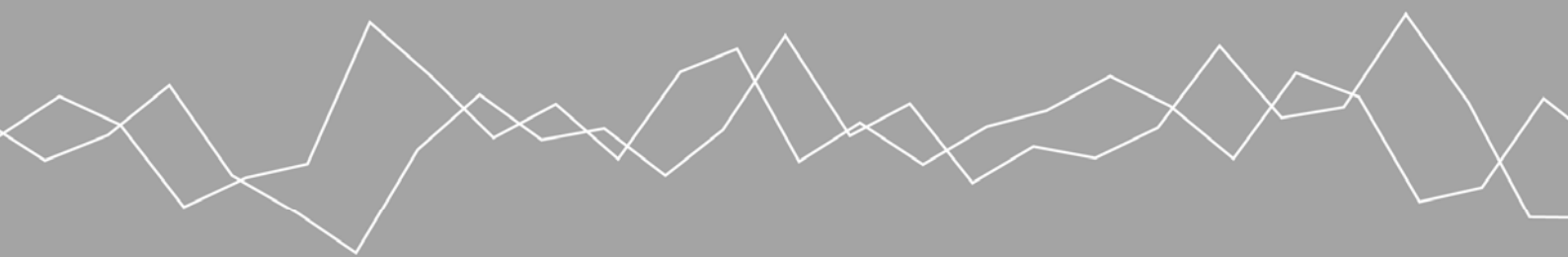


Flexibele arbeid in de zorg



Amsterdam, 15 april 2009
In opdracht van ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Flexibele arbeid in de zorg

L. Kok
C. Berden
J. Theeuwes



seo economisch onderzoek

“De wetenschap dat het goed is”

SEO Economisch Onderzoek doet onafhankelijk toegepast onderzoek in opdracht van overheid en bedrijfsleven. Ons onderzoek helpt onze opdrachtgevers bij het nemen van beslissingen. SEO Economisch Onderzoek is gelieerd aan de Universiteit van Amsterdam. Dat geeft ons zicht op de nieuwste wetenschappelijke methoden. We hebben geen winstoogmerk en investeren continu in het intellectueel kapitaal van de medewerkers via promotietrajecten, het uitbrengen van wetenschappelijke publicaties, kennisnetwerken en congresbezoek.

SEO-rapport nr. 2009-23

ISBN 978-90-6733-494-5

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	i
Summary	iii
1 Inleiding.....	1
1.1 Aanleiding.....	1
1.2 Onderzoeksaanpak.....	1
1.3 Theoretisch kader.....	1
1.4 Leeswijzer.....	3
2 Soorten flexibele arbeid	5
2.1 Interne flexibiliteit	5
2.2 Externe flexibiliteit	6
3 Kwantitatieve ontwikkeling	11
4 Voor- en nadelen vanuit het perspectief van de aanbieder.....	17
4.1 Inleiding.....	17
4.2 Voor- en nadelen	17
4.3 De keuze voor een flexibel contract.....	21
5 Voor- en nadelen vanuit het perspectief van de vrager.....	23
5.1 Inleiding.....	23
5.2 Voor en nadelen.....	23
5.3 Keuze voor flexibele contracten	25
6 Gevolgen, knelpunten en witte vlekken.....	27
Literatuur	29
Bijlage A Standaard beroepenclassificatie	31

Samenvatting

In de zorg komt flexibele arbeid vooral voor in de thuiszorg. Het is voor thuiszorginstellingen en PGB-houders voordelig om met flexibele krachten te werken. Voor PGB-houders is het voordeel dat zij minder vaak ziek zijn en meer tijd hebben voor de cliënt. Voor thuiszorginstellingen is het voordeel dat ze goedkoper zijn, minder vaak ziek zijn en makkelijk kunnen worden ontslagen (of niet opgeroepen) als er minder werk is. Het gaat om werk waarvoor de werkzaamheden eenvoudig kunnen worden vastgelegd in een contract. Voor de meeste werkzaamheden is een relatief laag opleidingsniveau vereist en is er veel arbeidsaanbod.

Flexibel werken biedt voordelen voor de arbeidskracht omdat het netto loon vaak wat hoger is dan bij werken in loondienst, omdat er geen premies worden afgedragen. Het gebrek aan zekerheid is voor veel flexibele krachten geen probleem omdat zij kunnen terugvallen op ander inkomen. Een voordeel is ook dat de flexibele kracht het werk meer volgens de eigen normen kan verrichten en de arbeidstijden kan laten aansluiten bij de eigen wensen. Voor de meeste flexibele krachten is flexibel werken daarom een vrije keuze. Een deel van de flexibele krachten werkt flexibel omdat ze geen vaste baan in loondienst kunnen krijgen. Onze inschatting is dat dit vooral bij alfahulpverleners het geval is. Dit zijn ongeschoolde werkneemsters die huishoudelijk werk verrichten in dienst van de cliënt.

