisatie. Soms wordt dan ook liever gesproken over calculatief commitment. Als basis van calculatief commitment is onder andere de theorie van Becker (1960) te herkennen. Volgens deze theorie is commitment aan een bepaald gedrag het resultaat van investeringen die het individu heeft gedaan, waardoor het individu een inperking van zijn of haar mogelijkheden

ervaart. Ander onderzoek vult hierbij aan dat hoe meer het individu zijn of haar handelen als vrijwillig ervaart, des te sterker hij of zij zich zal committeren aan het gedrag. Naast de kosten die gepaard gaan met een vertrek uit de organisatie voelt iemand met calculatief commitment een (zelfopgelegde) dwang om bij de organisatie te blijven. Te denken valt hierbij aan de gehechtheid aan collega's of een gebrek aan andere interessante banen die het onmogelijk maakt voor het individu om uit de organisatie te vertrekken.

Alle drie de vormen van betrokkenheid vertonen verschillende relaties met werkrelevante gedragingen, zoals aanwezigheid, extra rol gedrag en '*organizational citizenship behavior*' (Meyer et al. in van Wijk, 2006).

Onderzoek laat zien dat affectief organisatiecommitment de sterkste positieve correlatie met de intentie om te blijven heeft, gevolgd door normatief commitment en dan calculatief commitment. Baron & Kreps (1999) spreken zelfs over 'high-commitment HRM' als verzameling HRM-praktijken waarmee organisaties meer van werknemers proberen te verkrijgen, door meer aan hen te geven. Niet alleen de handen van mensen, maar ook hun hoofd en liefst ook nog hun hart. Uit twintig casestudies in Britse ziekenhuizen blijkt dat naarmate men meer van zulke praktijken uitvoert, en dat op een oprechte manier doet, dat werknemers dan ook meer kennis toevoegen aan de werkprocessen, in dit geval patiëntenzorg (Baron & Kreps in Nauta, 2007).

Behalve de multidimensionaliteit van de arbeidsrelatie en het concept organisatiebetrokkenheid zijn er meer perspectieven denkbaar. In "De toekomst van de arbeidsrelatie, een essay over wederkerig risicomanagement" stellen Evers en Wiltshagen (2007) dat in dit veranderende tijdsgewricht een nieuw paradigma nodig is ten aanzien van de invulling van de arbeidsrelatie, die nog te veel op het oude 'zekerheidsdenken' is gebaseerd. Het behoud van een vitale samenleving met een vitaal arbeidsbestel staat daarbij voorop. Hiertoe wordt het concept van gezamenlijk –wederkerig- risicomanagement geïntroduceerd. Dit houdt in dat werkgevers en werknemers oog hebben voor elkaars risico's en bijdragen aan het managen daarvan. Daardoor kunnen zij ook hun eigen risico's beter managen. De auteurs laten zich daarbij inspireren door twee vernieuwende benaderingen van de arbeidsmarkt – de transitionele arbeidsmarkt en flexicurity – en door diverse economische noties met betrekking tot risico's.

Vervolgens schetsen de auteurs welke implicaties dit concept heeft voor de strategische HRM-agenda op terreinen als productiviteit, scholing, employability en aanstelling/ontslag. Interessant voor deze thesis over marktwerking en HRM in de zorg is de relatie die wordt aangebracht tussen enerzijds de terugtrekkende overheid die kiest voor deregulering, marktwerking, privatisering, meer keuzevrijheid en een toenemend accent op de eigen verantwoordelijkheid van zowel werkgever als werknemer en anderzijds de effecten daarvan op de inrichting van de 3 deelterreinen van de arbeidsrelatie namelijk het samenspel van contractuele afspraken (minder vast), de afspraken ten aanzien van beloning (individueel) en de aspecten van medezeggenschap (geringere rol bonden en OR).

Met name Rousseau wordt gezien als de grondlegger van het zgn. 'psychologisch contract' (Rousseau, 1995, Evers & Wilthagen, 2007, Nauta, 2007, Gasperz & Ott, 1997).

Een psychologisch contract verwijst naar overtuigingen van werknemers over de ruilrelatie die zij hebben met hun werkgever, over wat de werkgever hen belooft, en wat zij daarvoor terug doen. Werknemers kunnen volgens Rousseau drie soorten contract ervaren: transactioneel (zakelijk: loon voor arbeid), relationeel (sociaal-emotioneel: leuke collega's, baanzekerheid, loopbaanmogelijkheden, arbeidsvoorwaarden) of gebalanceerd (elementen van beiden, met gelijke risico's voor werknemer en werkgever). De (mogelijke) invloed van dit strategisch werkgeven en werken op het 'psychologisch contract' is door Evers & Wilthagen weergegeven in onderstaande tabel.

Oud psychologisch contract	Nieuw psychologisch contract
Baanzekerheid	Werkzekerheid
Bedrijfsspecifieke scholing	Algemeen gerichte scholing/competenties
Afname scholing met leeftijd	'Opscholen'
Promotie-mogelijkheden binnen bedrijf	Netwerk-mogelijkheden buiten bedrijf
Hiërarchische aansturing werknemer	Autonomie tot op laagste organisatieniveau
Loon neemt toe met anciënniteit	Marktconforme betaling
CAO en andere collectieve regelingen centraal	Ook individuele regelingen en afspraken

Tabel 3: Relatie van historisch en toekomstige (gewenst) psychologisch contract (Evers en Wilthagen, 2007)

Specifieke arrangementen tussen werkgever en de individuele werknemer, waarin recht wordt gedaan aan diversiteit in risicohouding, zullen dan ook aanvullend moeten worden op het meer generieke HRM-beleid, aldus Evers en Wilthagen. Uit hun essay komt duidelijk naar voren dat op basis van een wederkerige arbeidsrelatie tussen werkgever en werknemer, beiden belang hebben bij gezamenlijk risicomanagement en dat inrichting van die arbeidsrelatie ook rekening dient te houden met een groter verband, namelijk de transitionele arbeidsmarkt.

Nauta et al. (2007) stellen in hun boek 'Loven en bieden over werk' dat ook non-profit organisaties zoals ziekenhuizen door toenemende druk uit de omgeving steeds meer innovatiekracht ten toon moeten spreiden. Als kennisintensieve organisaties met veel klantencontact zullen ze daarbij meer dan ooit afhankelijk zijn van menselijke 'resources'. Afhankelijk van de strategische koers dienen zij gelijktijdig te voldoen aan eisen als kostenbeheersing, kwaliteit, flexibiliteit en innovativiteit. Het goed mobiliseren en managen van competenties en motivatie van medewerkers daarbij is essentieel.

Maar ook de wereld van de medewerker is continue in beweging. Medewerkers zijn zeer divers in hun behoeften en privé-omstandigheden. Dit vraagt om maatwerk in de vormgeving van de individuele arbeidsrelatie: doel is het bijeenbrengen van de (veranderlijke) doelen van organisatie en medewerker. Hierbij past geen centraal, collectief vastgelegde regelgeving. Idealiter faciliteert het topmanagement haar middenkader en medewerkers om samen onderling hun arbeidsrelaties vorm te geven. Nauta et al. presenteren daartoe een stappenmodel waarbij na de formulering strategie en inrichting van de organisatie de wenselijke kwantitatieve en kwalitatieve personele opbouw en typen arbeidsrelaties worden bepaald. Wij komen daar op terug in hoofdstuk 5.

Voor dit hoofdstuk is het met name interessant om verder in te zoomen op het maatwerk in arbeidsrelaties. Nauta et al. herkennen binnen arbeidsrelaties afspraken over vier aspecten:

- o werktijden: uren/week, dagelijkse werktijden, rooster en verlofregelingen;
- o beloning: maandsalaris, periodieke verhogingen en bonussen;
- o ontwikkeling: opleiding en training, al of niet via een persoonlijk ontwikkelingsplan;
- o prestaties: aard, hoeveelheid, kwaliteit en niveau van werk en output.

Arbeidsrelaties variëren van standaard en collectief aan de ene kant (bijv. CAO), tot maatwerk en individueel aan de andere kant. In geval van een individuele arbeidsrelatie is sprake van uitonderhandelde, bijzondere afspraken rond 1 of meer van de genoemde aspecten op grond van voordelen voor beide partijen. Dus niet het ongeoorloofd toe-eigenen (buitensporige declaraties) of vriendjespolitiek (bonus voor familielid). Maatwerk in arbeidsrelaties gaat vaak gepaard met minder expliciete afspraken waardoor meer ruimte is voor een eigen invulling van de arbeidsrelatie en sturing op output (psychologisch contract). Onderhandelbaarheid van arbeidsrelaties biedt bij uitstek de mogelijkheid te komen tot een win-winsituatie, uiteindelijk leidend tot waardecreatie voor de organisatie. Belemmeringen daarbij zijn de soms tegenstrijdige belangen, een wederzijds wantrouwen of beperkingen door institutionele structuren. Risico's liggen in te veel administratieve rompslomp en scheve ogen van collega's met als gevolg onderprestatie. Openheid over de afspraken is daarom van groot belang (Nauta et al., 2007).

4.2. Medewerkers en hun bindingsfactoren

In zijn boek *“binding en motivatie, acht adviezen voor employment marketing”* gaat Bolweg verder in op twee belangrijke vraagstukken waar werknemers en werkgevers mee worstelen: motivatie en binding (Bolweg et al., 2000). Geconstateerd werd dat de huidige bindingsstrategieën van werkgevers gebaseerd waren op een te eenzijdig beeld van medewerkers. Meer aandacht voor de heterogeniteit van medewerkers is essentieel in een nieuw denken over het HRM-beleid. Vanuit de behoefte aan een werkelijke dialoog tussen medewerkers en organisaties en geïnspireerd door inzichten uit de marketing en de psychologie wordt in dit boek het Bolweg-model verder uitgebouwd tot een nieuwe typologie voor medewerkers en organisaties. Een typologie die werd ontleend aan ‘The European Way to Excellence’, een analyse van 35 succesvolle organisaties uit de industrie en dienstverlening.

‘Als werkgevers weten wie ze willen binden, moeten ze hun medewerkers even belangrijk vinden als hun klanten en hun aandeelhouders. Pas dan kunnen ze een begin maken met een nieuw human-resourcesbeleid. Een eenvoudige samenvatting van dat beleid is gauw gemaakt: medewerkers zijn gewoon mensen die aandacht, waardering, een redelijk salaris, interessant werk en leuke collega's erg belangrijk vinden. Vier of vijf leuke collega's en een sympathieke chef vormen het simpele cement van een langdurige binding met de onderneming’.

Behalve in de publicaties van Bolweg vonden we in de literatuur verschillende rijtjes met de ‘Top 5’ van vertrekredenen. Zo werd recent een onderzoek ‘Boeien en binden’ uitgevoerd door Interview-NSS op initiatief van Tempo-Team, waarbij het werkgever- en werknemersperspectief naast elkaar werden gezet (Interview-NSS, 2007).

	1	2	3	4	5
www.workforceonline.com (geciteerd in Bolweg) vertrekredenen voor werknemers:	Onvoldoende zekerheid	Geen gevoelde waardering	Te weinig vertrouwen	Geen gedeelde waarden/normen	Geen gehoor vinden
Interview / NSS: vertrekredenen volgens werkgevers (n=696), alle sectoren	Loopbaan mogelijkheden	Salaris	Niet passende functie	Te weinig uitdaging	Reisafstand
Interview / NSS: vertrekredenen volgens werknemers (n=868), alle sectoren	Slecht management	Salaris	Loopbaan mogelijkheden	Te weinig uitdaging	Werksfeer
Interview / NSS: vertrekredenen volgens werknemers (n=112), alleen gezondheidszorg	Arbeidsomstandigheden	Slecht management	Werksfeer	Salaris	Reistijd
Prismant 2003: vertrekreden medewerkers 160 zorginstellingen	Behoeftte andere werkkring	Ontplooiing	Loopbaan mogelijkheden	Reistijd	Opleiding
UMC Utrecht / Exitenquêtes 2005 (n = 395)	Contracteinde	Niet passende functie	Loopbaan mogelijkheden	Werksfeer	Reistijd

Tabel 2: Overzicht Top 5 van vertrekredenen

Opmerkelijk in het Interview/NSS-onderzoek was dat zowel werknemers als flexwerkers (met name in de gezondheidszorg) een 'gunstig type dienstverband' als belangrijkste *bindmiddel* noemden terwijl dit door slechts 3% van de werkgevers werd genoemd. Slecht management wordt genoemd als vertrekreden, vaker door werknemers dan door werkgevers. Daarnaast bleek dat hoger opgeleiden vooral blijven vanwege vrijheid, interne doorgroei mogelijkheden en uitdaging en verantwoordelijkheid terwijl lager opgeleiden kiezen voor zekerheid, salaris, werksfeer en reisafstand. Zie ook onderstaand artikel in Trouw van 16 januari 2007:

Werknemer haakt af door slecht management baas

Van onze redactie economie

Slecht management is voor werknemers een van de belangrijkste redenen om bij hun baas weg te gaan. Werkgevers hebben dat niet in de gaten.

Dat blijkt uit een onderzoek in opdracht van uitzendconcern Tempo-team naar manieren om personeel te werven en – vooral – vast te houden. Het bureau Interview NSS enquêteerde daarvoor zowel werknemers en flexwerkers als werkgevers.

De insteek bij het management en het personeel verschilt nogal. Weliswaar noemen ze allemaal een tegenvallend salaris op de huidige werkplek als belangrijk motief om over te stappen naar een andere baan, maar werknemers reppen vooral over slecht management. Nog geen half procent van de werkgevers geeft dat op als reden voor vertrek van medewerkers. Ze zoeken het op de eerste plaats in te weinig interne doorgroei mogelijkheden.

Bedrijven hebben er kennelijk niet helemaal goed zicht op hoe ze hun medewerkers aan zich binden.

Toch loont dat vasthouden, constateert Tempo Team. Het uitzendconcern berekende dat de kosten voor een vertrekkende werknemer flink kunnen oplopen naar gemiddeld 15.000 tot 20.000 euro per persoon. Bovendien is het in de huidige krappe arbeidsmarkt zeker in bepaalde sectoren al moeilijker nieuw personeel te vinden. Zelfs lokkertjes als solliciteren in de autoshowroom, waar de aangenomen sollicitant direct een auto kan uitzoeken, werken niet optimaal. Het onderzoek laat zien dat maar weinigen nog vallen voor de auto-van-de-zaak. Jongeren trek je er nog wel mee, maar voor werknemers ouder dan 29 jaar hoeft de leasewagen niet zo.

Afwisselend, leuk werk staat voor de meeste werknemers op nummer één. Maar een heel klein aantal werkgevers (zes procent) noemt dat als doorslaggevende factor.

Vanzelfsprekend zijn er onderling veel verschillen bij werknemers als het gaat om voorkeur voor bepaalde arbeidsvoorwaarden. Zo telt voor bijna negentig procent van de vrouwen een gunstig type dienstver-

band, dat wil zeggen zaken als deeltijdwerk, flexibele werktijden en duobanen.

Opmerkelijk is dat slechts drie procent van de werkgevers een gunstig type dienstverband als extra bindmiddel noemt.

Ook een goede werksfeer scoort hoog bij vrouwen. Mannen vallen eerder voor een goed salaris. Lager opgeleiden hechten aan flexibele werktijden, korte reisafstanden. Slechte arbeidsomstandigheden zijn voor hen dé reden voor vertrek. Voor hoger opgeleiden tellen bedrijfscultuur, uitdagend werk en goed management zwaar.

Bolweg wijst er naar onze mening terecht op dat (te) veel aandacht uit gaat naar het belang van professionalisering, loopbaanontwikkeling en emancipatie van medewerkers: “er dringt zich een sterk normatief beeld op dat gebaseerd is op het toenemend belang van kenniswerk en de hogere doelen in het leven. Zo’n benadering doet geen recht aan de variëteit in beweegredenen, feitelijke omstandigheden en ambities van uiteenlopende organisaties en medewerkers”. Met andere woorden, we moeten af van het *one size fits all* en *one best way*-denken. Van belang is te komen tot een referentiekader waarbinnen werkgever en werknemer op grond van goede communicatie kunnen komen tot de juiste bindingsstrategie, tot een optimale match tussen motivatievraag en –aanbod.

‘Ondanks de voortgaande battle for the brightest ontstaat er in de praktijk soms een meer geschakeerd beeld. Er zijn bedrijven die zonder gêne melden dat ze zich bij de werving van hun jonge managers richten op de subtop die de mobiliteit bij voorkeur beperkt tot de eigen regio’s. Een andere vorm van de onderkenning van de eigen, typische behoeften vinden we bij de HRM-directeur van een financiële dienstverlener die zijn aspiratie ten aanzien van sollicitanten op het juiste niveau houdt met behulp van een bord in zijn werkkamer: ‘betrouwbare zakken hebben we ook nodig’ (Bolweg, 2000)’.