Het werken met flexibele krachten in de thuiszorg betekent dat de zorg goedkoper wordt. De kwaliteit lijdt daar vermoedelijk niet onder. Flexibele krachten nemen meer tijd voor de cliënt en zijn minder vaak ziek. Voor zover de keuze voor een flexibel of vast contract in vrijheid gemaakt wordt leidt het werken met flexibele contracten tot een groter arbeidsaanbod. Voor het ongeschoolde huishoudelijke werk wordt het arbeidsaanbod momenteel mogelijk beperkt doordat vaak alleen alfahulpcontracten worden aangeboden. Kennelijk levert dat tot nu toe nog geen tekort aan arbeidskrachten op, anders zouden thuiszorginstellingen immers gedwongen worden andere contracten aan te bieden om aan de vraag te voldoen.

In de intramurale zorg komt externe flexibele arbeid veel minder voor. In de intramurale zorg is het veel moeilijker om in een contract precies vast te leggen welke prestaties van een werknemer verwacht worden. In de ziekenhuizen is er momenteel een tekort aan gespecialiseerde verpleegkundigen. Deze worden mondjesmaat als ZZP'er of gedetacheerde kracht ingehuurd. Dit heeft voordelen voor de verpleegkundigen, omdat zij zo een hoger inkomen krijgen en meer zeggenschap over werkzaamheden en werktijden, zonder dat daar veel risico's tegenover staan. Voor het ziekenhuis heeft het alleen maar nadelen. ZZP'ers en gedetacheerden zijn aanzienlijk duurder dan werknemers in loondienst, zij verrichten niet alle werkzaamheden en zijn minder goed ingewerkt en minder loyaal aan het ziekenhuis. Voor ziekenhuizen is het werken met oproepkrachten wel voordelig. Deze kunnen ziekte en verlof van vaste krachten opvangen en zijn aanzienlijk goedkoper dan ZZP'ers en gedetacheerden.

Voor de ziekenhuiszorg betekent het werken met externe flexibele krachten dat de zorg duurder wordt. Het komt de kwaliteit niet ten goede omdat externe krachten minder goed zijn ingewerkt en minder loyaal zijn aan het ziekenhuis. De gevolgen voor het arbeidsaanbod zijn gering.

Mogelijk dat er enkele arbeidskrachten behouden blijven voor de zorg omdat de externe flexibele krachten meer zeggenschap hebben over hun uren en werkzaamheden.

Summary

Within the healthcare sector, external flexible labour is prevalent in homecare in particular. External flexible workers are not on the payroll of the organisation. For homecare organizations and for people receiving a personal care budget (PGB) it is advantageous to use flexible workers. The benefit for PGB recipients is that flexible workers are sick less often and have more time for the client. The benefit for homecare organizations is that they are less expensive, sick less often and can easily be fired (or not called in) if there is less work. The work consists of activities that can easily be defined in a contract. For most of the work the required level of education is relatively low, whereas the supply of labour is great.

External flexible labour offers advantages to the worker because the net salary is usually somewhat higher than for people who are on a payroll, because no social premiums have to be paid. For many flexible workers the lack of security is no problem, because they can rely on other sources of income. Another advantage is that the flexible worker will be able to do his work in closer accordance with his own standards and can attune the working hours better to his own wishes. Most flexible workers, therefore, choose to do flexible labour out of their own free will. Some flexible workers however work on flexible contracts because they can't get permanent paid employment. It is our assessment that this is the case for so-called 'alpha helps' in particular. They are unskilled labourers who are hired by the client to do household work.

In homecare, using flexible workers results in lower care costs. It probably does not negatively affect the quality. Flexible workers give their customers more time and they are sick less often. Insofar as the choice for a flexible or permanent contract is a free choice, using flexible contracts will lead to a greater supply of labour. Currently, for unskilled household work the supply of labour might be limited by the fact that often only alpha help contracts are offered. So far, this apparently has not led to a shortage of labourers. After all, if this was the case homecare organizations would have been forced to offer other types of contracts to be able to meet the demand.

In hospitals, external flexible labour is much less common. For hospitals it is much more difficult to exactly define in a contract which achievements are expected from an employee. Currently, hospitals experience a shortage of specialized nurses. On a few occasions these are contracted as so-called 'zzp workers' (self-employed people without personnel) or through an outsourcer. This is beneficial to the nurses, because it ensures them of a higher income and a greater say in their work activities and working hours, without there being many risks. For the hospital there are only disadvantages. Not only are zzp workers and people hired through an outsourcer considerably more expensive than employed personnel, they also don't perform all of the work activities, have less on-the-job experience and are less loyal to the hospital. Using internal flexible contracts (stand-by workers), however, does have benefits for the hospital. Stand-by workers have a contract in which no working hours are specified. They can offer relief when permanent workers are sick or on leave and are considerably cheaper than zzp workers and people hired through an outsourcer.

For hospitals, using external flexible workers results in an increase in care costs. It negatively affects the quality because external workers have less on-the-job experience and are less loyal to the hospital. The effects on the supply of labour are small. Possibly, some workers are saved for the healthcare sector because the external flexible labourers have a greater say in their working hours and work activities.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

In de toekomst zal door onder andere de vergrijzing van de bevolking de vraag naar zorg toenemen. Als gevolg van de toegenomen zorgvraag zal de vraag naar arbeidskrachten stijgen. De verwachting is echter dat de arbeidsmarkt voor zorg in de toekomst met tekorten te maken zal krijgen.

Het vergroten van het arbeidsaanbod door deeltijders meer uren te laten werken, lijkt op korte termijn weinig op te leveren, gezien de motieven waarom vrouwen voor hun huidige aantal uren kiezen (Van der Windt e. a. 2008). Om de tekorten op te vangen, zal naar andere manieren moeten worden gezocht om het arbeidsaanbod uit te breiden. Een mogelijkheid is om meer mogelijkheden te scheppen voor flexibel werken. Het ministerie van VWS wil daarom inzicht krijgen in de huidige omvang, samenstelling en de betekenis van flexibele arbeid binnen de zorg.

Deze rapportage bevat een inventarisatie van de aard en kenmerken van flexibele arbeid. Daarnaast wordt uiteengezet wat de mogelijke voor- en nadelen van flexibel werk voor de aanbieder en de vrager van arbeid zijn. In de conclusie gaan we in op de arbeidseconomische en macro-economische gevolgen van de inzet van flexibele arbeid in de zorg.

1.2 Onderzoeksaanpak

Het onderzoek heeft betrekking op de flexibele vormen van arbeid die gebruikt worden in de op genezing gerichte curatieve zorg (ZVW) en de op verpleging en verzorging gerichte zorg, ook wel aangeduid als care (AWBZ). Ook de huishoudelijke thuiszorg komt aan de orde. Het rapport is hoofdzakelijk kwalitatief van aard en waar mogelijk aangevuld met kwantitatieve informatie. De informatie is verkregen uit literatuuronderzoek en gesprekken met de brancheverenigingen Actiz, VGN, GGZ Nederland, BTN en ziekenhuizen.

1.3 Theoretisch kader

Afweging vrager van arbeid

In het artikel “The nature of the firm” draagt Coase transactiekosten aan als oorzaak voor het fenomeen dat bedrijven arbeidskrachten in dienst nemen in plaats van deze middels contracten als zelfstandigen in te huren. Hij stelt dat vanwege deze kosten het prijsmechanisme binnen het bedrijf als coördinerend mechanisme is vervangen door een hiërarchische relatie.

Werknemers hebben een hiërarchische relatie met de werkgever. Deze relatie is niet aanwezig wanneer het bedrijf uitsluitend contracten zou kunnen afsluiten met zelfstandigen. Per contract moeten echter een prijs en de bijbehorende te leveren prestatie worden afgesproken. Middels het prijsmechanisme zal een bedrijf dan steeds die zelfstandige inhuren met de beste prijs-

/kwaliteitverhouding. Volgens Coase gaat het afsluiten van contracten gepaard met transactiekosten. Het gevolg is dat het bedrijf zal overwegen een zelfstandige in dienst te nemen wanneer de transactiekosten te hoog worden. Het creëren van een hiërarchische relatie is echter niet zonder kosten. Naast de loonkosten en sociale zekerheidskosten voor de werknemer, wordt een werkgever ook geconfronteerd met kosten die voortvloeien uit het gegeven dat werknemers minder prikkels hebben om goed te presteren. Anders dan de zelfstandige, ondervindt de werknemer namelijk geen concurrentie.