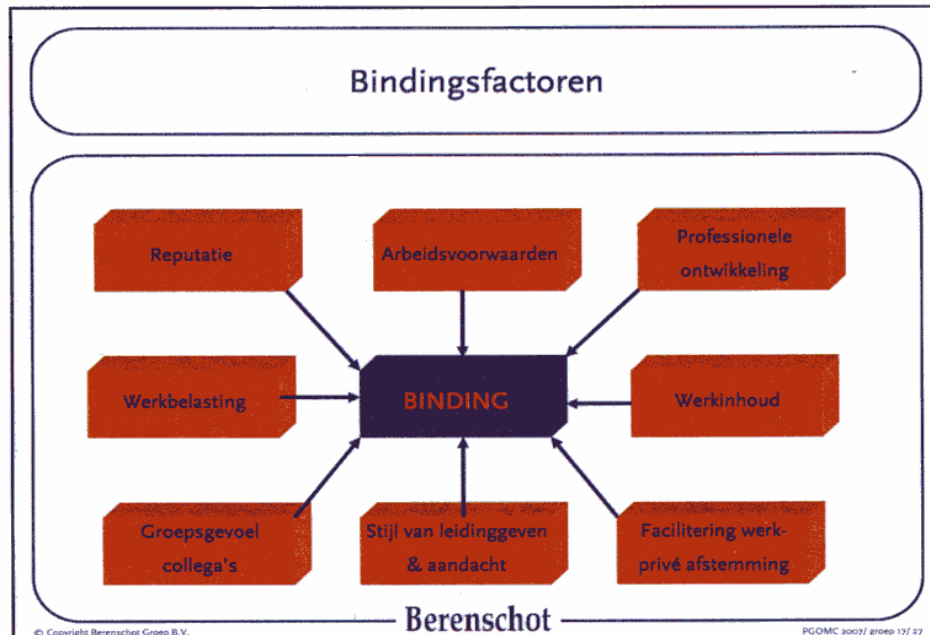
Op grond van geconstateerde verschillen in behoeft patronen van medewerkers en organisaties, omgangsvormen en gerichtheid op verschillende soorten vermogens rijst de vraag welke verschillende soorten medewerkers en organisaties onderscheiden kunnen worden? Bolweg vertaalde de elementen die bepalend zijn voor de motivatiemix en bindingsportfolio in typering van groepen medewerkers. Deze typologie werd gekoppeld aan verschillende soorten organisaties en aan specifieke bindingsfactoren. Zo ontstond een begin van *employment marketing*. Deze indeling werd ontleend aan het onderzoek The European Way to Excellence (Hardjono, 1995). De typologie is een ideaaltypische met verschillende mengvormen in de praktijk. Bij elke type medewerker hoort een specifieke organisatie en een dominante waarde of unique selling point. De soorten of ideaaltypen die betrekking hebben op de medewerker worden sterk bepaald door het werk en de houding ten aanzien van werk. Het onderscheid in organisaties wordt sterk bepaald door hun markt, strategie en primair proces. Daarnaast is de cultuur bepalend voor wat ze nodig hebben en voor wat organisaties kunnen of willen bieden aan hun (potentiële) medewerkers. In schema:

MEDEWERKER	ORGANISATIE	DOMINANTE WAARDE OF UNIQUE SELLING POINT
Huurlingen	Legerkamp	Soldij
Groeiers	Podium	Ontplooiing
Calculeerders	Markt	Aanbieding
Feestgangers	Speelplaats	Vertier
Presteerders	Stadion	Uitdaging
Gelovigen	Kerk	Evangelie
Groepsdieren	Familie	Geborgenheid

In zijn boek “*binding en motivatie, acht adviezen voor employment marketing*” werkt Bolweg deze typering verder uit. Aansluitend aan de typering schetst Bolweg hoe de juiste match gemaakt kan worden tussen werknemer en organisatie wat niet per definitie een individuele oplossing hoeft te betekenen (‘maatconfectie’). Het gaat om het vinden van de juiste bindingsportfolio (het geheel van bindende en motiverende elementen dat een bedrijf heeft en kan aanwenden) en de juiste motivatiemix (een specifieke combinatie van die elementen die typerend zijn voor een type medewerker). Centrale boodschap in ons interview met Bolweg was het belang van diversificatie van de arbeidsrelatie:

“Wees voortdurend bewust van de voortdurende veranderingen in de context en van belangen. Blijf het beleid in de tijd relativeren en maak niet teveel afspraken op de lange termijn. Speel met contracten, geloof niet in de maakbaarheid van de arbeidsorganisatie en voorkom HRM-instituten”.

Ons werd nog een actuele versie aangereikt van bindingsfactoren die als conceptueel model voor verdere studie geschikt zou zijn. Daarbij werd opgemerkt dat de onderste 3 blokken in het model werkelijk ‘het verschil maken’, met name voor professionals:



Figuur 6: Bolweg-bindingsportfolio

In zijn toelichting op *employment marketing* wijst Bolweg op de valkuil van zowel werkgever als werknemers om zich te willen verkopen op de arbeidsmarkt en het risico zich vervolgens ‘bekocht’ te voelen. Ideaal is te weten wat voor organisatie je wilt zijn en welke medewerkers daarbij nodig zijn. De boodschap is de medewerker die je begeert of de organisatie voor wie je wilt werken te zien als klant en diens behoeften te kennen. Vervolgens te weten wat je te bieden hebt en waarop je je onderscheidt. Dit denken in het ‘vervullen van wederzijdse behoeften’ wordt afgesloten met 8 adviezen om werknemers te binden. De typeringen van medewerkers en de genoemde bindingsfactoren volgens Bolweg zullen wij, tezamen met bevindingen uit andere publicaties, gebruiken als bronmateriaal om te komen tot een viertal ideaaltypische zorgverleners elk passend in hun eigen specifieke zorgomgeving (zie hoofdstuk 5).

Nauta spreekt niet zozeer over bindingsfactoren maar over basale belangen en behoeften die alle mensen hebben om zich een beetje gelukkig te voelen: competentie, autonomie en verbondenheid. Die behoeftevervulling kan op het werk plaatsvinden maar dit hoeft niet. Bovendien verschilt de precieze manier waarop men die behoeften vervult, van mens tot mens. Voor organisaties is het wel handig dat werknemers zo veel mogelijk hun behoeften en belangen op het werk kunnen vervullen. Want zo krijgen zij zo veel mogelijk van hun medewerkers (Nauta, 2007).

Van Wijk (2007) toonde een verband aan tussen medewerkerstevredenheid en de waardering van cliënten voor de zorgverlening. Tevredenheid van zorgverleners met de organisatie en het werk nam toe bij een adequate fit van de meeste aspecten van de interne servicekwaliteit, met de ruimte om inderdaad vraaggerichte diensten te verlenen. De tevredenheid met het werk is vooral afhankelijk van een passende functie-inhoud, sociale steun van collega's en leidinggevende, een goede beloning en de kwaliteit van de interne service om vraaggericht te werken.

4.3. Marktwerving en de modernisering van de arbeidsrelatie

In zijn oratie '*de onmogelijkheid van consistent sociaal beleid*', uitgesproken bij de aanvaarding van het hoogleraarschap Mens, Arbeid en Organisatie aan Vrije Universiteit Amsterdam in 1998 breekt Joep Bolweg een lans voor een fundamentele herbezinning op het vigerende sociaal beleid. Hij stelt daarin ondermeer: "de structuur en industriële cultuur van onze economie veranderen snel en daarmee ook de wereld van arbeid en werk. Onze instituties, regelingen en instrumenten lopen achter bij de eerder geschetste ontwikkelingen. In de vormgeving van sociaal beleid zijn we tenslotte schatplichtig aan het grootschalige, collectieve industriële denken. De uitdaging ligt in het toesnijden van het sociaal beleid op een gedifferentieerd en geïndividualiseerd dienstverlenings- en kennisbestel. De eerste uitingen van deze ontwikkeling manifesteren zich reeds in keuzewerktijden, deeltijdwerk, cafetaria-arbeidsvoorwaarden, tweeverdieners, telewerkers, uitzendkrachten en uitbesteding. Managers en medewerkers hebben meer opties gekregen. Deze meervormigheid en individualisering stelt daarom hoge eisen aan het managen."

Zekerheid in de arbeidsrelatie

De noodzaak tot verandering wordt ook beschreven door Evers en Wiltshagen (2007). Zij schetsen dat we meer en meer in een risico-samenleving zijn terecht gekomen door nieuwe technologieën, internationalisering en diversificatie van economie en samenleving. Meer concurrentie is een primair groter risico voor ondernemers, maar vervolgens ook voor werknemers. De auteurs pleiten voor pro-activiteit bij het omgaan met deze risico's, zeker geen vermijdingsgedrag. De (paradoxe) kunst is dat risico's genomen moeten worden om op zeker te spelen. Oude zekerheden dienen vervangen te worden door nieuwe. Zo kan een vorm van 'flexicurity' ontstaan: zekerheid die is gebaseerd op optimale, voortdurende en vroegtijdige aanpassing. Het risico op de arbeidsmarkt kan daarmee gedefinieerd worden als 'de consequenties van gebrekkig aanpassingsvermogen en (te) beperkte wendbaarheid, zowel voor de organisatie als voor de (individuele) werknemer'.

Enige relativering wordt echter ook aangebracht: vanuit het risicoperspectief bezien verkleinen duurzame arbeidsrelaties de transactiekosten en dragen zij bij tot behoud van relevante kennis en menselijk kapitaal. Geconcludeerd wordt dat er toekomst blijft voor de (langduriger) arbeidsrelatie, maar dat meer marktconformiteit aan de orde zal komen.

In ditzelfde essay van Evers en Wiltshagen worden de studieresultaten over werkzekerheid van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) beschreven. Hierbij wordt het concept van transitionele arbeidsmarkt aangehaald. Dit concept suggereert dat de traditionele oriëntatie op een (loop)baan bij één werkgever of binnen één sector, en de daarmee gepaard gaande zekerheid de komende jaren zal moeten worden vervangen door een dynamisch concept waarin "soepele" en wederkerende transitie binnen werk maar ook tussen werk, scholing en zorgtaken, (tijdelijke) inactiviteit en (graduele) uittrekking centraal staan. De arbeidsovereenkomst (middel van de ruilrelatie) zal een arbeidsmarktsovereenkomst moeten worden. De kern van dit concept is 'making transitions pay' wat verder gaat dan 'making work pay'. Evers en Wiltshagen stellen dat werkgevers en werknemers belang hebben bij herinrichting van de arbeidsrelatie. Dit belang komt voort uit veranderende en toenemende risico's en onzekerheden en de noodzaak hier beter mee om te gaan; ook toekomstige arbeidsrelaties zullen een ruil karakter kennen, de voorwaarden voor de ruil en de invulling en inhoud van de ruil kunnen wel veranderen. Het zal leiden naar strategisch werkgeven en strategisch werknemen, te definiëren als het zoeken naar een balans tussen belangen op korte en op lange termijn en tussen interne (arbeidsorganisatie) en externe (arbeidsmarkt) gerichte oriëntaties.

Een vergelijkbaar pleidooi voor een herbezinning op de arbeidsrelatie wordt gegeven door Gasperz & Ott (1997). Met toenemende marktwerving en daarmee samenhangende turbulentie op de arbeidsmarkt kan de bestendigheid in arbeidsrelaties in ondernemingen steeds minder gegarandeerd worden en zelfs de concurrentiekracht van bedrijven en van geheel Nederland doen afnemen. Daardoor wordt het belang van behoud van eigen *employability* voor werknemers steeds groter. Onder *employability* wordt verstaan het vermogen om werk te verkrijgen. Werknemers bouwen *employability* vooral op door een vergroting van kennis en vaardigheden die ze kunnen meenemen naar andere werkplekken, door wisselende werkzaamheden en door een goed inzicht in de arbeidsmarkt (Gasperz & Ott, 1997). Er is een verschuiving nodig van het traditionele *life-time employment* naar *life-time employability*.

Een overzicht:

Life-time employment	Life-time employability
Werkgevers garanderen functie en verzekeren loopbaan	Werknemers behouden werk door zelf te werken aan inzetbaarheid en mobiliteit
Werknemers ontlenen levenslange zekerheid aan goed functioneren in vaste baan	Werknemers ontlenen werkzekerheid aan eigen vermogen werk te krijgen
P&O gericht op permanente binding	P&O gericht op binding van inzetbare werknemers en loslaten overigen
Werknemers loyaal aan bedrijf of afdeling	Werknemers loyaal aan eigen loopbaan
Salaris en baanzekerheid in ruil voor loyaliteit en goede prestatie	Salaris en employability-vergrotenende faciliteiten in ruil voor inzet en betrokkenheid
Werknemers eigenaar functie	Werknemers wisselen functie / werkgever
Loopbaan afhankelijk van werkgever	Werkgever levert tijdelijk een arbeidsrelatie

Tabel 4: van life-time employment naar life-time employability (Gasperz & Ott, 1997).

Gasperz en Ott concluderen dat het beleid van veel organisaties nog onvoldoende gericht lijkt te zijn op het bevorderen van de employability van hun werknemers. Vaak wordt gewacht tot het te laat is met als gevolg kostbare ontslagrondes bij wijziging van het strategisch beleid. En als werkgevers steeds meer flexibiliteit van werknemers gaan eisen dan zullen de laatsten ook faciliteiten verlangen waardoor de employability in stand kan worden gehouden.

Het werken aan de eigen employability vereist een heldere koers van de organisatie en voldoende faciliteiten, waaronder tijd. Vrouwen hebben meer moeite met verandering van werktijden maar houden minder vast aan een bepaald salaris voor een nieuwe functie. Lager opgeleiden investeren vaak minder in de eigen employability terwijl ouderen daarin niet onderdoen voor jongeren. Ouderen maken zich wel meer zorgen over hun loopbaan en de inschatting van hun kansen binnen of buiten het bedrijf.

Als maatregelen voor bedrijven ter bevordering van employability worden genoemd taakverbreding en –verrijking. Voorbeelden van instrumenten zijn een regelmatig assessment, een goed functioneringstraject en volgsysteem, de inrichting van een mobiliteitsbureau en het interim vervullen van functies met terugkeergarantie.

Sociale innovatie

Een ander concept om de (sociale) doelen van werknemers meer te combineren met de doelen van de onderneming wordt wel *sociale innovatie* genoemd (Nauta & Blokland, 2007). Sociale innovatie definiëren zij als “vernieuwingen in het functioneren van (groepen) medewerkers met het oog op optimale bedrijfsprestaties en een prettig werkklimaat”. Vernieuwingen in het functioneren van (groepen) medewerkers betekent niet alleen dat medewerkers individueel, in het werk zelf, anders en beter gaan functioneren, maar vooral ook dat de relatie van het individu met de werkgever verandert. Arbeidsrelaties zijn niet langer standaard en stabiel, maar eerder dynamisch maatwerk, om zo te voldoen aan de flexibiliteitsbehoeften van werkgever én werknemer.

Sociale innovatie is de kern van HRM, en moet letterlijk van de werkvloer komen ter wille van innovatie door bedrijven. Vijf aspecten staan daarin centraal: professionalisering van medezeggenschap, meer eigen verantwoordelijkheid werknemers, werkgevers sturen op vertrouwen i.p.v. op regelgeving, het employability-contract als vangnet i.p.v. het vaste contract als hangmat en de wetenschappelijke onderbouwing van sociale innovatie alsmede de vertaling daarvan naar de praktijk.

De mogelijke spanning in de hervorming van de arbeidsrelatie wordt ook aangeduid door Prof. Dr. Han van Dijk, voormalig hoogleraar Personeel & Arbeid in de Zorg in een speciale uitgave van Prismant Magazine over de arbeidsmarkt in de zorg (Prismant, 2004). “Hoewel de terugtrekkende overheid en de invoering van meer vraaggerichtheid wel eens naadloos zouden kunnen aansluiten op de toegenomen individualisering in de samenleving, zijn er ook spanningsvelden zichtbaar. Terwijl de betekenis van werk toeneemt, dreigt het werk in zijn feitelijke inhoud voor het individu te verschrompelen omdat de handelingsvrijheid afneemt”.

Dat ervaren zorgverleners bij sterk afgemeten werkzaamheden, zoals geprotocolleerd werken. Als tweede spanningsveld wordt genoemd de relatie consument en producent. De groeiende vraag naar zorg dwingt tot doelmatigheid terwijl de klant vraagt om individualisering. De zorgverlener wil op maat geregelde arbeidsvoorwaarden (werktijden, verlof enz.) terwijl individualisering van de zorg en het werken in geflexibiliseerde zorgorganisaties juist meer aanpassingsvermogen vraagt van medewerkers.

Meer marktwerking zal bovendien resulteren in meer concurrentie, in de zorg vooral op arbeidskosten. Zijn de huidige CAO's daarvoor niet te dichtgetimmerd? Vraagsturing en marktwerking in de gezondheidszorg vragen om een open en creatieve kijk op HRM zoals dat de komende jaren in de zorg vorm moet gaan krijgen. Dit betekent een meer strategische visie op de factor arbeid en een kritische doordenking van het huidige HRM-instrumentarium, waarbij een zekere verzakelijking nodig is. Van belang is een goede bezinning op deelmarkten en doelgroepen. De kunst is de gewenste dienstverlening te laten aansluiten op de juiste en gekwalificeerde medewerkers. Vervolgens ligt er de uitdaging om van de betrokkenheid, inzet en deskundigheid van medewerkers op peil te houden.

Desgevraagd benadrukte van Dijk dat de relatie tussen veranderingen in de zorgmarkt en het HRM-beleid nog niet duidelijk te leggen zijn. Ook omdat marktwerking nog slechts een milde vorm kent. Risico van groeiende marktwerking bij de huidige krapte op de arbeidsmarkt zal bijna zeker tot (loon)kostenstijging leiden (economische wetmatigheid). We zien nu al een trend naar kostenstijging door commercialisering van de arbeidsmarkt in de zorg (detacheringsbureaus, ZZP-ers in de thuiszorg).

De verhoogde noodzaak tot prestatie en concurrentie zal leiden tot individueel maatwerk, zeker voor de strategische relevante medewerkers. Een zelfde beweging werd gezien bij KPN dat (moest) transformeren van een ambtelijk ingericht staatsbedrijf naar een private speler in een concurrerende omgeving. Prestatieafhankelijke bonussen voor de toppers binnen én buiten het bedrijf werden opeens mogelijk. Overigens benadrukte de voormalig HRM-directeur van KPN het belang van het behoud van enige regelgeving en kaders vanuit HRM: deze geven steun en zekerheid, maar ze moeten niet knellen (de zgn. "corsettheorie"). KPN heeft inmiddels het vernieuwen van arbeidsrelaties tot een belangrijk HR thema verkozen. KPN wil een nieuw contract invoeren, dat zij 'Ik & KPN' noemen. Hiermee doelt KPN op een psychologisch contract, dat verder gaat dan de rechten en plichten die zijn vastgelegd in arbeidscontracten en collectieve arbeidsovereenkomsten. Het gaat erom hoe medewerkers de geschreven en ongeschreven regels beleven. KPN moet gelijktijdig in vrijwel verzadigde markten opereren en nieuwe markten ontwikkelen. Met name dat laatste vergt een nieuwe mentaliteit van medewerkers. KPN zal voortdurend vraag en aanbod van personele capaciteiten op elkaar moeten afstemmen.