Als de prestatie van de arbeidskracht niet goed te specificeren is dan is het lastig een contract af te sluiten. Met andere woorden: de transactiekosten zijn zeer hoog. Stel bijvoorbeeld dat een contract met worden afgesloten met een operatiekamer (OK)-assistent. De OK-assistent kan niet worden afgerekend op het aantal geslaagde operaties. De OK-assistent heeft daar wel invloed op, maar voor een zeer beperkt deel. In die gevallen kan ervoor worden gekozen de werknemer niet af te rekenen op prestaties maar op inzet. Inzet kan echter moeilijk worden vastgelegd in een contract. Als wordt afgerekend op inzet ligt een hiërarchische relatie, waarbij de werknemer in loondienst wordt genomen, meer voor de hand. De werkgever kan dan de werknemer verplichten het werk op een bepaalde manier uit te voeren.

Nadeel van het in loondienst nemen van werknemers is dat de werkgever minder flexibel is in geval van pieken en dalen van het werkaanbod. Werknemers in loondienst zijn beschermd tegen ontslag. De werkgever kan werknemers in loondienst niet makkelijk ontslaan bij vraaguitval. De werkgever zal daarom bij een toename van de vraag bij voorkeur niet onmiddellijk vaste krachten aannemen, zolang niet duidelijk is of de toename van de vraag structureel is. Werkgevers hebben daarom behoefte aan personeel dat flexibel inzetbaar is. Ook voor vervanging van personeel dat ziek is of met verlof hebben zij behoefte aan tijdelijke krachten. Zij kunnen bij tijdelijke pieken contracten afsluiten met zelfstandigen, maar als de prestaties niet goed te specificeren zijn leidt dit tot hoge transactiekosten of onvoldoende prestaties. Een andere mogelijkheid is om werknemers wel in loondienst te nemen, maar het aantal uren niet vooraf vast te leggen.

Afweging aanbieder van arbeid

Een arbeidskracht zal bij zijn keuze om in dienst te treden bij de principaal of zich extern in te laten huren, een afweging maken tussen het risico dat hij loopt op inkomensverlies en de materiële en immateriële voordelen die daartegenover staan.. Wanneer het risico op inkomensverlies laag is, zal hij eerder geneigd zijn zich extern te laten inhuren. Mogelijke voordelen van externe inhuur zijn dat hij een hogere vergoeding kan vragen en het werk volgens eigen inzichten kan verrichten. Er is immers geen hiërarchische relatie tussen de principaal en de agent.

Verhouding tussen vrager en aanbieder

De situatie op de arbeidsmarkt beïnvloedt het aanbod en de vraag naar flexibele arbeid. Bij een krappe arbeidsmarkt zal de arbeidskracht meer macht hebben, bij een ruime arbeidsmarkt ligt de macht daarentegen bij de werkgever. Bij een tekortschietend aanbod, zal de prijs voor arbeid sterk opgedreven worden. Als de lonen niet flexibel zijn is het voor arbeidskrachten aantrekkelijk hierop in te spelen door zich in te laten huren als externe arbeidskracht. Door de tekorten zal een werkgever zich gedwongen zien externe arbeidskrachten in te huren. De rollen zijn echter

omgekeerd wanneer de werkgever en arbeidskracht geconfronteerd worden met een ruime arbeidsmarkt. Dan zal het initiatief voor flexibele contracten eerder uitgaan van de werkgever.

1.4 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 wordt de juridische positie van verschillende soorten flexibele arbeid die binnen de zorg gebruikt worden uiteengezet. Hoofdstuk 3 geeft inzicht in de ontwikkeling van het gebruik van flexibele arbeidsvormen. Hoofdstuk 4 behandelt de mogelijke voor- en nadelen van flexibel werk voor de aanbieder van arbeid. Hoofdstuk 5 gaat in op de voor- en nadelen van flexibel werk voor de vrager van arbeid. Hoofdstuk 6 beschrijft de gevolgen van flexibele arbeid, de knelpunten en mogelijke oplossingen en de witte vlekken in het onderzoek.

2 Soorten flexibele arbeid

Binnen de zorg wordt gebruikgemaakt van diverse flexibele vormen van arbeid. Daarbij geldt dat een bedrijf op twee manieren flexibele arbeidsvormen kan realiseren. Intern kan de flexibiliteit worden verhoogd door het gebruik van oproepkrachten. Daarnaast kan ze besluiten flexibele arbeidskrachten van buiten de organisatie in te zetten. Deze externe flexibiliteit kan worden gerealiseerd door detachering, het uitbesteden van werk aan zelfstandigen zonder personeel, maar ook door het gebruik van uitzendkrachten (Wilthagen et. al. 2006).

2.1 Interne flexibiliteit

Wanneer een bedrijf gebruikmaakt van eigen medewerkers voor het leveren van flexibele arbeid, wordt gesproken over interne flexibiliteit. Naast overwerken kan flexibiliteit worden gecreëerd door de inzet van oproepkrachten. Om de interne mobiliteit te vergroten wordt binnen bedrijven soms ook wel gebruik gemaakt van flexibele arbeidspools. Dit zijn interne uitzendbureaus waarbij oproepkrachten met aanstellingen van bijvoorbeeld nul tot twintig uur flexibel ingezet kunnen worden.

Een oproepkracht is aangesteld op basis van een oproepovereenkomst met de werkgever en is op afroep beschikbaar voor het verrichten van werkzaamheden. Een indeling kan worden gemaakt in drie soorten oproepovereenkomsten; het min-max contract, het 0-uren contract en het oproepcontract met voorovereenkomst (www.szw.nl).

Min-max contract

Het min-max contract is een oproepovereenkomst met werkgarantie en verschijningsplicht. Er is sprake van een arbeidsovereenkomst met de werkgever met zogenaamde uitgestelde prestatieplicht. Binnen de arbeidsovereenkomst zijn afspraken gemaakt rondom een minimum en maximum aantal uren per periode. De arbeidsovereenkomst kan zowel voor bepaalde als voor onbepaalde tijd zijn. De oproepkracht krijgt altijd het minimum aantal afgesproken uren per periode betaald, ook wanneer zij in een periode minder of geen uren werkt. Een oproepkracht heeft verschijningsplicht. Dit betekent dat als een oproepkracht opgeroepen wordt, zij verplicht is hier gehoor aan te geven. In dit geval geldt de verschijningsplicht tot het afgesproken maximum aantal oproepbare uren in een periode is bereikt (www.belastingdienst en www.szw.nl).

0-uren contract

Het 0-uren contract is een oproepovereenkomst zonder werk- of loonbetalinggarantie, maar met verschijningsplicht. Er is sprake van een arbeidsovereenkomst met de werkgever met uitgestelde prestatieplicht. De arbeidsovereenkomst kan zowel voor bepaalde als voor onbepaalde tijd zijn. Rondom het aantal uren zijn geen afspraken gemaakt. In de eerste zes maanden van de arbeidsrelatie krijgt de oproepkracht alleen betaald voor het aantal gewerkte uren. Daarna is de werkgever verplicht loon door te betalen, ook als er geen of minder werk is. De hoogte van het door te betalen loon wordt hierbij gebaseerd op het gemiddeld aantal gewerkte uren in de drie voorgaande maanden. Binnen de sector kan een CAO van kracht zijn waarin een regeling is

opgenomen die het mogelijk maakt de periode van zes maanden te verlengen ([www.belastingdienst](http://www.belastingdienst.nl) en www.szw.nl).

Oproepcontract met voorovereenkomst

Het oproepcontract met voorovereenkomst is een oproepovereenkomst zonder werk- of loongarantie en zonder verschijningsplicht. Wanneer een oproepkracht opgeroepen wordt, hoeft ze niet aan de slag. Als de oproepkracht gehoor geeft aan de oproep, dan ontstaat een arbeidsovereenkomst voor bepaalde tijd, namelijk voor de duur van de oproep. Binnen deze arbeidsovereenkomst gelden de afspraken die zijn vastgelegd in de voorovereenkomst. De oproepkracht ontvangt alleen loon voor de gewerkte uren en dit is schriftelijk vastgelegd. Bij vier opeenvolgende oproepcontracten met voorovereenkomst kan een vast dienstverband ontstaan. Dit is afhankelijk van de periode tussen de opeenvolgende contracten. Wanneer een vaste arbeidsrelatie ontstaat, geldt het loon afgesproken in het laatste tijdelijke contract, ook wanneer er minder of geen werk is. In de CAO kan echter worden afgeweken van deze regeling ([www.belastingdienst](http://www.belastingdienst.nl) en www.szw.nl).

Bovenstaande oproepovereenkomsten kunnen overgaan in een vaste arbeidsrelatie als een vast arbeidspatroon ontstaat (www.szw.nl).

2.2 Externe flexibiliteit

Uitzendkracht en gedetacheerde arbeidskracht

Zowel het detacheren als uitzenden van arbeidskrachten vindt plaats op grond van een uitzendovereenkomst. Volgens het Burgerlijk Wetboek is een uitzendovereenkomst een bijzondere vorm van arbeidsovereenkomst waarbij een werknemer ter beschikking van een derde (de inlener) wordt gesteld door een werkgever (de uitlener) in het kader van de uitoefening van het beroep of bedrijf van die werkgever. Naast de uitzending door uitzend- en detacheringbureaus, vallen alle driehoeksarbeidsrelaties waarbij een werknemer door zijn werkgever in de uitoefening van bedrijf of beroep van de werkgever ter beschikking wordt gesteld van een derde onder de definitie van een uitzendovereenkomst. In alle andere gevallen van uitzending bestaat er tussen de werknemer en werkgever een gewone arbeidsrelatie (Grapperhaus e. a. 1999).