Ook de HRM-directie van NUON beaamde desgevraagd de grote veranderingen in het HRM-beleid als gevolg van het vrijgeven van de energiemarkt. Onder druk van schaalvergroting en het belang van herinrichting van werkprocessen bleken nieuwe competenties nodig voor werknemers. De traditionele beloningsstructuur kende vooral prikkels om niet te veranderen en in de functie te blijven zitten tot aan het pensioen (hoogste salaris voor oudste werknemers). Hoewel de vaste contracten bleven (weegt zwaar voor personeel en blijft overigens overal in de markt gehandhaafd) werd het beloningstelsel omgebouwd en meer prestatieafhankelijk gemaakt. Dit leidde (gemiddeld) niet tot loonstijging. Prikkels werden ingebouwd om de interne mobiliteit te bevorderen (60% van de vacatures wordt intern ingevuld). Iedere bezette functie wordt halfjaarlijks besproken met betrokkene, loopbaanpaden en prestaties worden in relatie tot de organisatiestrategie uitgezet en geëvalueerd. Bij iedere nieuwe vacature staat de opvolger klaar. Als talenten de organisatie verlaten is dat een reclame voor het bedrijf en bovendien geldt: zonder uitstroom geen doorstroom; dit geeft nieuwe kansen aan een reeks van opvolgers. Alle 10.000 medewerkers kunnen gebruik maken van de instrumenten m.b.t. loopbaanscan en ontwikkeling. Benadrukt werd het belang van consistentie van beleid, ook bij weerstand (antibioticakuur geheel afmaken) en een 'challenging and supportive' managementstijl (de voertaal was inmiddels engels). Managers worden letterlijk aangesproken op hun meerwaarde voor stakeholders (klanten, medewerkers, samenleving). De concurrentie op de arbeidsmarkt werd niet zozeer gezocht in de hoogte van de salarissen maar in de secundaire arbeidsvoorwaarden en de mogelijkheden om zelf ruimte te nemen voor eigen ontwikkeling en zo een bijdrage te leveren aan de organisatiedoelen.

Strategisch arbeidsmarkt beleid

Concurrentie op arbeidsvoorwaarden tussen ziekenhuizen zal dus waarschijnlijk gaan toenemen met de toename van marktwerking. Dit betreft niet alleen primaire arbeidsvoorwaarden als salaris maar ook de auto van de zaak en individuele keuzemogelijkheden en vrijheden. Een platte toepassing van gangbaar HRM-beleid uit het bedrijfsleven moet echter vermeden worden omdat het ziekenhuis door voornamelijk professionals bevolkt zal blijven. Zij hechten veel waarde aan een uitdagende werkplek, een identificatie met de goede naam van hun bedrijf, een leuke baas en een prettig en inspirerend team om hun beroep goed uit te oefenen. Het zelfstandig teamwork rond doelgroepen zou echter nog versterkt kunnen worden, te denken valt aan een multidisciplinaire maatschap die zichzelf laten inhuren met veel invloed op eigen output en rendement (dit zonder 'ondersteunende functies' en management vanuit het ziekenhuis).

Zoals gesteld in hoofdstuk 3 bevindt de zorg zich in een overgangsfase naar een open marktsysteem. Wat betekent dit voor de arbeidsmarkt? In de arbeidsmarktstrategie zijn drie niveaus te onderscheiden: het niveau van de instelling, het niveau van de regio waaruit men personeel kan werven en het landelijke niveau. Op instellingsniveau is de bestuurder in toenemende mate bevoegd én verantwoordelijk voor invulling van het HRM-beleid. Op de regionale arbeidsmarkt zullen onderling concurrerende werkgevers tegelijkertijd sterk van elkaar afhankelijk zijn. Op het landelijke niveau, het niveau van CAO's, opleidingseisen en tarieven, opereren werkgevers op koepelniveau. De geïntroduceerde marktwerking in de zorg doet de betekenis van landelijk beleid enigszins verbleken, het accent komt direct bij de werkgevers te liggen. Daarbij passen bijv. geen traditionele sectorfondsen meer die werkgevers moesten aanzetten tot stimulerend gedrag op de arbeidsmarkt danwel tot creatief verantwoorden van de ontvangen subsidies.... Door het wegvallen van dit maatschappelijk middenveld zullen ondernemers in de zorg voor de vraag komen te staan of en hoe een regionaal arbeidsmarktbeleid te voeren op het niveau waarop de individuele invloed van elk van hen beperkt is. Dit zal leiden tot nieuwe strategische allianties op de arbeidsmarkt, gebaseerd op een gemeenschappelijke analyse van de ontwikkelingen, een besef van onderlinge afhankelijkheid en een zekere mate van onderling vertrouwen. (Muurling 2007). Voorbeelden daarvan zijn een gezamenlijk detacheringbureau en opleidingsbureau voor schaarse medewerkers of een meer projectmatig recruitmentbeleid zoals in de petrochemische industrie gangbaar is.

Het belang van een meer strategische benadering van het HRM-beleid lijkt dus verder toe te nemen door ontwikkelingen in de markt. Strategisch HRM-beleid is een middel om het maximale uit het menselijk kapitaal in een organisatie te halen en zo de flexibiliteit en het innoverend vermogen te bevorderen. Volgens de 'resourced-based' visie op HRM wordt zo een competitief voordeel ontwikkeld dat positief bijdraagt aan de prestaties van de organisatie (McMahan, 1999 in Ott et al, 2004). Ook toont onderzoek aan dat er een relatie is tussen flexibiliteit in HRM-beleid en de prestaties van organisaties, waarbij met name flexibiliteit in competenties bijdraagt aan kosteneffectiviteit (Bhattacharya et al, 2005). Ook zou een groter gebruik van kenniswerk en contractwerk positief associëren met bedrijfsprestaties (Lepak et al, 2003).

Het brede pleidooi voor modernisering van het HRM-beleid in de zorg sluit aan bij ons beeld van een doorsnee algemeen ziekenhuis als een traditioneel ingerichte arbeidsorganisatie met weinig ruimte voor maatwerk in de arbeidsrelaties. Zorgorganisaties kennen veelal nog een klassieke, hiërarchische organisatiestructuur gebaseerd op sectoren en afdelingen met bijbehorende gezagsstructuur. Door overheidsregulatie en interne bureaucratie duurt besluitvorming lang. Kenmerkend voor de sector is dat een groot deel van de arbeidsvoorwaarden (nog) ver van de werkplek geregeld wordt via ingewikkelde CAO- en functiewaarderingssystemen. Afspraken over de kleinste details in de CAO zijn veelal tot stand gekomen in langdurige onderhandelingsrondes over vele jaren heen en worden niet snel losgelaten. Hoewel functiewaarderingssystemen (Fuwavaz en FWG) nog maar recent zijn ingevoerd lijken zij feitelijk te hebbende bijgedragen aan een verdere fixatie van de traditionele arbeidsorganisatie met als bepalende kenmerken de plaats in de organisatie, de aard van de werkzaamheden en kennis vanuit de beroepsopleiding. Al met al meer een accent op kenmerken van de functie en de functionaris dan op flexibiliteit en prestatie.

De collectieve benadering op landelijk niveau zien we ook nog vaak terug binnen de instellingen. Het HRM-beleid heeft paternalistische trekken: het wordt vaak op centraal niveau bepaald en laat nog weinig ruimte voor individueel maatwerk en eigen verantwoordelijkheid voor ontwikkeling en behoud van employability.

Het loongebouw is heilig, ook voor de ondernemingsraad, en veel werkgevers vertrouwen vooral op het commitment dat medewerkers in de zorg bindt met de organisatie. Vergeten wordt echter dat het uiteindelijk toch vaak de primaire arbeidsvoorwaarden dominant zijn in keuzes van werknemers, en met name de kostwinners. Er is een opkomende trend zichtbaar in zorgland waarbij zorgverleners er voor kiezen zich als zelfstandige zonder personeel (ZZP-er) of vanuit detacheringsbureaus te laten inhuren. Zorginstellingen zullen hier op in moeten spelen.

Overigens heerst er bij de werknemers zelf ook nog vaak een angst voor differentiatie in arbeidsvoorwaardenbeleid, de gelijkheidsideologie viert hoogtij en belemmert modernisering van sociaal beleid (als zij dan wij ook.....). Collectiviteit, zekerheid en behoud van verworven rechten lijken in de sector nog steeds dominant boven individualiteit, flexibiliteit en eigen verantwoordelijkheid voor de loopbaan.

4.4. Conclusie en beschouwing

De centrale vraag in dit hoofdstuk was:

o *wat zijn de kenmerken van een arbeidsrelatie (in de zorg) ?*

De arbeidsrelatie blijkt een veelvoud aan kenmerken te bevatten die met name variëren op de soort relatie, op de aard en mate van betrokkenheid en op de mate van zekerheid en flexibiliteit. Daarnaast bleek ons dat medewerkers heterogeen zijn in de mate waarin zij worden 'gebonden en geboeid'. Tenslotte werd ons vermoeden bevestigd dat het tijd is voor een modernisering van de arbeidsrelatie in het algemeen en specifiek voor de zorgsector vanwege de verdere invoering van marktwerking.

De vormgeving van de arbeidsrelatie tussen werknemer en werkgever blijkt complex en veelal multidimensioneel. Bolweg stelt dat de *ruilrelatie* regelt wat een medewerker bijdraagt en wat hij daarvoor terugkrijgt. De *samenwerkingsrelatie* betreft de identificatie van medewerkers met de waarden van de organisatie, de *gezagsrelatie* regelt de formele aspecten in de relatie zoals het arbeidsrecht en de plek in de hiërarchie.

Meyer en Allen onderscheiden affectieve betrokkenheid, normatieve betrokkenheid en continuïteitsbetrokkenheid. Iemand die affectief commitment ervaart, blijft bij de organisatie uit vrije wil. Wanneer mensen zich verplicht voelen om bij de organisatie te blijven, omdat ze het gevoel hebben dat ze iets terug moeten doen voor de organisatie, spreken we van *normatieve betrokkenheid*. Ten derde, mensen blijven bij de organisatie omdat ze geen andere keuze hebben. Wanneer mensen bij de organisatie blijven vanwege financiële kwesties spreken we van *continuïteitsbetrokkenheid*. Nauta et al herkennen binnen arbeidsrelaties afspraken over vier aspecten: werktijden, beloning, ontwikkeling en prestaties.

Een belangrijke variabele is de mate van zekerheid en flexibiliteit. Evers en Wilthagen schetsen een concept van gezamenlijk –wederkerig- risicomanagement. Dit houdt in dat werkgevers en werknemers oog hebben voor elkaars risico's en bijdragen aan het managen daarvan. De terugtrekkende overheid (o.a. in de zorg) legt een toenemend accent op de eigen verantwoordelijkheid van zowel werkgever als werknemer. Dit zal effecten hebben op de arbeidsrelatie (minder vast, individueler, geringere rol bonden en OR). De nieuwe uitdaging ligt in het proactief omgaan met deze risico's.

Rousseau bepleit de vormgeving van een 'psychologisch contract' waarin zakelijke en sociaalrelationele aspecten van de ruilrelatie tussen werkgever en werknemer samenkomen.

Aanvullend op het inzicht van veelvormigheid van de arbeidsrelatie is het besef dat *medewerkers heterogeen zijn in hun wensen ten aanzien van de invulling van die arbeidsrelatie* en daarmee variëren in de wijze waarop zij worden 'gebonden en geboeid'. We zien in veel bedrijven, ook in de zorg, nog vaak een 'one size fits all' principe domineren, gebaseerd op een eenzijdig beeld van medewerkers. In het algemeen gelden als vertrekredenen vaak de inhoud van het werk, de tevredenheid over de eigen leidinggevende, de sfeer in het team, het salaris en de loopbaanmogelijkheden. Maar daarnaast blijkt bijvoorbeeld dat hoger opgeleiden vooral blijven vanwege vrijheid, interne doorgroeimogelijkheden, uitdaging en verantwoordelijkheid terwijl lager opgeleiden kiezen voor zekerheid, salaris, werksfeer en reisafstand. Bolweg bepleit het vinden van de juiste bindingsportfolio (het geheel van bindende en motiverende elementen dat een bedrijf heeft en kan aanwenden) en de juiste motivatiemix (een specifieke combinatie van die elementen die typerend zijn voor een type medewerker).

Vanuit de behoefte aan een werkelijke dialoog tussen medewerkers en organisaties en geïnspireerd door inzichten uit de marketing en de psychologie presenteert Bolweg vervolgens een nieuwe typologie voor medewerkers en organisaties. Ook Nauta et al bepleiten maatwerk in de vormgeving van de individuele arbeidsrelatie: doel is het bijeenbrengen van de (veranderlijke) doelen van organisatie en medewerker. De kunst is de gewenste dienstverlening te laten aansluiten op de juiste en gekwalificeerde medewerkers (van Dijk).

Centraal in het denken over toekomstig HRM-beleid staat het besef dat het tijd is voor *modernisering van de arbeidsrelatie in het algemeen* en specifiek voor de zorgsector vanwege de verdere invoering van marktwerking. In bijna alle publicaties die werden geraadpleegd en de daaraan gerelateerde interviews werd gewezen op de snel veranderende wereld van arbeid en werk. Het meer grootschalige, collectieve industriële denken staat nog te veel model voor de inrichting van publieke sectoren zoals de zorg. Dit met een veelvoud aan instituties, regelingen en instrumenten op het terrein van sociaal beleid met betrekkelijk weinig speelruimte. Bij verdere invoering van marktwerking zal de rol van de centrale overheid en het maatschappelijk middenveld (koepels) verder afnemen. Hier ligt een taak en uitdaging voor werkgevers in het toesnijden van het sociaal beleid op meer differentiatie, individualisering en vergroting van de eigen employability (het eigen vermogen om aantrekkelijk te blijven op de arbeidsmarkt). Dit in relatie tot strategische keuzes van organisaties.

Gasperz & Ott (1997) wijzen er op dat een gebrek aan employability van de beroepsbevolking personeelstekorten en kwaliteitsverlies kan veroorzaken en daardoor zelfs kan resulteren in een verminderde concurrentiekracht van Nederland. Zij wijzen daarbij op het onderscheid tussen het *life-time employment* en *life-time employability*: levenslange baan zekerheid tegenover het eigen vermogen van werknemers om in steeds wisselende omstandigheden de eigen inzetbaarheid en mobiliteit op peil te houden.

Nauta & Blokland (2007) definiëren sociale innovatie als “vernieuwingen in het functioneren van (groepen) medewerkers met het oog op optimale bedrijfsprestaties en een prettig werkklimaat”. Arbeidsrelaties zijn niet langer standaard en stabiel, maar eerder dynamisch maatwerk, om zo te voldoen aan de flexibiliteitsbehoeften van werkgever én werknemer.

De gevonden antwoorden op de vraag in dit hoofdstuk bleken goed aan te sluiten op ons beeld van de huidige inrichting van de arbeidsorganisatie en de vormgeving van de arbeidsrelaties in de ziekenhuizen. Ook sloot het beeld aan bij de geconstateerde veranderingen in het HRM-beleid van andere sectoren die een overgang maakten van publieke dienstverlener naar private marktspeeler.

Kenmerkend voor de curatieve zorg is dat een groot deel van de arbeidsvoorwaarden (nog) ver van de werkplek geregeld wordt via ingewikkelde CAO- en functiewaarderingssystemen, binnen instellingen bovendien nog verrijnd via relatief centraal HRM-beleid.

Uit interviews en eigen ervaring blijkt dat CAO-partijen wel schoorvoetend (willen) sleutelen aan meer ruimte voor individueel maatwerk en eigen verantwoordelijkheid voor behoud van employability. Belemmering daarbij is echter het durven loslaten van het bestaande paradigma van levenslange zekerheid en eenvormigheid, ook aan de zijde van werknemers zoals vertegenwoordigd in vakbonden en centrale ondernemingsraden. Bij ons rijst de vraag of deze ‘vertegenwoordigers’ van werknemers nog wel volledig hun eigen achterban representeren, gelet op de hiervoor beschreven heterogeniteit in de behoeften van de moderne werknemer. Er lijkt nu al een trend zichtbaar waarbij steeds meer zorgverleners er voor kiezen het keurslijf van het ziekenhuisinstituut te verlaten en zich als zelfstandige onder eigen condities weer te laten inhuren. Zorginstellingen zullen hier op in moeten spelen. Toch heerst er bij veel werknemers zelf ook nog vaak een angst voor differentiatie in arbeidsvoorwaardenbeleid. Collectiviteit, zekerheid en behoud van verworven rechten lijken in de sector nog steeds dominant boven individualiteit, flexibiliteit en eigen verantwoordelijkheid voor de loopbaan.

De uitdaging is de optimale match te maken tussen de beoogde (gedifferentieerde) prestaties van zorginstellingen in een concurrerende omgeving en de flexibiliteit en individuele preferenties van schaarse zorgverleners.

In het volgende hoofdstuk presenteren wij daartoe een viertal toekomstscenario's.

Strategische keuzes en de 5 vormgeving van de arbeidsrelatie in de curatieve zorg

Er bestaat vrij algemeen een overeenstemming over de betekenis van het 'menselijk kapitaal' en het belang van goed HRM-beleid voor de organisatie. De kunst is om deze bronnen effectief aan te wenden tot een duurzaam concurrentievoordeel. Van goed HRM-beleid is bekend dat het tot een voordeel kan leiden dat bovendien moeilijk te imiteren is maar ook een hardnekkige bron van achterstand kan vormen omdat slecht HRM-beleid lastig te veranderen is (Baron & Kreps, 1997). Het belang van HRM als concurrentiemiddel wordt ook ondersteund door Boxall en Purcell (2003), die bovendien wijzen op de complexiteit van de relatie tussen HRM en het bereiken van de organisatiedoelen. Paauwe & Boselie (2002) benadrukken daarbij nog eens de *inside-out approach*, waarbij interne bronnen, in dit geval het aanwezige menselijke kapitaal, het startpunt vormen van het na te streven succes van een organisatie. In deze 'resource based view' staat de gedachte centraal dat een HRM-strategie bepaalde kenmerken van het personeel kan helpen ontwikkelen die de strategie ondersteunen.

Naar onze mening past dit pleidooi prima bij de zorgsector waar (bijna) alles draait om de kwaliteit van de professionele dienstverlening en de 'human factor' in de intermenselijke relatie. Van Wijk (2006, 2007) gaat daarin nog een stap verder. Bij toenemende onzekerheid en een grotere variatie in bedrijfsvoering zal de kwaliteit en de ruimte voor eigen invulling van het psychologisch contract aan belang winnen. Zeker in de zorgsector zullen straks de medewerkers 'het verschil maken', het zal gaan om de transactie van zorg: het ontmoetingsmoment tussen zorgverlener en patiënt. In het interview dat we met hem hadden stelde Van Wijk deze benadering tegenover het traditionele 'spreadsheetmanagement': een beeld van in Maastricht opgeleide academici die achter hun bestuurstafel wegdromen in de illusie van de maakbaarheid van de zorgorganisatie.....

Toch houden wij het er maar voorlopig op dat zorgorganisaties zich steeds meer zullen moeten bezinnen op hun strategische koers: welke deelmarkten wil men gaan bedienen, op welke doelgroepen gaat men zich richten en welke zorgpakketten biedt men aan? Vervolgens is het de uitdaging deze verschillende werkomgevingen in te richten en te matchen met het juiste gemotiveerde en gekwalificeerde personeel. En, om met van Wijk te spreken: wat is daarbij het serviceconcept en hoe werkt dat door in de praktijk van de dienstverlening? Al snel komt de vraag dan aan de orde welke inrichting van de (arbeids)organisatie daarvoor nodig is en welke speerpunten in de personele bezetting en de arbeidsrelatie er gelegd kunnen worden (Nauta et al. 2007, Jolink et al. 2007, van Wijk & van Dijk 2006).

Voor ziekenhuizen is het noodzakelijk aansluiting te vinden bij de veranderende dynamiek van de externe omgeving / de te verwachten groei van marktwerking in de zorg. In dit hoofdstuk gaan we in op de vraag welke typerende kenmerken van arbeidsrelaties passen bij de verschillende strategische keuzes van ziekenhuizen.

Als deze *strategische fit* gerealiseerd kan worden is het mogelijk de dienstverlening optimaal aan te laten sluiten bij de verwachtingen van de klanten én de preferenties van zorgverleners.

5.1. Strategisch ziekenhuismenu en zorgverlenerstypologie

Om bovengenoemde *strategische fit* te kunnen maken hebben wij er voor gekozen de complexe werkelijkheid te abstraheren en te reduceren tot twee modellen. Dit met behulp van de theoretische bevindingen uit hoofdstuk 3 en 4 als bouwstenen.

Het eerste model, '*het Strategisch Ziekenhuismenu*' (Tabel 5) is een bewerking van de vier generieke strategieën volgens Porter (1985) en het theoretisch concept van Nauta waarin drie bepalende factoren voor de arbeidsrelatie zijn beschreven met behulp van de essentiële variabelen flexibiliteit, diversiteit en kennisintensiviteit (Nauta et al., 2007). Hierin staat flexibiliteit voor de variëteit aan producten/diensten, diversiteit voor de verschillen tussen de bedrijfsonderdelen op de verschillende terreinen en kennisintensiviteit voor de nadruk in werkprocessen op hoogwaardige kennis en continue vernieuwen. Porter heeft op basis van zijn vijfkrachtenanalyse generieke strategieën ontwikkeld om te komen tot competitieve voordelen ten opzichte van andere partijen: een strategie die is gebaseerd op kostenleiderschap, een differentiatiestrategie en een focusstrategie, enerzijds op kosten en anderzijds op differentiatie. Deze strategieën zijn van belang bij besluitvorming over toekomstige strategische positionering van de organisatie.

Doelstelling van kostenleiderschap is het realiseren van een lager kostenniveau dan de concurrentie bijvoorbeeld door schaalvoordelen, standaardisatie van processen of het aanbieden van bestaande producten voor een brede doelgroep.

Binnen een differentiatiestrategie legt een bedrijf zich toe op het ontwikkelen van meerdere complexe producten die door de eindgebruiker als uniek worden bestempeld. Door aandacht voor kwaliteit en innovatie probeert men voor een brede doelgroep meerwaarde te leveren.

Een focusstrategie gericht op het hebben van het laagste kostenniveau houdt in dat de organisatie met zijn strategie richt op een specifiek gestandaardiseerd product voor een beperkte doelgroep; het verschil met de twee eerst genoemde vorige strategieën is dat bij deze strategie wordt gekozen voor een kleinere 'scope' of reikwijdte.

Een focusstrategie gericht op differentiatie houdt in dat de organisatie met zijn strategie richt middels innovatie op een scala aan hoogwaardige producten voor een beperkte doelgroep; het verschil met de twee eerst genoemde strategieën is dat bij deze strategie eveneens wordt gekozen voor een kleinere 'scope' of reikwijdte.

Vervolgens zijn de beschrijvingen van de bepalende factoren volgens Nauta door ons vergeleken met de kenmerken van de 4 strategieën volgens Porter. Daarbij bleek de combinatie lage flexibiliteit, diversiteit en kennisintensiviteit te matchen met kostenleiderschap en kostenfocus. De combinatie hoge flexibiliteit, diversiteit en kennisintensiviteit bleken goed te passen bij de strategieën differentiatieleiderschap en differentiatiefocus. Deze combinatie van de theorie van Porter en het concept van Nauta levert per ziekenhuisstrategie een concrete beschrijving op van drie factoren, te weten de organisatiestrategie, de daarbij geschikte inrichting van de organisatie en de daarbij passende personeelsopbouw. Daar waar mogelijk zijn deze beschrijvingen door ons vertaald naar de curatieve zorg.

Kostenleiderschap (lage flexibiliteit, diversiteit, kennisintensiviteit)	Differentiatieleiderschap (hoge flexibiliteit, diversiteit, kennisintensiviteit)
<i>Strategie</i> Lage prijs / laagcomplexe zorg Schaalvergroting / winstmaximalisatie Afgegrensd werkterrein / vaste patiënten Bestaand basispakket aan ziekenhuiszorg Procesinnovatie: standaardisatie met flexibiliteit Eén strategie voor gehele organisatie Prijsc concurrentie op identiek basispakket <i>Inrichting</i> Zorgprocessen zijn leidend Sterk hiërarchisch / weinig taakautonomie Wel omschreven functies en taken Bedrijfsonderdelen identiek georganiseerd en ingericht Productiewerk <i>Personeelsopbouw</i> Vaste contracten Lange diensttijden Flexibel in werktijd en arbeidsduur Uitzendwerk bij extra zorgvraag Homogeen inzetbaar team Laag opgeleid personeel / Beperkt inzetbaar personeel	<i>Strategie</i> Hoge kwaliteit / hoogcomplexe zorg Schaalvergroting als fundament voor innovatie Grote (gedifferentieerde) groep patiënten Scala aan zorgdiensten Productinnovatie Strategie per business unit Concurrentie op productkwaliteit en -diversiteit <i>Inrichting</i> Innovatie is leidend Autonome, zelfsturende teams Kenniswerk Bedrijfsonderdelen verschillend ingericht Flexibele productiemiddelen <i>Personeelsopbouw</i> Flexibele contracten Korte diensttijden Flexibel door multi-inzetbaarheid Vast contract voor kern hoogwaardig personeel Heterogeen in competenties team Hoog opgeleid personeel
Kostenfocus (lage flexibiliteit, diversiteit, kennisintensiviteit)	Differentiatiefocus (hoge flexibiliteit, diversiteit, kennisintensiviteit)
<i>Strategie</i> Lage prijs / laagcomplexe zorg Schaalvergroting / winstmaximalisatie Breed werkterrein / beperkte groep patiënten Specifiek zorgproduct in bestaand basispakket Procesinnovatie: standaardisatie met flexibiliteit Eén strategie voor gehele organisatie Prijsc concurrentie op identiek basispakket <i>Inrichting</i> Zorgprocessen zijn leidend Sterk hiërarchisch / weinig taakautonomie Wel omschreven functies en taken Bedrijfsonderdelen identiek georganiseerd en ingericht Productiewerk <i>Personeelsopbouw</i> Vaste contracten Lange diensttijden Flexibel in werktijd en arbeidsduur Uitzendwerk bij extra zorgvraag Homogeen inzetbaar team Laag opgeleid personeel / Beperkt inzetbaar personeel	<i>Strategie</i> Hoge prijs / hoge kwaliteit Schaalvergroting als fundament voor service / maatwerk Beperkte groep patiënten met speciale binding Scala aan specifieke zorgdiensten Productinnovatie Strategie per business unit Concurrentie op productkwaliteit en -diversiteit <i>Inrichting</i> Innovatie is leidend Autonome, zelfsturende teams Kenniswerk Bedrijfsonderdelen verschillend ingericht Flexibele productiemiddelen <i>Personeelsopbouw</i> Flexibele contracten Korte diensttijden Flexibel door multi-inzetbaarheid Vast contract voor kern hoogwaardig personeel Heterogeen in competenties team Hoog opgeleid personeel

Tabel 5.: **Strategisch Ziekenhuismenu** volgens Pronk & Roor (naar Porter en Nauta)

Vervolgens wordt in Tabel 6 'de Zorgverlenerstypologie' gepresenteerd: een beschrijving van 4 typen zorgverleners als bewerking van de 7 medewerkerstyperingen volgens Bolweg (2000). Elk type zorgverlener heeft een eigen focus in zijn of haar arbeidsrelatie en een tweetal dominante waarden. Vervolgens zijn aan de hand van de 8 bindingsfactoren volgens Bolweg de verschillende typologieën voorzien van bijpassende kenmerken en een eigentijdse HRM-invulling. Deze kenmerken zijn ten dele afkomstig uit het werk van Bolweg maar ook zelf geselecteerd uit het verzamelde studiemateriaal. De keuzes in dit proces zijn daarmee deels theoretisch onderbouwd maar ook ingegeven door beelden en ervaringen uit onze eigen meerjarige managementpraktijk in de ziekenhuiszorg.

Type zorgverlener:	Zorgproducent	Zorgsocio	Zorgideoloog	Zorginnovator
Focus op:	Inkomen	Collega's	Patiënten	Eigen ontwikkeling
Dominante waarden:	Zekerheid Continuïteit	Gezelligheid Zingeving	Zingeving Roeping	Vernieuwing Succes
Bindingsfactoren:				
Reputatie instelling	Ondergeschikt	Ondergeschikt	Grote identificatie met missie en cultuur organisatie	Grote identificatie met ambitie en imago organisatie
Arbeidsvoorwaarden	Hoogte salaris staat voorop, wordt bewaakt via vakbond, OR en functiebeschrijving (calculerend)	Leuk salaris mooi meegenomen	Nooit echt verdiept in salarisschaal	Salarisgroei als doel naast bonus naar prestatie; ruim ontwikkelbudget.
Professionele ontwikkeling	Grote expertise, breed inzetbaar, scholing gericht op onderhoud; vormen 'collectief geheugen' van de afdeling.	Middelmatige expertise, focus op doelgroepen, scholing gericht op onderhoud	Onderhoudt zelf grote expertise rond specifieke doelgroep of kennisgebied; scholing gericht op onderhoud in de breedte	Vergroot voortdurend eigen expertise rond kansen; vergeet onderhoud in de breedte.
Werkbelasting	Constant door routine	Werkdruk op maat in leuke sfeer	Hart voor de zorg, voor de patiënt is niets te veel	Voor ambities is altijd tijd
Werkinhoud	Complexe zorg in de breedte, deinst niet terug voor onvoorspelbaarheden en vervelend werk moet ook gedaan worden. Regels zijn regels.	Laagcomplex, liefst voorspelbare zorg. Veel standaardisatie.	Complex specifiek: alleen palliatief terminale zorg volgens holistische visie of specialist in HLA-typing op Lab. Redelijk voorspelbaar.	Hoogcomplex, innovatieve zorg aangevuld met onderwijs / onderzoek. Routine verveelt.
Groepsgevoel collega's	Leuke collega is mooi meegenomen, liever geen onderscheid in team	Familiecultuur, fun, samen feesten of rondje IJsselmeer fietsen. We helpen elkaar, egaliteit voorop.	Hoge solidariteit en socialisatie, uittrekders verdacht	Gelegenheidscoalities van soortgenoten, onderscheiden mag
Stijl van leidinggeven en aandacht	Liever geen leider, aandacht regelen we onderling; graag medezeggenschap	Steunen op leider (expert en pater familias); aandacht voor mij en team essentieel	Identificatie met de leider (goeroe); aandacht voor elkaar en het goede doel;	Identificatie met leider (boegbeeld); aandacht voor mijn succes.
Facilitering werk-privé afstemming	Contract voor onbepaalde tijd. Op tijd naar huis. Alleen deeltijdwerk als het thuis nodig is. Dan eerst nog voorkeur voor 4x9 of liever nog 4x10 uur / week.	Flexibel of vast contract. Aantal uren past bij privé-wensen zoals nevenbaan als wijnkoper. Graag verlof voor wereldreis of vroegpensioen.	Werkt meestal meer uren dan contract aangeeft. Komt indien nodig in vrije tijd terug voor patiënt.	Prestatiecontract voor bepaalde tijd. Eventuele extra klussen tegen extra vergoeding. Deze baan is springplank.

Tabel 6 : **Zorgverlenerstypologie** volgens Pronk & Roor (naar Bolweg)

MENSEN MAKEN DE MARKT

Naar een optimum tussen strategie en een eigentijdse vormgeving van de arbeidsrelatie in de curatieve zorg

5.2. Toekomstscenario's ziekenhuizen

Zoals eerder gesteld vormt HRM de basis op grond waarvan 'human resources' worden aangestuurd. Deze aansturing zou ideaaltypisch zo moeten zijn dat het die personele kenmerken ondersteunt die optimaal aansluiten bij de gekozen strategie. Deze benaderingswijze is ook beschreven in een artikel van Jolink (2007) waarin de relatie wordt gelegd tussen de strategie operational excellence (OpEx; Tracey en Wiersema, 1994) en een aantal principes van HRM (structuur, proces, systemen, managementstijl, cultuur). Een van de conclusies is dat de inrichting van de arbeidsorganisatie afhangt van de strategische keuze; "andere organisatieconcepten kunnen niet zondermeer worden overgenomen". De tweede conclusie is dat de gewenste standaardisatie en flexibiliteit in OpEx-organisaties een dilemma oplevert in facetten van de arbeidsrelatie: het scala aan talenten waar gebruik van wordt gemaakt is beperkt, waardoor ideeën die de individuele ontwikkeling, mobiliteit en loopbaanperspectief (ook) centraal stellen, beperkt van toepassing zijn.

Eenzelfde onderzoek kan natuurlijk ook naar de strategische keuzes van ziekenhuizen uitgevoerd worden. Afhankelijk van die strategische keuzes, zal dat in een steeds veranderende omgeving gevolgen hebben voor de organisatie van zorg en arbeid, van de vraag naar personeel en van de doorwerking daarvan naar diverse terreinen van het HRM-beleid.

Met behulp van de door ons beschreven strategieën en typologieën in de 2 modellen (tabel 5 en 6) zijn daarom 4 fictieve ziekenhuisorganisaties van de toekomst beschreven. De mogelijke organisatiestrategieën werden hierbij voorzien van een concrete werkelijkheid, en wederom gekoppeld aan beeldvorming rond de daarbij geschikte inrichting van de organisatie. Het daarbij passende personeelsbestand / de arbeidsrelatie is aangeduid door een zogenaamd fictief 'bezettingsprofiel': een ideaalverdeling van de eerder beschreven typen zorgverleners. Dit naar analogie van het in de financiële wereld bekende 'beleggingsprofiel'. Hierbij worden door ons zeker geen garanties naar de toekomst afgegeven omdat er sowieso geen resultaten in het verleden zijn behaald.

5.2.1. Kostenleiderschap

Budgethospital Easycure



Strategie van Easycure

Easycure is een algemeen basisziekenhuis aan de rand van Amsterdam, gevestigd in het voormalig Stedelijk Gymnasium. Adequate en bereikbare patiëntenzorg in de regio is de basis waarop de toekomst van het ziekenhuis draait.

Dit beursgenoteerde bedrijf met winstoogmerk biedt een volledig pakket aan laag complexe (basis) ziekenhuiszorg. Toegankelijk voor iedereen (dus geen tweedeling), geen franje, efficiënt ingericht en klantvriendelijk. Om dit ook in de toekomst te garanderen wordt via concernvorming gekozen voor een overname- en groeistrategie.

Enkel *cure* wordt zelf uitgevoerd. Ondersteunende activiteiten worden zo veel als mogelijk tegen een scherpe prijsstelling ingekocht. Een verdere kostenbeheersing middels standaardisatie en procesoptimalisatie is noodzakelijk om de noodzakelijke medische dienstverlening financieel mogelijk te maken. Met een aantal grote Nederlandse zorgverzekeraars is een speciaal contract afgesproken voor klanten die een minimaal maar verantwoord pakket aan zorg willen: de zgn. budgetpolis, met een korting die, afhankelijk van het 'schadeverloop' kan oplopen tot 40% van de gangbare basisverzekering.

Het ziekenhuis onderhoudt nauwe relaties met tal van andere zorginstellingen en zorgaanbieders zoals de huisartsen om patiënten door te kunnen verwijzen voor zorg die vanwege financiële redenen en complexiteit niet geleverd kan worden.

Inrichting van Easycure

Productiegroei is een waardevolle prestatie-indicator; meer doen met dezelfde mensen en middelen is het credo. Laboratoriumtesten worden zoveel als mogelijk voorafgaand aan polikliniekbezoek, OK of (dag)opname door huisartsen aangevraagd. Specialistische laboratoriumonderzoek wordt uitbesteed aan een goedkoop, privaat diagnostisch centrum buiten het ziekenhuis. Daarbinnen wordt ook de grote bulk van de pre-operatieve screening volledig uitgevoerd door zogenaamde POS Practitioners. Dit maakt het mogelijk dat alle patiënten rechtstreeks van huis via de ontvangstruimte naar de wasstraat van de operatiekamers gaan (just-in-time-principe). Postoperatief volgt een zo kort mogelijk klinisch verblijf op grond van vooraf ontworpen zorgstraten waarin doelmatigheid en veiligheid centraal staan.

Voor de doorstroming van patiënten is er gekozen voor een viertrapssysteem: intensive care, intermediate care, normal care en low care. Patiënten worden zo snel mogelijk van de ene unit overgedragen aan de ander (adequate step-down facilities). Er is dus gekozen voor een differentiatie van verpleegafdelingen, waardoor patiënten veel van afdeling kunnen wisselen.

Bouwkundig is de afwerking sober: kleine kamers en weinig voorzieningen voor bezoek. Het gebouw is zodanig ingericht dat er heel efficiënt in zorgstraten gewerkt kan worden. De verzorging van patiënten kan apart worden ingekocht; maaltijden kunnen meegebracht worden door bezoek of ingekocht worden in verschillende prijsklassen. In het ziekenhuis is ook een a la carte restaurant aanwezig, toegankelijk voor patiënten, bezoekers, medewerkers en andere belangstellenden. Een culinaire verrassing in verschillende prijsklassen, voor ieder wat wils.