Een uitzendovereenkomst kan in drie vormen worden aangegaan; de uitzendovereenkomst met uitzendbeding, de uitzendovereenkomst voor bepaalde tijd en de uitzendovereenkomst voor onbepaalde tijd.

Een uitzendovereenkomst met uitzendbeding eindigt van rechtswege wanneer de inlener afziet van de diensten van een werknemer of wanneer een werknemer zich ziek meldt. Daarnaast geldt uitsluiting van doorbetalingsplicht van de werkgever, wat inhoudt dat bij geen werk geen loon uitbetaald wordt. Bij ziekte heeft de werknemer dan ook in principe recht op een uitkering op grond van de Ziektewet, waarbij de uitkering gefinancierd wordt uit de WW-gelden¹

¹ Nederlands Juridisch Dagblad (23 februari 2009) “Ziekte igv uitzendovereenkomst voor bepaalde tijd of een uitzendovereenkomst met uitzendbeding?”

(www.abu.nl). Wettelijk kan een uitzendbeding worden afgesproken voor maximaal 26 weken, tenzij een andere regeling in de CAO van de werkgever is opgenomen (www.hetjil.nl; het juridisch loket).

Bij uitzendovereenkomsten voor bepaalde en onbepaalde tijd krijgt de ter beschikking gestelde werknemer loon doorbetaald door de uitlener bij ziekte en wanneer er geen werk is. Wanneer een uitzendovereenkomst voor bepaalde tijd tijdens ziekte van rechtswege afloopt wordt geen loon doorbetaald. De ex-werknemer heeft na afloop van de uitzendovereenkomst recht op Ziektewet uitkering (www.abu.nl).

Het verschil tussen uitzendkracht en gedetacheerde arbeidskracht

Vaak krijgen arbeidsrelaties die vallen onder de definitie van de uitzendovereenkomst in de praktijk een andere benaming mee, zoals de juridisch onbekende term detachering (Grapperhaus e. a. 1999). Doorgaans wordt een arbeidskracht met een uitzendovereenkomst voor bepaalde of onbepaalde tijd een gedetacheerde arbeidskracht genoemd. De naam uitzendkracht heeft in deze context dan alleen betrekking op de uitzendovereenkomst met uitzendbeding. Dit betekent echter niet dat een uitzendbureau alleen uitzendovereenkomsten met uitzendbeding aangaat. In eerste instantie gaat ze inderdaad een losse relatie aan met de arbeidskracht in de vorm van een uitzendovereenkomst met uitzendbeding. In een latere periode kan deze uitzendovereenkomst met uitzendbeding worden omgezet in een uitzendovereenkomst voor bepaalde of onbepaalde tijd.

Voor uitzendbureaus aangesloten bij de Algemene Bond van Uitzendondernemingen (ABU) geldt een CAO waarbij de uitzendkracht in fases (A, B en C) geleid wordt naar een vast dienstverband. Uitzendkrachten behorend tot fase A werken automatisch op basis van een uitzendovereenkomst met uitzendbeding, tenzij hierover andere afspraken zijn gemaakt. Deze fase duurt bij een onderbreking korter dan 26 weken in totaal 78 gewerkte weken. Bij een onderbreking langer dan 26 weken begint de telling van het aantal gewerkte weken na de onderbreking opnieuw. Na fase A volgt fase B, die maximaal twee jaar duurt. In deze fase heeft de uitzendkracht een uitzendovereenkomst voor bepaalde tijd, die niet eindigt als de opdracht van de inlener aan het uitzendbureau afloopt. Het uitzendbureau kan in deze fase maximaal acht arbeidscontracten voor bepaalde tijd aan de uitzendkracht aanbieden. Hierbij geldt geen minimale termijn voor de arbeidscontracten. Het uitzendbureau dient de uitzendkracht loon te betalen ook wanneer er geen werk is. Na het achtste contract of aan het einde van fase B komt de uitzendkracht in fase C. In fase C heeft de uitzendkracht een uitzendovereenkomst voor onbepaalde tijd en is geen uitzendbeding mogelijk (ABU CAO 2004 -2009).