Er is een ruime keus aan entertainment-verkoop. Diensten als televisie, radio, PC met internet, telefoon, literatuur en activiteitenbegeleiding worden tegen een (meer dan) dekkend tarief aangeboden.

Een klein centraal kwaliteitsbureau richt zich op continue verbetering van de veelal gestandaardiseerde zorgprocessen. Daarnaast voldoet men jaarlijks aan de prestatie-indicatoren van de Inspectie voor Gezondheidszorg, niet meer en niet minder. Binnen het ziekenhuis zijn taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden eenduidig afgekaderd. De gezagsrelatie is helder, afspraak is afspraak. U vraagt, wij draaien.

Personeelsopbouw van Easycure

Bezettings profiel:	Zorgproducent	Zorgsocio	Zorg ideo loog	Zorg innova tor
--------------------------------	---------------	-----------	----------------------	-----------------------

Zorgproducenten vormen de grootste groep zorgverleners bij Easycure. Zij zijn breed inzetbaar, gaan voor continuïteit en zekerheid en komen de afspraken na. Iedere patiënt wordt volgens bestaande routines verzorgd, vervelend werk wordt niet geschuwd. Voor de laag complexe gestandaardiseerde zorg worden ter ondersteuning ook zorgsocio's ingezet. Elke individuele medewerker wordt, afhankelijk van workload en eigen voorkeuren, flexibel ingezet. Bij een piekbelasting wordt extra betaald voor extra uren (max. 5 x12 uur/week p.p.), dit veelal via detachingscontracten, desnoods aangevuld met uitzendkrachten die volgens doortimmerde protocollen een deel van het proces uit kunnen voeren. Het aantal medewerkers in de secundaire, zorgondersteunende processen (overhead) is beduidend minder dan in andere ziekenhuizen waardoor de loonkosten in relatie tot de productie laag liggen en winstmaximalisatie wordt bevorderd. Het aantal personeelsleden neemt af naarmate de zorgintensiteit lager wordt en ondersteunende diensten worden zoveel als mogelijk ingekocht.

Een optimale inzet van personeel en middelen in deze basiszorg vraagt om opleidingsniveaus die direct aansluiten op de gevraagde activiteiten. Zo besloot Easycure onlangs tot de inzet van een gecombineerd team van zorgsocio's, in dit geval doktersassistenten en zorgassistenten om de zorg te leveren in de heupstraat waar voorheen operatieassistenten resp. verpleegkundigen werkzaam waren. In het laboratorium zijn met name zorgproducten werkzaam die de routinediagnostiek op vaste tijden bepalen, aangevuld met enkele zorgsocio's die oog hebben voor de optimale logistieke aansluiting met de medische afdelingen en zorgstraten en mogelijkheden verkennen om met hun logistieke kennis en kunde ook laboratoriumonderzoek aan andere organisaties aan te bieden. Kenmerkend voor deze organisatie is het feit dat alle medisch specialisten er in loondienst zijn, de teams ervaren en zelfstandig zijn en een heldere en strakke aansturing op productie vanuit het management accepteren. Er bestaat een eenvoudig, slim ingericht bijscholingsprogramma gericht op onderhoud van competenties in de breedte. Drie zorginnovatoren zijn nodig voor de continue verbetering van de veelal gestandaardiseerde zorgprocessen. Bewust is er voor gekozen om enkele zorgideologen per team aan te houden. Deze verpleegkundigen bewaken de menselijke maat in de zorg en trekken aan de bel als er te veel in 'productietermen' wordt gesproken. Voor deze private onderneming geldt niet de gebruikelijke CAO, maar is een afzonderlijke, goedkopere CAO van toepassing, waarin naast het vaste contract, prestatiebeloning centraal staat. Als er winst gemaakt wordt deelt het gehele (vaste) personeel hierin mee; dit geldt zeker ook voor de medisch specialisten. Flexibele beloning en prestatieafhankelijke winstdeling zijn maandelijkse onderwerpen van een gestroomlijnde medezeggenschapsstructuur.

5.2.2. Differentiatieiderschap

Umc Pluri-Q



Strategie van UMC Pluri-Q

Universitair Medisch Centrum Pluri-Q is een van de grootste publieke zorginstellingen van Nederland met vele voorzieningen en een academische allure. UMC Pluri-Q staat voor onderscheidende, state of the art patiëntenzorg, hoogwaardige opleidingen en toonaangevend, grensverleggend onderzoek.

'UMC Pluri-Q wil beter maken, beter zijn, nog beter worden en middels innovatie bijdragen aan de medische kennis van morgen'.

De organisatie levert een wezenlijke bijdrage aan de (verbetering van) kwaliteit van de gezondheidszorg en daarmee aan het welzijn van mensen. Het centrum richt zich op een vooraanstaande positie in onderwijs en opleiding, internationaal wetenschappelijk onderzoek en patiëntenzorg; het biedt kwaliteit en meerwaarde aan patiënten, hun naaste(n), verwijzers, studenten, op te leiden professionals en opdrachtgevers van onderzoek. Een volwaardige en volledige invulling betekent dat bij UMC Pluri-Q in principe alle medische (sub)specialismen beschikbaar zijn in een omvang die voldoet aan de geldende opleidingseisen. UMC Pluri-Q biedt zo topreferente zorg van hoog niveau en topklinische zorg conform best practices. UMC Pluri-Q biedt naast deze complexe zorg nog een beperkt pakket aan reguliere basiszorg voor de meest nabije regio maar vooral om redenen van opleiding en onderzoek.

MENSEN MAKEN DE MARKT

Naar een optimum tussen strategie en een eigentijdse vormgeving
van de arbeidsrelatie in de curatieve zorg

Voor de meeste basiszorg zijn reeds strategische allianties aangegaan met enkele regionale ziekenhuizen. Wetenschappelijk onderzoek leidt tot beter inzicht in het ontstaan van ziekte en tot innovatie in de behandeling daarvan. Schaalvergroting voor de academische zorg en uitbreiding van het strategische partners is noodzakelijk om de kerntaken in de volle breedte en omvang te kunnen uitoefenen en om de daarvoor noodzakelijke dure infrastructuur op een kosteneffectieve wijze te benutten.

Inrichting van UMC Pluri-Q

UMC Pluri-Q kent een platte organisatiestructuur met resultaatverantwoordelijke eenheden rond medische disciplines. Een hoogleraar/medisch specialist heeft de eindverantwoordelijkheid voor relatief autonoom, multidisciplinair expertteam waarin de gehele zorgketen is vertegenwoordigd. Zo vormen de poliklinieken, de innovatieve operatiekamers, de intensive care, de medium care en de verpleegafdeling van de hartchirurgie een eigen afdeling die herinneringen oproept aan de voormalige paviljoenstructuur. Om inzetbaarheid in de breedte te waarborgen worden teamleden bij tourbeurt ingezet op andere medisch specialismen. Door deze organisatievorm krijgen vernieuwende initiatieven snel een goede kans en weet het personeel zich verbonden aan het eigen 'bedrijfje'. Netwerkontwikkeling binnen en buiten de organisatie is een belangrijk middel om inhoud te geven aan de missie om een excellent kenniscentrum en ziekenhuis te zijn. Er wordt nauw samengewerkt met huisartsen en andere zorgaanbieders in de regio. Wanneer de zorg in het ziekenhuis niet meer noodzakelijk is, wordt er voor gezorgd dat de patiënt, voorzien van de meest adequate zorg, terug naar huis kan of naar een andere zorginstelling. Daarbij kan 24 uur per dag worden teruggevallen op de expertteams uit het ziekenhuis, die desgewenst uitrukken naar de collega-instelling of de zorgverlener in de 1^e lijn.

Er wordt veel aandacht geschonken aan de service aan en de bejegening van patiënten en samenwerkingspartners. Dat resulteert in zeer korte wachtlijsten en wachttijden, persoonlijke aandacht en respect, en adequate patiëntenvoorlichting. Daarnaast uit deze service zich in goede hotelmatige faciliteiten; ruime kamers en aparte sanitaire voorzieningen. Diensten als televisie, radio, PC met internet, telefoon, literatuur, activiteitenbegeleiding kunnen op aanvraag vrij verkregen worden. Verblijfsruimten, werkkamers en productiemiddelen zijn voor een scala aan klanten/patiënten en activiteiten te gebruiken.

Hoe de service en bejegening worden gewaardeerd, wordt regelmatig gemeten bij patiënten, verwijzers, verzekeraars en andere samenwerkingspartners. De resultaten hiervan worden gebruikt om verbeteringen aan te brengen. Per bedrijfsonderdeel kunnen hier grote verschillen met betrekking tot de aanpak en beleving tot uiting komen. Er bestaat een uitgebreide ondersteunende staf, bijvoorbeeld ten behoeve van de meest adequate kwaliteitssystemen.

Personeelsopbouw van UMC Pluri-Q

Bezettings- profiel:	Zorg producent	Zorg socio	Zorg ideoloog	Zorginnovator
---------------------------------	---------------------------	-----------------------	--------------------------	----------------------

Voor de grootste groep zorgverleners, de zorginnovators, biedt UMC Pluri-Q een uitdagend en ambitieus denk- en werkklimaat waarin plezier, respect, ontwikkeling en succes voorop staan. UMC Pluri-Q geeft medewerkers volop mogelijkheden om in het brede werkveld het beste uit zichzelf te halen en zich voortdurend te ontwikkelen door middel van een persoonlijk budget voor opleiding, nascholing en onderzoek. UMC Pluri-Q wil zich intern en extern profileren als een aantrekkelijke werkgever. Uitingen hiervan zijn goede arbeidsvoorwaarden (CAO ziekenhuizen) en werkomstandigheden, een gericht opleidings- en loopbaanbeleid en passende begeleiding. Dit alles leidt tot mogelijkheden om instroom, doorstroom en uitstroom van personeel te optimaliseren. Medewerkers zijn trots op hun organisatie en zijn veelal hoogopgeleid, flexibel en multi-inzetbaar.

Voor de meer routinematige zorg worden de innovators ondersteund door zorgproducenten en zorgsocio's. Lokaal (oncologie, geriatrie) vinden nog een aantal getrouwe zorgideologen hun werkplek. In de verschillende basislaboratoria is er een mix van met name zorgproducenten voor de routine diagnostiek werkzaam. Zorgsocio's worden met name ingezet om het veelvuldig ingezet spoedonderzoek te stroomlijnen in de bestaande logistiek. Daarnaast werken er op de subafdelingen voor specialistisch onderzoek, dat vanuit geheel Nederland wordt ingestuurd, zorgideologen. Deze zorgverleners hebben nauwe contacten met de innovatoren, die bij bijzondere resultaten een zoektocht inslaan naar mogelijkheden tot wetenschappelijk onderzoek.

Ondermeer op de operatiekamers zijn extra faciliteiten voor medewerkers die passen bij de academische profilering: er wordt extra geïnvesteerd in tijd en geld voor innovatie, onderzoek en onderwijs. Op de werkplek zijn uitgebreide skillslabs ingericht evenals een eigentijdse elektronisch leeromgeving. Talenten binnen de groep zorginnovators worden zorgvuldig gescout en krijgen binnen het UMC Pluri-Q een traject als onderzoeks- of managementtrainee. Vaak functioneert dit als springplank naar een volgende stap in de zelf uitgestippelde carrière, binnen of buiten het UMC. Dit laatste ziet niemand als een probleem maar als kans om weer frisse krachten binnen te halen.

5.2.3. Kostenfocus

Eye Care



Strategie van Eye Care

Als zelfstandig oogziekenhuis fungeert Eye Care als commerciële zorginstelling voor oogheelkundige, laagcomplex basiszorg. Klantgerichtheid, dagbehandelingen en een efficiënte bedrijfsvoering zijn voor Eye Care kritische succesfactoren. Eye Care wordt getypeerd als 'pionier op het gebied van patiëntenlogistiek'. Dankzij logistieke optimalisatie en standaardisatie heeft men zich ontwikkeld tot een prachtige zorginstelling met een uitgebalanceerd oogheelkundig zorgpakket, geoutilleerd met de modernste apparatuur, een efficiënte bedrijfsvoering en een zeer goede werksfeer.

Logistieke verbeteringen leveren efficiëntie en gaan hand in hand met het klantenperspectief: patiënten die minder vaak naar het ziekenhuis hoeven en in het ziekenhuis minder lang hoeven te wachten voor, tijdens en na de behandeling. De gewenste medische behandeling, adequate voorlichting, weinig wachttijd, zullen het de patiënt zo aangenaam mogelijk maken. Het is zodoende een laagdrempelig, toegankelijk instituut dat door haar moderne, minimaal invasieve methoden de patiënt en diens dagelijks leven minimaal belast. Een ziekenhuis dat zijn patiënten goed voorlicht, voortreffelijke oogheelkunde levert, en qua bedrijfsvoering – hoge productie versus lage kosten- met kop en schouders boven andere categorale ziekenhuizen uitsteekt en hierdoor een landelijke aantrekkingskracht heeft.

Inrichting van Eye Care

Om behandelingen zo vlot mogelijk te laten verlopen, worden behandelteams (retina, glaucoom, ooglid/orbita, cornea/cataract) gevormd, waarin verschillende disciplines op een logische manier zijn geclusterd in zogeheten behandelstraten.

In deze teams, aangeduid met kleuren die terugkomen in de inrichting, de wanden en de uniformen, worden betreffende specialisten en ondersteunend personeel ondergebracht en eenduidig aangestuurd vanuit het management. Patiënten met staar checken bijvoorbeeld op maandag in bij team rood. Alle leden van het team, van balie-medewerker tot specialist zijn ieder met zijn/haar duidelijk omschreven eigen taak medeverantwoordelijk voor de behandeling van de patiënt, maar legt verantwoording af aan de leidinggevende. De intakeverpleegkundige (casemanager) is het spin in het web van alle te opereren patiënten en de daarbij betrokken behandelaars.

Op aanvraag kan dagelijks een team worden samengesteld dat met een geprotocolleerde diagnosestelling de behandeling bij de patiënt kan inzetten. Door de voortreffelijke logistieke inrichting is het mogelijk 'vandaag te bellen om voor morgen een behandeling te bestellen' (just in time). Ook internetboekingen zijn mogelijk, in het geval van een operatieve ingreep na een voorafgaand akkoord op grond van een extramurale pre-operatieve screening.

De patiënt mag zijn mening geven en wordt ook gevraagd naar zijn mening. Zo wordt bijvoorbeeld bij de intake al bij voorbaat gevraagd of de patiënt zichzelf liever wast. Als een patiënt graag ziet dat zijn familie helpt bij de verzorging, dan begeleidt de verpleegkundige die familieleden. Comfort is in beperkte mate aanwezig; indien beschikbaar wordt er tegen vergoeding een ruimere en/of eenpersoonkamer ter beschikking gesteld. Om het de patiënten zo aangenaam mogelijk te maken heeft het ziekenhuis een bijzondere overeenkomst met nabij gelegen hotels. Patiënten die na een dagbehandeling de volgende dag voor controle moeten terugkomen kunnen voor een redelijke prijs een kamer boeken in zo'n hotel. Desgewenst kunnen ze daar ook een uitstapje boeken. Patiëntenvoorlichting wordt vooraf aangereikt via een gratis DVD met daarop de bedrijfspresentatie van Eye Care, videomateriaal over alle mogelijke oogaandoeningen en -operaties met daarbij een goed leesbaar naslagwerk. Dit is mogelijk door het beperkte scala aan diensten.

Ook de contacten met de eerste lijnszorg staat hoog op de prioriteitenlijst. Benodigde diagnostiek kan zodoende van te voren reeds zijn verricht waardoor de doorlooptijd aanzienlijk verkort kan worden (en kosten bespaard blijven). Dit ziekenhuis heeft vanwege de zeer beperkte behoefte geen algemeen laboratoriumfaciliteit. Er zijn vanuit het laboratorium enkele zorgsocio's werkzaam die de beperkte hoeveelheid benodigde diagnostiek, wat decentraal op de afdelingen wordt uitgevoerd, ondersteunen.

Kortom, Eye Care doet die zaken waar ze goed in is en tracht daarin steeds beter te worden. Waar men niet goed en efficiënt in is wordt uitbesteed.

Personeelsopbouw van Eye Care

Bezettings- Profiel:	Zorgproducent	Zorgsocio	Zorg ideo loog	Zorg Inno vator
---------------------------------	----------------------	------------------	-------------------------------	--------------------------------

Medewerkers (vooral zorgsocio's) werken hier vooral met plezier op tijden die hen goed uitkomen. Vaste dienstverbanden bestaan maar zijn vaak minimaal in uren (flexcontracten). Dit is ook verantwoord vanwege het afgebakende werkgebied en de geprotocolleerde aanpak. Zo is inzichtelijk welke (geprotocolleerde) taken door wie uitgevoerd moeten worden en kan worden gezocht naar een optimum voor wat betreft de benodigde opleidingseisen. Het inhuren van benodigde capaciteit per verrichting (m.n. zorgproducenten) is een optimale aanpak om de geleverde zorg goed en goedkoop en op het gewenste tijdstip te kunnen leveren. Er bestaat een eenvoudig bijscholingsprogramma gericht op onderhoud van competenties m.b.t. oogaandoeningen.

Voor deze private onderneming geldt niet de gebruikelijke CAO, maar kunnen afzonderlijk en individuele arbeidsvoorwaarden en werkafspraken gemaakt worden, waarin prestatiebeloning centraal staat. Langdurig verloop wordt opgenomen, niet aangevraagd. Als dit leidt tot personele tekorten worden laagopgeleide uitzendkrachten ingevlogen vanuit Tempo Team, waarmee een strategische alliantie bestaat. Voor jonge moeders en vaders bestaat het zogenaamde 'oudercontract' met werktijden van 9.00-15.00 uur. Op deze tijden worden vooral patiënten behandeld die zelf ook nog met jonge kinderen zitten.

Veel zorgsocio's blijven bij Eye Care vanwege de voortreffelijke werksfeer. Iedereen kent elkaar, binnen teams is een grote bereidheid elkaar onderling te helpen (net als vroeger...). Beroemd is de zogenaamde jaarlijkse Blind Dating Party op het eiland Texel waarin niet alleen alle medewerkers en partners maar ook de vele gepensioneerden gekostumeerd verschijnen. Het feestelijk middelpunt wordt daarbij gevormd door alle jubilarissen van dat jaar, die het feest verlaten met de dankbare taak om de Party van het volgende jaar te organiseren....

5.2.4. Differentiatiefocus

De Motion Clinics



Strategie van de Motion Clinics

De Motion Clinics vormen een toonaangevend centrum en zijn als enige in Nederland volledig gespecialiseerd in houding en beweging; voor behandeling van eenvoudige tot zeer complexe aandoeningen op het gebied van orthopedie, reumatologie en revalidatiegeneeskunde. Door de volledige inrichting op deze drie specialisaties is de ervaring en kennis groot.

Bij de Motion Clinics staat de patiënt echt centraal. Een persoonlijke benadering, deskundige begeleiding en uitgebreide voorzieningen staan daarvoor garant. Een gastvrije ontvangst in een bijzonder ziekenhuis, gelegen in een prachtige bosrijke omgeving. Met eigen vervoer en openbaar vervoer goed bereikbaar; mocht dat voor de patiënt toch een probleem zijn dan verzorgen de Motion Clinics voor vervoer van en naar de klinieken. De klinieken zijn tevens opleidingsinstituut voor orthopedisch chirurgen, reumatologen en revalidatieartsen in opleiding. Het ziekenhuis heeft een eigen afdeling voor wetenschappelijk onderzoek voor de evaluatie van bestaande behandelingen en ontwikkeling en innovatie van nieuwe behandelmethoden.

De Motion Clinics bieden een scala aan diensten:

- o Voor de rugchirurgie heeft het orthopediecentrum de internationale erkenning '*center of excellence*' ontvangen.
- o Er is een Spoedeisende Orthopedische Hulp (SOH), waar patiënten 24 uur per dag terecht kunnen met acute orthopedische problemen.
- o Het reumacentrum behandelt reumatische ziekten, maar leert patiënten ook omgaan met de gevolgen van de ziekte in de woon-, leef- en werksituatie. De zorg is afgestemd op de persoonlijke situatie van de patiënt en op de fase van de ziekte.
- o In het revalidatiecentrum is het doel om mensen te leren al hun mogelijkheden te benutten zodat ze zo goed mogelijk kunnen functioneren in de maatschappij. Zelfstandigheid en sociale participatie zijn daarbij kernbegrippen. Op deze terreinen fungeert het revalidatiecentrum als een kenniscentrum voor andere zorgaanbieders en patiëntenverenigingen.
- o De Motion Clinics begeleiden daarnaast sporters, (reuma)patiënten en mensen met overgewicht in beweging en sport en voeding.

Inrichting van de Motion Clinics

De Motion Clinics kennen drie basisspecialismen: orthopedie, reumatologie en revalidatiegeneeskunde. De zorg binnen elk aandachtsgebied is geclusterd binnen drie organisatorische eenheden, de zogenaamde zorgcentra. De dagelijkse leiding van de zorgcentra is in handen van een medisch specialist. Het behandelteam o.l.v. een medisch specialist, bestaat veelal tevens uit gespecialiseerde verpleegkundigen, een fysiotherapeut, een ergotherapeut, een psycholoog, en een maatschappelijk werker. Dit is in zijn geheel een autonoom zelfsturend team waarbij de wensen van de cliënt en gedegen kennis van de specifieke zorg en behandeling leidend zijn. Zowel qua zorg, behandeling en beleving wordt gezocht naar de 'fit' met de individuele cliënt. Hiervoor is een flexibele inrichting en investering in specifieke productiemiddelen van belang. Zo zijn de operatiekamers voor de orthopedie volledig 'state of the art' ingericht op de doelgroep. Daarbij kunnen extra voorzieningen worden aangebracht die aansluiten bij specifieke wensen zoals een gelijktijdige neuscorrectie tijdens een heup-OK. Afwijkende bedrijfstijden zijn daarbij geen probleem.

Het Facilitair Bedrijf van de Motion Clinics heeft als missie het ondersteunen van cliëntgerichte zorg. Hierbij wordt de visie gehanteerd dat de producten en diensten zo geleverd worden dat zowel de cliënten, de bezoekers als de medewerkers hun verblijf als een 'viersterren hotel' ervaren. Daartoe is een samenwerkingsverband met uitwisselingsprogramma aangegaan met Hotelketen Relais du Silence. Deze energieke groep met 262 hotels in Europa kiest voor een rustige, plattelandsomgeving en een persoonlijke ontvangst in familiesfeer door de exploiterende eigenaren. Deze benadering sluit perfect aan bij de wensen van de cliënten van de Motion Clinics, die ook op zoek zijn naar oprechtheid, kwaliteit en comfort. De Motion Clinics werken daarnaast samen met vele andere instellingen verspreid over Nederland waaronder een aantal UMC's en revalidatiecentra. Ook op het gebied van laboratoriumdiagnostiek en wetenschappelijk onderzoek is er samenwerking met verschillende universitaire centra. Om de kwaliteit en continuïteit van de zorg ook buiten de Motion Clinics te waarborgen, werken de behandelaars samen met zorgpartners in de woonomgeving van de cliënten, zoals de huisarts en de 1^e lijn. Omdat de Motion Clinics een nationaal bereik hebben is een speciaal thuisarrangement bedongen met de Vereniging van Nederlandse Gemeenten: 'WMO-Comfort'.

Personeelsopbouw van de Motion Clinics

Bezettings- profiel:	Zorg producent	Zorgsocio	Zorgideoloog	Zorg innovator
---------------------------------	---------------------------	------------------	---------------------	---------------------------

De Motion Clinics geven haar medewerkers, vooral zorgideologen, volop mogelijkheden om in dit specifieke werkgebied met hun hele hart de beste zorg aan 'hun' cliënten te leveren. Specifieke diagnostiek, gericht op de beperkte patiëntengroep, vraagt specialistische kennis en kunde en bevlogenheid van zorgideologen om op gewenste tijden de resultaten te produceren en vervolgonderzoek zonder enige vertraging in te zetten. Ondermeer de OK-medewerkers voelen zich echt verbonden met de instelling en delen de missie en cultuur van de organisatie. Daarbij kunnen ze steeds verder werken aan hun specifieke expertise door middel van opleiding en nascholing via de maandelijkse refereeravonden, waarbij de zorginnovators een groot deel voor hun rekening nemen. Er bestaat voor alle medewerkers een cyclische training in klantgerichtheid, bejegening en serviceverlening. In principe wordt een geplande operatieve ingreep nooit afgezegd. Uitloop van het OK-programma is meer regel dan uitzondering en leidt zelden tot discussie door de grote betrokkenheid van het gehele team.

Om te weten of de Motion Clinics op de goede weg zijn, vragen ze regelmatig via onderzoek onder cliënten en medewerkers wat hun mening is over de laatste ontwikkelingen binnen de organisatie. Op basis daarvan wordt zowel zorg- als personeelsbeleid afgestemd op de behoeften en wensen van cliënten en medewerkers. Op deze manier wordt structureel gewerkt aan tevreden en gemotiveerde medewerkers. Op de medewerkers van de Motion Clinics is de CAO Ziekenhuizen van toepassing en door de multi-inzetbaarheid kan doorstroom van personeel geoptimaliseerd worden. De meesten voelen zich echter zo solidair met zowel de zorg, de collega's als de organisatie dat het absolute verloop zeer gering is.

Vertaling naar afdelingen

Bij de beschrijving van deze 4 ziekenhuisscenario's wordt door ons een algemeen bezettingsprofiel van zorgverleners per ziekenhuisstrategie beschreven. Ook de kenmerken en daarmee de personeelstyperingen specifiek van de OK afdeling en het laboratorium sluiten aan bij deze algemeen geschetste bezettingsprofiel van zorgverleners in het betreffende ziekenhuis. Het algemeen strategisch HRM beleid, toegespitst op de gewenste kenmerken in de arbeidsrelatie van een organisatie, kan daarom naar ons idee veelal voor genoemde afdelingen evengoed als leidraad gebruikt worden. Het is echter ook mogelijk dat afhankelijk van dominantie van één beroepsgroep of werkproces er andere accenten in het optimale bezettingsprofiel nodig zijn.

5.3. Conclusie en beschouwing

Zorgorganisaties zullen zich enerzijds door de ingevoerde marktwerking steeds meer moeten bezinnen op hun strategische koers, anderzijds is er de uitdaging deze verschillende werkomgevingen in te richten en te matchen met het juiste gemotiveerde en gekwalificeerde personeel.

In dit hoofdstuk is gezocht naar het antwoord op de zesde deelvraag "*welke typerende kenmerken van arbeidsrelaties er passen bij de verschillende strategische keuzes van ziekenhuizen*". Om bovengenoemde *strategische fit* te kunnen maken hebben is de complexe werkelijkheid gereduceerd tot twee modellen. Het eerste model, '*het Strategisch Ziekenhuismenu*' (Tabel 5) is een bewerking van de vier generieke strategieën volgens Porter (1985) en het concept van Nauta (2007). Deze combinatie levert per ziekenhuisstrategie een concrete beschrijving op van de organisatiestrategie, de daarbij geschikte inrichting van de organisatie en de daarbij passende personeelsopbouw. In het tweede model wordt een '*de Zorgverlenerstypologie*' gepresenteerd: een beschrijving van 4 typen zorgverleners als bewerking van de 7 medewerkerstyperingen volgens Bolweg (2000), aangevuld met beelden en ervaringen uit onze eigen meerjarige managementpraktijk in de ziekenhuiszorg. Elk type zorgverlener heeft een eigen focus in zijn of haar arbeidsrelatie, een tweetal dominante waarden en zijn voorzien van bijpassende kenmerken en een eigentijdse HRM-invulling.

Met behulp van de strategieën en typologieën vanuit de genoemde 2 modellen zijn 4 fictieve ziekenhuisorganisaties van de toekomst beschreven. De invulling is zodanig gekozen dat het die personele kenmerken ondersteunt die optimaal aansluiten bij de keuze van de concurrentiestrategie en de daarbij passende arbeidsorganisatie. Zo wordt het mogelijk de dienstverlening optimaal aan te laten sluiten bij de verwachtingen van de klanten én de preferenties van zorgverleners.

Concluderend kan gesteld worden dat op grond van de beschreven scenario's, waarin een match is gemaakt tussen het strategisch ziekenhuismenu en de zorgverlenerstypologie, een aantal kenmerken van de moderne arbeidsrelatie volgens Bolweg en Nauta, onderscheidend is voor specifieke ziekenhuisstrategieën. In de onderstaande tabel worden deze gepresenteerd:

Kenmerken van de moderne arbeidsrelatie:		Kostenleiderschap	Differentiatie-leiderschap	Kostenfocus	Differentiatiefocus
Ruilverhouding	Contractvorm	Baanzekerheid	Werkzekerheid	Baanzekerheid + flexibele oproep	Werkzekerheid
	Beloning	Sober, vast basisloon met prestatieafhankelijke bonus	Excellentietoeslag	Sober, vast basisloon met prestatieafhankelijke bonus	Op basis van anciënniteit
	Werktijden	Flexibel, lang	Flexibel	Keuzewerktijden, deeltijd	Flexibel, lang
	Prestaties	Hoge output	Hoge kwaliteit	Hoge output	Hoge kwaliteit
	Afstemming privé-werk	Pendelbus	Ruime kinderopvang, Telewerk	Telewerk	Flexibele kinderopvang
Gezagrelatie	Leiderschap	Hiërarchie	Delegatie / netwerk	Instructie / team	Delegatie / netwerk
	Medezeggenschap	Collectief / intensief	Ruimte voor individuele afspraken	Collectief	Consensus
Samenwerkingsrelatie	Betrokkenheid	Continuïteit	Succes	Teamgeest	Ideologie
	Ontwikkeling	Focus op huidige baan en employment	Focus op verbreding en employability, Persoonlijk budget	Focus op huidige taken	Focus op serviceconcept
	Verantwoordelijkheid	Funciegericht	Innovatiegericht	Taakgericht	Servicegericht

Tabel 7: Kenmerken moderne arbeidsrelatie bij verschillende strategieën

Afhankelijk van de strategische keuze, zal dat in een steeds veranderende omgeving gevolgen hebben voor de organisatie van de zorg en arbeid, de vraag naar personeel en de doorwerking daarvan naar diverse terreinen van het HRM-beleid.

Om bovengenoemde gekozen strategie en passend HRM-beleid m.b.t. de arbeidsrelatie te laten slagen dienen ook de kenmerken van het aanwezige en benodigde personeel inzichtelijk te zijn. Hierdoor wordt gestimuleerd kritisch te kijken naar medewerkers of zij niet allen qua kennis en kunde over de juiste kwaliteiten beschikken maar ook of de preferenties aansluiten bij de doelstelling van de organisatie. Daarnaast biedt het de individuele medewerkers ook de mogelijkheid, afhankelijk van hun levensfase, met hun preferenties in te zoomen op verschillende typologieën. Hierdoor wordt de mogelijkheid geboden een welbewuste keuze te maken voor een organisatie die voor de medewerker persoonlijk de beste arbeidsrelatie kan bieden.

In de huidige situatie worden medewerkers veelal op kwaliteit aangetrokken zonder voldoende na te gaan in welke mate de eigen voorkeuren en competenties bijdragen aan de realisatie van de organisatiedoelstellingen.

De eigen keuzes in de bouw van de typologieën en de matching daarvan met de verschillende strategieën vormen daarmee tevens echter ook de beperking in het gebruik door derden. Vanuit verschillende perspectieven kan tot verschillende typering en configuraties worden gekomen.

Desondanks menen wij dat bovenstaande uitwerkingen van toekomstscenario's voor de curatieve zorg zich er prima voor lenen om bestuurlijk Nederland te prikkelen eens op een andere dan de traditionele manier te kijken naar het actuele HRM-beleid. Tevens kunnen ze behulpzaam zijn bij de verdere ontwikkeling van een eigentijds HRM-beleid in relatie tot de gekozen strategie.

Ook voor individuele medewerkers kan dit overzicht een stimulans zijn te reflecteren op individuele wensen en keuzes voor organisaties welke voortdurend aan verandering onderhevig kunnen zijn.

De overheid werkt al enige jaren aan de invoering van geregleerde marktwerking, met name om de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de zorg in de toekomst te waarborgen. In de Nederlandse gezondheidszorg wordt gestreefd naar een juiste balans tussen marktwerking en overheidssturing (geregleerde marktwerking). Duidelijk is dat uit overweging van solidariteit, toegankelijkheid, kwaliteit en kostenbeheersing de gezondheidszorg door de overheid nooit volledig aan de vrije markt zal worden overgelaten. Desalniettemin kiezen veel ziekenhuizen op grond van een strategische heroriëntatie voor productinnovatie of optimalisatie van hun zorgprocessen. Hoewel strategisch zeer relevant is nog weinig duidelijk wat marktwerking in de zorg kan en zou moeten betekenen voor de arbeidsmarkt en de inrichting van de arbeidsrelatie.

Op grond van de genoemde ontwikkelingen en overwegingen is als centrale vraag voor deze thesis geformuleerd: *Welke impulsen biedt marktwerking aan de vormgeving van de arbeidsrelatie in de curatieve zorg?* Om dit te onderzoeken zijn de volgende onderliggende (deel)vragen geformuleerd:

- o Wat is het (toekomstig) beeld van de arbeidsmarkt in de ziekenhuiszorg?
- o Wat wordt verstaan onder marktwerking in de zorg?
- o Welke strategieën zien we bij marktwerking in de zorg ontstaan?
- o Welk effect hebben deze strategieën op de arbeidsmarkt?
- o Wat zijn kenmerken van een arbeidsrelatie?
- o Welke typerende kenmerken van arbeidsrelaties passen bij de verschillende strategische keuzes van ziekenhuizen?

Op de eerste vraag “*wat is het (toekomstig) beeld van de arbeidsmarkt in de ziekenhuiszorg ?*” zien we als gemeenschappelijke deler in alle publicaties dat de zorgvraag gaat toenemen in volume en complexiteit op grond van demografische ontwikkelingen. Aan de aanbodzijde wordt over vijf à tien jaar een sterk stijgende vervangingsvraag verwacht als gevolg van de vergrijzing van het huidige personeelsbestand. Daarbij komt dat de Nederlandse arbeidsmarkt krappere wordt. Binnen de ziekenhuizen kan het absolute tekort aan verpleegkundigen meevallen, mede door de steeds verder afnemende ligduur van patiënten. Aangenomen mag worden dat door de focus op diagnose en kortdurende therapie de vraag naar medisch-ondersteunend personeel eerder zal toenemen, mogelijk leidend tot groeiende tekorten. Voor de genoemde paramedische beroepsgroepen in de ziekenhuizen is uitbreiding van de opleidingscapaciteit essentieel. Als algemene maatregelen om het arbeidsmarktprobleem te voorkomen dan wel te verkleinen worden in de verschillende publicaties met name genoemd: meer loopbaanmogelijkheden, een eigentijds HRM-beleid, aanboren van nieuwe doelgroepen zoals zij-instromers en niet-westerse allochtonen, verhoging van de uittreedleeftijd, een langere werkweek en een adequaat scholingsbeleid van zittend personeel. Mogelijke oplossingen moeten in hun regionale context bekeken worden, vanwege de geconstateerde regionale variatie.

De tweede vraag “*wat wordt verstaan onder marktwerking in de zorg?*” heeft in eerste instantie geleid tot verdere verdieping in het begrip marktwerking. Er kan van marktwerking gesproken worden als er concurrentie bestaat. De klant moet zonder al te veel problemen over kunnen stappen naar een ander aanbieder. De dreiging van overstap en de daarmee gepaard gaande onzekerheid is van belang voor de concurrentie. Marktwerking veronderstelt dus vrijheid aan zowel de vraag- als aanbodzijde. Porter (1979) stelt dat het belangrijkste voor het formuleren van een strategie het rekening houden met concurrentie is. Het doel van een ondernemingsstrategie is om de competitieve krachten (vijfkrachten model) in de markt zo goed mogelijk het hoofd te bieden. Om met de gekozen ondernemingsstrategie daadwerkelijk concurrentievoordeel te behalen, moeten de verschillende bedrijfsprocessen effectief ingericht en op elkaar afgestemd worden.