In de CAO's van de Nederlandse Bond van Bemiddeling- en Uitzendondernemingen (NBBU) en de Nederlandse Vereniging van Uitzend- en Bemiddelingsbureaus (NVUB) wordt een uitzendkracht in vier fases (1, 2, 3 en 4) naar een vast dienstverband geleid. In fase 1 en 2 geldt een uitzendbeding en pas in fase 4 wordt een arbeidsovereenkomst voor onbepaalde tijd bereikt (www.hetjil.nl; het juridisch loket).

Zelfstandige zonder personeel (ZZP'er)

Een ZZP'er is een zelfstandige die voor eigen risico en rekening en zonder personeel een bedrijf voert of een beroep uitoefent. De term ZZP'er is geen juridische term. Een ZZP'er werkt voor

meerdere opdrachtgevers en krijgt per opdracht betaald. Een ZZP'er werkt niet in loondienst en is dan ook niet verzekerd voor de werknemersverzekeringen Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA) en de werkloosheidswet (WW). Een ZZP'er is vaak niet privaat verzekerd voor ziekte en arbeidsongeschiktheid. Een ZZP'er valt niet onder een CAO (Poel e.a. 2008, Groot e.a. 2003).

Wanneer een ZZP'er voor slechts een beperkt aantal opdrachtgevers werkt, kan onduidelijk zijn of er sprake is van (fictief) werknemerschap of zelfstandig ondernemerschap. Vandaar dat de Belastingdienst de Verklaring arbeidsrelatie (VAR) heeft opgesteld. Afhankelijk van de persoonlijke situatie merkt de Belastingdienst de inkomsten waarover de verklaring is aangevraagd aan als: loon uit dienstbetrekking (VAR-loon), winst uit onderneming (VAR-wuo), inkomsten uit werkzaamheden voor rekening en risico van een vennootschap (VAR-dga) of resultaat uit overige werkzaamheden (VAR-row) (www.belastingdienst.nl).

Inkomsten behorende tot het loon uit dienstbetrekking

Staat in de VAR dat de inkomsten worden aangemerkt als loon uit dienstbetrekking (loon), dan moet de opdrachtgever zelf beoordelen of er al dan niet sprake is van een (fictieve) arbeidsovereenkomst op basis waarvan hij loonheffing moet inhouden en afdragen (www.belastingdienst.nl).

Inkomsten behorende tot de winst uit de onderneming

Wanneer de Belastingdienst de inkomsten aanmerkt als winst uit onderneming (wuo) dan zijn de inhouding van de loonheffing, de inkomensafhankelijke bijdrage Zvw en de afdracht van de premies van de werknemersverzekeringen door de opdrachtgever niet nodig. De opdrachtnemer wordt gezien fiscaal gezien als ondernemer en is dus niet verzekerd voor de werknemersverzekeringen. De opdrachtnemer betaalt de inkomstenbelasting en de inkomensafhankelijke bijdrage Zvw zelf. De Belastingdienst beoordeelt de volgende punten om na te gaan of inkomsten worden aangemerkt als winst uit onderneming:

- de vraag of de onderneming winst maakt;
 - de duurzaamheid van de activiteiten van de onderneming;
 - de mate van afhankelijkheid van de opdrachtgever;
 - de mate waarin tijd en kapitaal in de onderneming is geïnvesteerd;
 - de hoeveelheid klanten;
 - de mate waarin debiteuren- en andere ondernemersrisico's worden gelopen.
- (www.belastingdienst.nl en Groot e.a. 2003)

Inkomsten behorende tot het resultaat uit overige werkzaamheden

Als de inkomsten niet behoren tot loon uit dienstbetrekking, winst uit onderneming of inkomsten uit werkzaamheden voor rekening en risico van vennootschap, dan vallen deze inkomsten onder het resultaat uit overige werkzaamheden (row). Net als bij de VAR-loon geldt dat de opdrachtgever bij een VAR-row zelf moet toetsen of er sprake is van een (fictieve) arbeidsovereenkomst op basis waarvan hij loonheffing moet inhouden en afdragen. Bij een VAR-row gelden geen zelfstandigenaftrek en andere ondernemersregelingen. (www.belastingdienst.nl)