Een optimale inzet van mensen en middelen in deze afzonderlijke processen en een vooraanstaande concurrentiepositie worden gevormd door een *'strategic fit'*: de markt en de positionering die de dienstverlener met haar diensten wenst in te nemen, moeten goed bij elkaar passen. Hiervoor is de keuze van de juiste concurrentiestrategie van groot belang. Een organisatie kan volgens Porter hierbij de keuze maken tussen kostenstrategie (de goedkoopste willen zijn) een differentiatiestrategie (uniek willen zijn), een focusstrategie gericht op kosten of een focusstrategie gericht op differentiatie.

In de Nederlandse zorg is al enige jaren sprake van herziening van het zorgstelsel in de richting van meer vraaggerichtheid. Marktwerving zou hiervoor een stimulans kunnen zijn. De overheid heeft als doel met marktwerving de kosten van de gezondheidszorg beter te kunnen beheersen, vergroting van de transparantie van het zorgaanbod met meer keuzevrijheid voor de patiënt en verhoging van de kwaliteit van zorg. Een marktgerichte zorgsector zal vragen om een stimulans om te 'ondernemen in het publieke belang', dat wil zeggen risico's nemen, innovatie stimuleren, creatief inspelen op ontwikkelingen in de omgeving, en dit alles doen binnen een kader van publieke normen rondom solidariteit, toegankelijkheid, gelijkheid en kwaliteit. Duidelijk is dat uit overweging van genoemde publieke normen en kostenbeheersing de gezondheidszorg door de overheid voorlopig niet volledig aan de vrije markt zal worden overgelaten. Er wordt gestreefd naar een juiste balans tussen marktwerving en overheidssturing. Het is niet meer de overheid, maar het zijn de bestuurders die in toenemende mate bevoegd en verantwoordelijk zijn. Koepelorganisaties trachten hierbij nog enige sturing en adviezen te geven, maar grotendeels valt de externe omgeving (het publieke bestel) uiteen. Het is niet altijd duidelijk wie welke taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden nog heeft. Dit vacuüm in de omgeving heeft zijn weerslag op de interne inrichting in organisaties.

De derde vraag "*welke strategieën zie je bij marktwerving in de zorg ontstaan ?*" kan enkel beantwoord worden door de dagelijkse praktijk te belichten. Ziekenhuizen zijn bezig geregleerde marktwerving nu in te voeren. Kijkend naar verschillende zorginstellingen is te zien dat er geen sprake is van een eenduidige ontwikkeling. Onzekerheid, één van de factoren bij marktwerving, is wel bij allen in meer of mindere mate aanwezig.

De hervorming van het nieuwe zorgstelsel heeft in eerste instantie geleid tot prijsconcurrentie maar leidt nu ook tot meer aandacht voor de kwaliteit van de dienstverlening en klantgerichtheid. Om dit te bereiken wordt gewerkt aan productdifferentiatie, specialisatie en maatwerk. Naast kwaliteit en vraaggerichtheid is daar ook veel aandacht voor het kostenaspect (prijs-kwaliteitverhouding van de dienstverlening is heel belangrijk). Concentratie op een bepaald marktsegment om zo als onderneming ook kostenvoordeel te bewerkstelligen wordt wel uitgevoerd, maar niet als de ultieme ontwikkelingsrichting. De meeste ziekenhuizen kiezen niet voor een specifiek marktsegment, maar bieden een breed dienstenpakket voor een groot aantal doelgroepen. Er wordt hierbij wel getracht steeds meer te werken met bepaalde product-marktcombinaties om zo het zorgproces te reorganiseren in een ketenproces. (bijv. zorgstraten en differentiatie op locatie). Een belangrijk aandachtspunt bij deze concurrentie is dat er weinig inzicht bestaat in de kwaliteitsverschillen in de geboden zorg. Zolang de kwaliteit niet transparant is, bestaat het risico dat zorgverzekeraars zich voornamelijk richten op het inkopen van zo goedkoop mogelijke zorg. De ontwikkeling van adequate prestatie-indicatoren is daarom door o.a. de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), het nationaal patiënten- en consumentenplatform (NPCF) en ziektekostenverzekeraars (ZN) de afgelopen jaren ingezet. Inspelen op verschillende prestatie-indicatoren of enquêteresultaten is nu in ziekenhuisorganisaties een voor de hand liggende activiteit.

Bij beantwoording van de vierde vraag: "*welke effecten hebben deze strategieën op de arbeidsmarkt?*" blijkt dat ondernemers individueel of misschien ook wel in samenwerking (regionaal/landelijk) een arbeidsmarktbeleid zouden moeten voeren. De ontwikkelingen hierboven beschreven en de strategische keuzen die daarbij gemaakt worden geven in ieder geval veelal aanleiding tot herinrichting van primaire en ondersteunende processen binnen en tussen organisaties. Dit heeft weer gevolgen voor de organisatie van de arbeid en de vraag naar arbeid. Zo worden er meer gespecialiseerde (als onderscheidend vermogen) en ook meer integrale functies (efficiëntie) gevraagd en zal er meer sturing zijn op resultaten en competenties. Het zal in ieder geval ook leiden tot een toename van concurrentie op de arbeidsmarkt.

De doelstelling van organisaties is meer gericht op het maken van winst. Hierdoor wordt de druk op loonkosten in de productiekosten steeds groter. Organisaties zullen trachten zowel met minder medewerkers (ontslagdreiging) als tegen lagere lonen te produceren (verhoging van de productie-efficiëntie). Anderzijds krijgen door productiegroei en schaarste op de arbeidsmarkt werknemers een betere onderhandelingspositie op de arbeidsmarkt. Dit kan in het algemeen leiden tot hogere lonen. Door marktwerking ontstaan er andere financieringsvormen (privaat gefinancierde dienstverlening). Een keuze in deze richting heeft consequenties voor de manier van werken en de eisen die aan (potentieel) werknemers worden gesteld en geeft andere mogelijkheden van beloning dan tot nu toe mogelijk waren. Om aan de vraag naar arbeid te voldoen ontplooiën organisaties activiteiten op de externe en interne arbeidsmarkt. Dit moet vorm krijgen in het personeelsbeleid. Opvallend is wel dat organisaties nog erg zoekende zijn naar de vertaling van de beoogde strategische richting in een lange termijn visie op HRM-beleid.

De arbeidsrelatie (vraag 5) blijkt een veelvoud aan kenmerken te bevatten die met name variëren op de soort relatie, op de aard en mate van betrokkenheid en op de mate van zekerheid en flexibiliteit. Daarnaast is nog eens duidelijk geworden dat medewerkers heterogeen zijn in de mate waarin zij worden 'gebonden en geboid'. Tenslotte werd ons vermoeden bevestigd dat het tijd is voor een modernisering van de arbeidsrelatie in het algemeen en specifiek vanwege de verdere invoering van marktwerking. Er is een toenemend besef dat onderscheid tussen *life-time employment* en *life-time employability* nodig is: levenslange baanzekerheid tegenover het eigen vermogen van werknemers om in steeds wisselende omstandigheden de eigen inzetbaarheid en mobiliteit op peil te houden. Gepleit wordt voor een vorm van sociale innovatie: vernieuwingen in het functioneren van (groepen) medewerkers met het oog op optimale bedrijfsprestaties en een prettig werkklimaat. Arbeidsrelaties zijn niet langer standaard en stabiel, maar eerder dynamisch maatwerk, om zo te voldoen aan de flexibiliteitsbehoeften van werkgever én werknemer. De uitdaging is de optimale match te maken tussen de beoogde (gedifferentieerde) prestaties van ziekenhuizen in een concurrerende omgeving en de flexibiliteit en individuele preferenties van schaarse zorgverleners.

De realisatie van de bovengenoemde '*strategische fit*' ligt in de beantwoording van de zesde vraag "*welke typerende kenmerken van arbeidsrelaties passen bij de verschillende strategische keuzes van ziekenhuizen?*". Om deze zesde vraag te kunnen beantwoorden zijn in deze thesis twee modellen geconstrueerd met behulp van de bouwstenen uit de theoretische beschrijving van marktwerking in de zorg en de vormgeving van de arbeidsrelatie. Het eerste model, '*het Strategisch Ziekenhuismenu*' is een bewerking van de vier generieke strategieën volgens Porter (1985) en het concept van Nauta et al. (2007). Deze combinatie levert per ziekenhuisstrategie een concrete beschrijving op van de organisatiestrategie, de daarbij geschikte inrichting van de organisatie en de daarbij passende personeelsopbouw. In het tweede model wordt '*de Zorgverlenerstypologie*' gepresenteerd: een beschrijving van 4 typen zorgverleners als bewerking van de zeven medewerkertyperingen volgens Bolweg (2000), aangevuld met beelden en ervaringen uit onze eigen meerjarige managementpraktijk in de ziekenhuiszorg. Elk type zorgverlener heeft een eigen focus in zijn of haar arbeidsrelatie, een tweetal dominante waarden en acht typische bindingsfactoren.

Met behulp van de strategieën en typologieën vanuit de genoemde twee modellen zijn vier fictieve ziekenhuisorganisaties van de toekomst beschreven. De mogelijke organisatiestrategieën werden hierbij voorzien van een concrete werkelijkheid, en gekoppeld aan beeldvorming rond de daarbij geschikte inrichting van de organisatie. Het daarbij passende personeelsbestand / de arbeidsrelatie is aangeduid door een zogenaamd fictief 'bezettingsprofiel'. De invulling is zodanig gekozen dat het die personele kenmerken ondersteunt die optimaal aansluiten bij de keuze van de concurrentiestrategie en de daarbij passende arbeidsorganisatie.

Op grond van de beschreven scenario's, waarin een match is gemaakt tussen het strategisch ziekenhuismenu en de zorgverlenerstypologie, blijkt dat een aantal kenmerken van de moderne arbeidsrelatie onderscheidend is voor specifieke ziekenhuisstrategieën. Zo blijkt de differentiatiestrategie versterkt te worden door zorgverleners die kwaliteits- en innovatiegericht zijn en ruimte krijgen voor eigen ontwikkeling waardoor ze kansen op de markt zien en kunnen verzilveren.

Bovenstaande vragen en antwoorden hebben uiteindelijk geleid tot beantwoording van de centrale vraag:

‘Welke impulsen biedt marktwerking aan de vormgeving van de arbeidsrelatie in de curatieve zorg?’

Samenvattend kunnen we stellen dat zowel de toenemende krapte op de arbeidsmarkt als de invoering van marktwerking in de zorg de noodzaak tot een heroverweging van de vormgeving van de arbeidsrelatie ondersteunen. De invoering van gereguleerde marktwerking zal ziekenhuizen dwingen tot strategische keuzes die gevolgen hebben voor de inrichting van de organisatie, de vormgeving van de arbeidsrelatie en de samenstelling van het personeelsbestand.

Dit kan soms bedreigingen opleveren zoals meer druk op de productiekosten en daarmee op de loonkosten. Anderzijds krijgen door productiegroei en schaarste op de arbeidsmarkt werknemers een betere onderhandelingspositie met als mogelijk gevolg hogere lonen. Innovatieve organisaties zullen een hogere prijs willen betalen voor excellente zorgverleners.

Zowel werkgevers als zorgverleners zullen hun wendbaarheid moeten gaan vergroten om tijdig in te spelen op nieuwe strategische ontwikkelingen. Dit kan door een omslag in te zetten van levenslange baan zekerheid (life-time employment) naar het eigen vermogen van werknemers om in steeds wisselende omstandigheden de eigen inzetbaarheid en mobiliteit op peil te houden (life-time employability). Daarbij dient rekening gehouden te worden met de heterogeniteit van zorgverleners, zowel in competenties als in persoonlijke voorkeuren, zoals in de afstemming tussen werk en privé.

Er ligt met andere woorden een uitdaging om een optimale match te maken tussen de beoogde prestaties van ziekenhuizen in een concurrerende omgeving en de flexibiliteit en individuele preferenties van schaarse zorgverleners. De gefingeerde scenario's in deze thesis, waarin een match is gemaakt tussen het 'strategisch ziekenhuismenu' en de 'zorgverlenerstypologie', laten zien dat een aantal kenmerken van de moderne arbeidsrelatie onderscheidend is voor specifieke ziekenhuisstrategieën.

Conclusies

Concluderend zijn wij gekomen tot de volgende kansen:

Marktwerking in de zorg maakt een duurzame concurrentiepositie noodzakelijk, wat enkel haalbaar is door strategische keuzes te combineren met wat mogelijk en gewenst is in de arbeidsrelatie. Door deze focus richting de medewerker gaan het organisatiebelang en het medewerkerbelang een verbintenis met elkaar aan en ontstaat de kans om de strategische koers door optimale benutting van het menselijk kapitaal te versterken.

Marktwerking in de zorg zal leiden tot meer expliciete strategische keuzes van zorgorganisaties. De hiermee verbonden inrichting van de arbeidsorganisatie en het benodigde personeelsbestand biedt kansen aan medewerkers om een werkplek te kiezen die past bij hun voorkeuren.

Marktwerking in het algemeen resulteert niet alleen in meer concurrentie tussen aanbieders maar ook tot meer keuzemogelijkheden van consumenten wat organisaties aanzet tot creativiteit, vernieuwing en flexibiliteit. Daarbij ontstaan kansen tot modernisering van de arbeidsrelatie: ruimte voor de individuele werknemer om echt in behoeften van klanten te voorzien (maatwerk).

Een risico van de invoering van marktwerking in de zorg is dat door verhoogd kostenbewustzijn of verandering van portfolio de zorgverleners onder druk komen te staan: hogere werkdruk, lagere lonen met in het ergste geval collectief ontslag.

Aanbevelingen

Om te komen tot verbeteringen in de arbeidsrelatie en zodoende ook marktwerking succesvol te maken worden voor de verschillende spelers in het veld aanbevelingen door ons aangereikt:

Management

Vanuit verschillende, vooral theoretische perspectieven zijn we in deze thesis gekomen tot een viertal uitwerkingen van toekomstscenario's voor de curatieve zorg. Deze kunnen zich prima lenen voor ziekenhuisbestuurders om eens op een andere dan de traditionele manier te kijken naar het actuele HRM-beleid.

Dat is tevens een aanbeveling. Introductie van (gereguleerde) marktwerking in de zorg levert mogelijkheden voor ondernemingszin (kansen) terwijl het anderzijds grote risico's met zich meebrengt. Alle spelers in het spel moeten op zoek naar mogelijkheden tot onzekerheidsreductie, waarbij wel de nieuwe kaders vanuit marktwerking richtinggevend zijn. Eén van de aspecten hierbij is de zoektocht naar maatwerk, zowel vanuit de zorgaanbieder als de zorgverlener.

Het in deze thesis in modellen geboden theoretisch denkkader kan behulpzaam zijn bij de verdere ontwikkeling van een eigentijds HRM-beleid in relatie tot de gekozen strategie. Maar wat is de praktische relevantie daarvan? Hoe komen we van *denken* naar *doen*?

Allereerst moet duidelijk zijn waar het ziekenhuis of de business-unit naar toe wil (tabel 5), wat dit betekent voor de inrichting van de organisatie en wat is daarbij het passend personeelsbestand / de gewenste invulling van de arbeidsrelatie (tabel 6 en 7). Hierbij bevelen we aan vooral te kijken naar het lange termijn perspectief van het ziekenhuis en dit regelmatig te evalueren. Welke ontwikkelingen dienen zich aan, hoe ziet het volume en aard van de zorg er anno 2020 uit? Wat betekent dat voor strategie, structuur, systemen, cultuur en managementstijl van het ziekenhuis?

Als blijkt dat er een discrepantie bestaat tussen huidig en gewenste personeelsopbouw wordt duidelijk wat de aandachtsgebieden voor het HRM-beleid zijn. Bij het in beeld brengen van het ideale teamprofiel kunnen de genoemde typering en de kenmerken van de arbeidsrelatie gebruikt worden. Dit geeft richting aan werving & selectie, waarna vervolgens duidelijk wordt welke acties op het niveau van individuele zorgverleners ondernomen moeten worden. Zo kan een loopbaanscan op grond van een profielschets samen met persoonlijke voorkeuren, bijvoorbeeld de afstemming werk-privé, aanknopingspunten leveren voor individueel maatwerk.

Aanbevolen wordt dat de achterliggende strategische keuzes in het HRM-beleid zichtbaar zijn voor de zorgverlener, zowel bij het aangaan van de arbeidsrelatie als in het vervolg.

Zorgverleners

Zorgverleners wordt aanbevolen goed te bedenken welke competenties en voorkeuren zij bezitten en hoe deze aansluiten op de zich differentiërende ziekenhuiswereld. Voel ik mij prettig in een meer vaste arbeidsrelatie met veel garanties of kies ik voor een omgeving waarin flexibiliteit en ruimte voor eigen ontwikkeling centraal staan? In dit laatste geval zullen zorgverleners hun zekerheid niet meer bij de werkgever halen maar zelf invulling moeten geven aan lifetime employability. Hoe blijf ik wendbaar en aantrekkelijk op de arbeidsmarkt?

Overheid & bestuurlijk middenveld

Door marktwerking komt het accent steeds minder bij de overheid of bij de landelijke koepels en meer bij de zorgondernemers te liggen. Deze zetten zelfstandig diensten in de markt en sluiten contracten met financiers. Ze zijn verantwoordelijk voor de continuïteit van de onderneming, hebben een maatschappelijke verantwoordelijkheid en begeven zich middels een ingewikkeld spel van concurrentie, samenwerking en onderlinge afhankelijkheid op het toneel waarop de diensten worden verkocht en het personeel wordt gecontracteerd. Dit zal vragen om strategische allianties waarvan de opbrengsten niet altijd vooraf duidelijk zijn. Binnen deze allianties zullen lokale projecten worden ingericht m.b.t. regionaal arbeidsmarkt- en opleidingsbeleid. Aanbevolen wordt dat ziekenhuizen hiervoor middelen aanwenden aangezien landelijke projecten met bijbehorende subsidieverstreking niet meer passen bij marktwerking.

Thans beschikbare middelen (o.a. sectorfondsen, overheidsbijdragen arbeidsvoorwaarden) dienen derhalve overgeheveld te worden naar de ziekenhuizen.

Van groot belang voor de modernisering van de arbeidsrelatie is een terugtrekkende overheid waarbij sociaal-economische keuzes worden ontleend aan een eigentijds perspectief op een gedereguleerde inrichting van de maatschappij waarbij eigen keuzes en regie over het eigen leven van zorgverleners centraal staat.

Resterende financiële prikkels en wetgeving van overheidswege zullen veel meer gericht moeten zijn op de bevordering van employability en niet alleen op het versoepelen van het ontslagrecht. Alleen in die gevallen waar lokaal arbeidsmarktbeleid te kort schiet, is overheidssturing aangewezen.

Momenteel lijkt dit zeker nog te gelden voor de regulering en financiering van opleidingscapaciteit, ondermeer voor OK-personeel. Ter onderbouwing hiervan bevelen wij aan dat ziekenhuizen ook gezamenlijk vorm gaan geven aan meer arbeidsmarktonderzoek en –beleid.

Slotbeschouwing

Aanpak

In deze thesis hebben we voor de aanpak gekozen om vanuit strategische keuzes te kijken naar de juiste invulling van de arbeidsrelatie. Dit vanuit een managersperspectief, gedacht vanuit de 'maakbaarheid van de zorgorganisatie'. Ziekenhuizen zullen steeds meer bestaan bij de gratie van hun reputatie en identiteit en deze inzetten om patiënten te binden. Een patiënt is echter niet geïnteresseerd in de 'volmaakte' inrichting van de *backoffice*, maar in de specifieke zorgverlening. Om dat te bereiken zullen zorgverleners het gezicht blijven bepalen van ziekenhuiszorg, waarmee de reputatie en identiteit van het ziekenhuis vorm krijgt.

We onderschrijven daarmee het belang dat ook andersom geredeneerd kan worden: uiteindelijk wordt het concurrentievoordeel behaald door de keuze van medewerkers voor de juiste organisatie, geleid door hun intrinsieke motivatie. Deze actieve en bewuste keuze kan leiden tot tevreden medewerkers, gevolgd door een positieve waardering van de service door de patiënt. Zo kan patiëntgerichte zorg worden waargemaakt en het verschil op de zorgmarkt worden bereikt.

Eerder stelden we dat op de arbeidsmarkt een breed scala aan factoren van invloed is. Demografische, epidemiologische en sociaal culturele veranderingen bepalen samen met de (financiële) toekenningen (overheidsbeleid) en beschikbare private middelen de *effectieve vraag*. Deze vraag wordt beïnvloed door de arbeidsproductiviteit, vormen van bijv. taakherschikking en beschikbaarheid van mantelzorg en vrijwilligers. In deze thesis hebben we ons beperkt tot een verdieping op de component *organisationele context* en ons daarbinnen gericht op de vormgeving van de arbeidsrelatie. Daarmee is de onderlinge invloed van de verschillende componenten buiten beschouwing gebleven. Zo is voorstelbaar dat toenemende kostendruk vanuit een gelimiteerd Budgettair Kader Zorg beperkingen oplevert. Hoe lopen de financieringsstromen binnen de gezondheidszorg en zijn ziekenhuizen wel in staat meer middelen vrij te maken voor prestatiebekostiging en loopbaanontwikkeling van medewerkers ?

Keuze van modellen

Om te komen tot strategische keuzes waarmee een duurzame toekomst ingezet kan worden is door ons het strategisch keuzemenu van Porter als leidraad genomen. Het werk van Porter is nog steeds van grote invloed op de vormgeving van strategisch management. Andere zeer bekende auteurs, zoals Tracey & Wiersema en Ansoff hebben ook zeer waardevolle bijdragen geleverd op dit terrein. Op elke methode en elke theorie is kritiek te leveren. Het gaat er niet om dat een model in alle gevallen en op elk moment voor de volle honderd procent relevant is. Net als Porter had ook het gebruik van andere modellen zeer waardevolle en nuttige instrumenten aan kunnen leveren om te komen tot goed strategische keuzes en een verbintenis met passend HRM-beleid.

Al eerder relativeerden wij het gebruik van de door ons geconstrueerde modellen en typologieën. Nogmaals benadrukken we dat deze vooral bedoeld zijn als een eigen vereenvoudiging van de werkelijkheid die echter ondersteunend kunnen zijn bij de verdere vormgeving van het HRM-beleid.

Praktische relevantie

Het geboden theoretisch kader zou prima kunnen dienen voor de verdere invulling van de personele teams/ de arbeidsrelatie in de splitsing van de huidige OK-centra van het UMC Utrecht in enerzijds een Chirurgisch Behandel Centrum (CBC) voor de voorspelbare, laagcomplexiteit zorg en anderzijds een Innovatief Operatiecentrum (IOC) voor de onvoorspelbare, veelal hoogcomplexiteit zorg. Op deze wijze kan vanuit een ideaal teamprofiel en inspeland op voorkeuren van zorgverleners, nog beter worden bijgedragen aan de ambitie van het UMC Utrecht: concurrentie door meer stroomlijning van de zorg in zorgpaden naast behoud van de academische topzorg.

Ook voor de marktwerking die bij diagnostiek zijn intrede heeft gedaan kan de beschreven aanbeveling een prima opzet zijn voor de verdere (gevarieerde) invulling van de personele teams en de arbeidsrelatie. Door de steeds meer geavanceerde technologische ontwikkelingen is de benodigde inzet bij de routine/laagcomplexiteit diagnostiek van medewerkers relatief lager. Door diezelfde technologische ontwikkelingen ontstaan er ook nieuwe mogelijkheden (bijvoorbeeld DNA onderzoek) met betrekking tot laboratoriumdiagnostiek. Hiervoor is weer extra inzet nodig van analytisch laboratoriumpersoneel. Er zullen basislaboratoria voor de spoedeisende/routine diagnostiek en een regionaal service-laboratorium voor de meer gespecialiseerde diagnostiek gevormd worden. Van de aanwezige medewerkers per locatie wordt gevraagd zich niet alleen te richten op efficiëntie en kwaliteit van de interne processen, maar ook hoe zij zelf een meerwaarde voor de klant kunnen zijn. Dat betekent een omslag in zowel kwantiteit als kwaliteit van laboratoriummedewerkers. Met een optimaal teamprofiel is het mogelijk zowel een efficiëntieslag (benodigd voor de innovatie) te slaan alsook als kenniscentrum in te spelen op de wensen van de verschillende klantgroepen.

Vervolgonderzoek

Bij de dataverzameling is vooral gebruik gemaakt van documentenanalyse, open interviews aangevuld met ervaringen uit de praktijk. Aanvullend veldonderzoek en met name –experimenten kunnen een mogelijkheid bieden voor de evaluatie en inhoudsvaliditeit van de door ons geboden modellen. Resultaten hiervan kunnen onze conclusies en aanbevelingen verder ondersteunen, leiden tot een modelverfijning of daadwerkelijke veranderingen in de vormgeving van de arbeidsrelatie in de curatieve zorg tot stand brengen.

Bij het in beeld brengen van de arbeidsmarkt is er een breed scala aan factoren van invloed. Buiten de component *organisatorische context* is vervolgonderzoek mogelijk met betrekking tot de andere genoemde componenten die van invloed zijn op de arbeidsmarkt in de zorg. Daarmee kunnen ook andere oplossingen worden aangedragen voor de ervaren arbeidsmarktproblemen en effecten van marktwerking.

Om te toetsen of het beschreven model ter vernieuwing van de arbeidsrelatie in samenhang met marktwerking een sectoroverstijgend model is zou de bruikbaarheid ook onderzocht kunnen worden in andere sectoren.

Bij het verbeelden van de ziekenhuisscenario's bleken de kenmerken van de arbeidsrelatie die golden voor het ziekenhuis redelijk overeen te komen met de kenmerken van delen van het ziekenhuis zoals de OK en het laboratorium. Om de bruikbaarheid van beschreven aanpak te toetsen en te vergroten is bredere en herhaalde toepassing in de praktijk aanbevolen.

In deze thesis wordt, om tijdig in te kunnen spelen op nieuwe strategische ontwikkelingen, aanbevolen een omslag in te zetten van levenslange baanzekerheid (life-time employment) naar het eigen vermogen van werknemers om in steeds wisselende omstandigheden de eigen inzetbaarheid en mobiliteit op peil te houden (life-time employability). Het kunnen maken van bewuste keuzes is een van de mogelijkheden om deze omslag te stimuleren. Onderzoek, zoals ingezet door het innovatieplatform, naar andere mogelijkheden om deze omslag te bewerkstelligen kan meer aanknopingspunten bieden om dit doel te bereiken.

Literatuurlijst

Ansoff, H.I., *Corporate Strategy*, Revised edition, London, Penguin, 1987.

Baarda, D.B., De Goede, M.P.M., Teunissen, J., *Kwalitatief onderzoek, praktische handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*, Stenfert Kroese, Houten, 1998.

Baron, J.N., Kreps, D.M., *Strategic Human Resources, frameworks for general managers*, Matrix Publishing Services, New York, 1999.

Bhattacharya, M., Gibson, D.E., Doty, D.H., *The effects of flexibility in employee skills, employee behaviors, and human resource practices on firm performance*, Journal of Management, Vol. 31, No. 4, 622-640, 2005.

Boer, F., van Beuzekom, M., *Enquête Arbeidsmarkt OK-personeel 2007*, Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden, 2007.

Bolweg, J.F., *De onmogelijkheid van consistent sociaal beleid*, Oratie bij de aanvaarding van het Hoogleraarschap Mens, Arbeid en Organisatie, Vrije Universiteit, Amsterdam, 1998.

Boot, P., *Marktwerving: inleiding*, in: Tijdschrift voor Politieke Economie, nr. 2, 1997.

Boxall, P., Purcell, J. *Strategy and Human Resource Management*, Basingstoke, UK: Palgrave Macmillan, 2003.

Breedveld, E., van Wersch, S., de Lange, W., de Roo, A., *Gevraagd: nieuwe competenties. Ontwikkelingen in de zorg en de effecten op de vraag naar arbeid en het HRM-beleid*, OSA-rapport ZW58, OSA, Tilburg, 2004.

Cunha, R.C., Cooper, C.L., *Does privatization affect corporate culture and employee wellbeing?* Journal of Managerial Psychology 1, 21-49, 2002.

Dell, M.W., Vandermeulen, L.J.R., *Arbeidsproductiviteit in de zorg*, onderzoek uitgevoerd door Prismant, OSA publicatie ZW 63, 2005.

Essen, van, G., Paardekoper, P., Talma, H., van der Windt, W., *Arbeid in Zorg en Welzijn 2006, stand van zaken en vooruitblik voor de sector Zorg en de sector Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening, Jeugdzorg en Kinderopvang*, Prismant, Utrecht, 2006.

Evers, G. en Wilthagen, T., *De toekomst van de arbeidsrelatie, een essay over wederkerig risicomanagement*, Den Haag, 2007.

Gaans, van, H., Brode, M.J., Tolboom, C.A., *Arbeidsmarktonderzoek Laboratoriumtechniek 2007, de sector onder de loep*, VAPRO-OVP BV, Leidschendam, 2007.

Gasperz, J., Ott, M., *Management van Employability*, van Gorcum, Assen, 1997.

Have, ten, S., Weusten, S., Bolweg, J.F. *Binding en motivatie, acht adviezen voor employment marketing*, Berenschot, Academic Service, Den Haag, 2000.

Interview/NSS, *Boeien & binden, onderzoek naar blijf- en vertrekredenen van werknemers*, Tempo Team, 2007.

Jolink, J., Jonker, J., Schoemaker, M., *Operational excellence en human resource management – een onmogelijke combinatie?*, Tijdschrift voor HRM, juni 2007.

Keuzenkamp H.A., *Arbeidsproductiviteit en innovatieve kracht in de zorg. Bundeling van adviezen ter verhoging van de arbeidsproductiviteit en innovatieve kracht in de zorg van diverse organisaties in het veld*. Adviezen aan de Ministeries van VWS en EZ, Den Haag, 2007.

Kwartel, van der, A., Paardekooper, P., van der Velde, V., van der Windt, W., *Arbeid in Zorg en Welzijn 2007, Stand van zaken en vooruitblik voor de sector Zorg en de sector Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening, Jeugdzorg en Kinderopvang*, Utrecht, december 2007.

Kuttner, R., *Everything for sale*, The University of Chicago Press, Chicago, 1996.

Lepak, D.P., Takeuchi, R., Snell, S.A., *Employment flexibility and firm performance: examining the interaction effects of employment mode, environmental dynamism, and technological intensity*, Journal of Management, Vol. 29, No. 5, 681-703, 2003.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, *Arbeidsmarktbrief 2007 Werken aan de zorg*, Den Haag, november 2007.

Ministerie Economische Zaken. Onderzoeksrapport *Effecten marktwerkingsbeleid*. Den Haag, februari 2008.

Muurling, J., *Eigen en gedeelde verantwoordelijkheid, Arbeidsmarktbeleid van met elkaar concurrerende en onderling afhankelijke zorgaanbieders*, ZE Magazine, Themamr. HRM, Nr. 3, mei 2007.

Nauta, A., *Voorbij het 'Boiling Frog'-syndroom*, oratie bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar Sociaal- en organisatiepsychologische aspecten van prosociaal gedrag, Universiteit van Amsterdam, december 2007.

Nauta, A., Blokland, K., *Sociale innovatie, kern van HRM*, Tijdschrift voor HRM, 55-71, 2007.

Nauta, A., Oeij, P., Huiskamp, R., Goudswaard, A., *Loven en bieden over werk; naar dialoog en maatwerk in de arbeidsrelatie*. Van Gorcum, 2007.

Ott, M., van Dijk H., Messchendorp, HJ., *HRM en klanttevredenheid in de ouderenzorg*, Tijdschrift voor HRM, pag. 83-98, 2004.

Ott, M., Paardekooper, P., van der Windt, W., *Arbeid in Zorg en Welzijn 2005, stand van zaken en vooruitblik voor de sector Zorg en de sector Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening, Jeugdzorg en Kinderopvang*, Prismant, Utrecht, 2005.

Paauwe, J., *HRM and performance. Achieving long term viability*, Oxford University Press, Oxford 2004.

Paauwe, J. Boselie, P., *Challenging (Strategic) Human Resource Management Theory: Integration of resource-based approaches and new institutionalism*, Rotterdam School of Economics, Erasmus Universiteit Rotterdam, 2002.

Porter, M.E., *On Competiton and Strategy*, Harvard Business Review, 1979.

Porter, M.E., *"Competitive Advantage"*, The Free Press, New York, 1985.

Porter, M.E., Teisberg, E.O., *Redefining competition in health care*, Harvard Business Review, 1-13, 2004.

Prismant, *Prismant Magazine, Special Arbeidsmarkt in de Zorg*, Utrecht, 2004.

- Prismant, *Werkgeversenquête Zorg en Welzijn 2006, Branche Ziekenhuizen*, Utrecht, 2006.
- Putters, K., *Geboeid ondernemen*, Dissertatie, Erasmus Universiteit, Rotterdam, 2001.
- Putters, K., *Hervormingen onder de kaasstolp*, ZorgMagazine, (2), 13-18, 2004.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, *Arbeidsmarkt en zorgvraag, Advies uitgebracht aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*, Den Haag, 2006.
- Rijn, van, P.W.E., Schreuder, R.F., Vulto, M.E., *Beroep op flexibiliteit, een toekomstverkenning voor de beroepskrachtenvoorziening in de zorgsector*, STG, Leiden, 2002.
- Roo, de, A., *Dubbele ontkenning*. ZorgMagazine, (1), 21, 2007.
- Rousseau, D.M., *Psychological contracts in organizations: understanding written and unwritten agreements*, Thousand Oaks, CA, Sage, 1995.
- Sociaal en Cultureel Planbureau, *Verklaringsmodel Verpleging en Verzorging 2007*, SCP-publicatie 2007/31, Den Haag, 2007.
- Sociaal Economische Raad, *Voorkomen arbeidsmarktknelpunten collectieve sector, SER Advies 2006/04*, Den Haag, 2006.
- Sussex, J., *Competition and contestability between acute hospitals*, Office of Health Economics, London, 1998.
- Taskforce Sociale Innovatie, *Sociale innovatie, de andere dimensie, eindrapport*, Den Haag, 2005.
- Treacy, M., Wiersema, F., *The Discipline of Market Leaders*, 1994.
- UMC Utrecht, Directie P&O, *In/Uit 2005, rapportage in- en uitstroomenquêtes 2005*, Utrecht, 2006.
- Wijk, van, E., *Ruim baan voor creatief talent: bindingen van creatieve professionals in communicatie-adviesbureaus*, Universiteit Utrecht, 2006.
- Wijk, van, K., *De Service Care Chain. De waarde van HRM en service voor zorgorganisaties*, ZM Magazine, Nr. 8,9, 2007.
- Wijk, van, K., Dijk, van, H., *Marktwerving en Human Resource Management*, ZM Magazine, Nr. 1, 2006.
- Windt, van der, W., Steenbeek, R., van Eijk, W., Talma, H.F., *Inspanning beloond? , Onderzoek naar de arbeidsmarkt van operatieassistenten en anesthesiemedewerkers*, Prismant, Utrecht, 2002.
- Windt van der, W., Arnold, E.J.E., Keulen, R.F., *Regiomarge 2007, de arbeidsmarkt van verpleegkundigen, verzorgenden en sociaalagogen 2007-2011*, Prismant, Utrecht, 2007.

Overzicht geïnterviewden

Prof. Dr. Joep F. Bolweg, consultant Berenschot Utrecht, hoogleraar Mens, Arbeid & Organisatie, VU Amsterdam

Prof. Dr. Han K. van Dijk, consultant HRM, voormalig hoogleraar Personeel & Organisatie, IBMG, Erasmus Universiteit Rotterdam

Drs. Willem van der Windt, senior onderzoeker, Prismant Utrecht

Prof. Dr. Aukje Nauta, consultant Randstad HR Solutions, bijzonder hoogleraar Sociaal- en Organisatiepsychologie, Universiteit van Amsterdam

Drs. Richard Kessels, voormalig directeur HRM, PTT/KPN Nederland

Drs. Frans Duynstee, directeur HRM, Nuon Nederland

Mw. Drs. Els Wardenaar, secretaris College Ziekenhuis Opleidingen (CZO), Utrecht

Mw. Drs. Erna Baars, directeur P&O, VU Medisch Centrum, Amsterdam

Dr. Kees P. van Wijk, universitair docent, IBMG, Erasmus Universiteit Rotterdam