Binnen de AWBZ thuiszorg werken veel ZZP'ers. In verband met effectivering van de betalingsystematiek geldstroom AWBZ worden de betalingen aan zorgverleners, anders dan bij Persoonsgebonden budgetten, via een AWBZ erkende zorginstelling geleid (bron: convenant,

gesprek BTN). Een bemiddelingsbureau is zo'n ABWZ erkende zorginstelling die bemiddelt tussen ZZP'ers en cliënten. Eind 2007 merkte de Belastingdienst deze ZZP'ers aan als werknemers van het bemiddelingsbureau. De inkomsten van deze groep ZZP'ers werden dan ook niet als VAR-wuo aangemerkt, wat zou gebeuren als de Belastingdienst hen fiscaal als zelfstandig ondernemer zou zien, maar als VAR-loon. De zelfstandigenaftrek die kan worden toegepast bij een VAR-wuo, gold dan ook niet voor deze groep arbeidskrachten. Voor de zorgverleners verdween het risico dat zelfstandig ondernemerschap met zich meebrengt. Vanwege de loondienstconstructie moesten deze zorgverleners werknemerspremies gaan betalen en bemiddelingsbureaus werkgeverspremies afdragen en loonheffing inhouden, maar deze waren verrekenbaar met de aanslag inkomstenbelasting van de betreffende zorgverleners. De werknemerspremies waren verrekenbaar met de aanslag inkomstenbelasting van de betreffende zorgverleners. Bemiddelingsbureaus daarentegen zagen door deze afdrachten hun winst echter teruglopen en konden failliet gaan, zoals het geval was bij een bemiddelingsbureau in Hengelo.² Het gevolg was dat een grote groep thuiszorg zorgverleners die de thuiszorg hard nodig had, verloren zou gaan voor de thuiszorg. Om dit te voorkomen werd in oktober 2008 het convenant "bemiddeling bij AWBZ-erkende thuiszorginstellingen" gesloten door de Belastingdienst, het UWV, het ministerie van VWS en Branchebelang Thuiszorg Nederland. Het convenant regelde een nieuwe samenwerkingsvorm waarbij in fiscale en sociaal-verzekeringsrechtelijke zin was uitgesloten dat sprake was van een (fictieve) dienstbetrekking in situaties dat een zorgvrager had gekozen voor AWBZ-thuiszorg in natura binnen de driehoek AWBZ-erkende thuiszorginstelling, zorgverlener en zorgvrager (bron: convenant). Onder het convenant kreeg de ZZP'er in de zorg de naam "zelfstandig ondernemer in de zorg" (zoz'er). Het convenant regelde dat het bemiddelingsbureau uitsluitend verantwoordelijk was voor de bemiddeling en dat de verantwoordelijkheden rondom de zorginhoudelijke aspecten volledig bij de zorgverlener kwamen te liggen (bron: convenant). Dus enerzijds regelde het convenant de fiscaaljuridische aspecten rondom het zelfstandig ondernemerschap in de zorg. Het debiteurenrisico berustte volledig bij de zoz'er en de rechtsverhoudingen tussen partijen werden vastgelegd in een bemiddelingsovereenkomst (bemiddelingsbureau/zorgvrager) en een overeenkomst van opdracht (zorgvrager/zorgverlener) (bron: convenant). Anderzijds werd een keurmerk in het convenant opgenomen met kwaliteitscriteria waaraan een zoz'er moest voldoen (gesprek BTN). De noodzaak voor de zorgvrager en/of de AWBZ-erkende thuiszorginstelling om van de zorgverlener een VAR-wuo te ontvangen, verviel hierdoor (www.minfin.nl).

Volgens de thuiszorginstellingen creëerde het convenant oneerlijke concurrentie op de thuiszorgmarkt. Ten eerste waren bemiddelingsbureaus via het convenant niet langer verplicht werkgeverslasten af te dragen, terwijl reguliere thuiszorginstellingen, die zorgverleners in loondienst hebben, wel deze verplichting hebben. Daarnaast doen reguliere thuiszorginstellingen investeringen om kwalitatief goede zorg te bieden. Door invoering van het convenant lag de verantwoordelijkheid en daarmee de investeringen voor het leveren van kwalitatief goede zorg bij de zoz'er. Gevrijwaard van de werkgeverslasten en het doen van investeringen, kon het bemiddelingsbureau veel goedkoper zorg leveren dan de reguliere thuiszorgorganisaties (www.actiz.nl).

² Kamerstuk dd 16 mei 2008, Antwoorden van staatssecretaris Bussemaker op Kamervragen van Leijten over de alfhulpen die naheffing belasting moeten betalen
Trouw dd 9 april 2008 "Honderden alfhulpen krijgen naheffing belasting"

De organisatie van zorgondernemers Actiz heeft het convenant in een kort geding bij de rechter succesvol aangevochten. De kortgedingrechter heeft het convenant onwettig verklaard. Daarbij heeft de rechter de Belastingdienst uitdrukkelijk verboden om nog langer aanmeldingsformulieren voor zelfstandigenstatus uit te sturen. Het convenant is dan wel onwettig verklaard, toch houdt de belastingrechter de Belastingdienst aan de gemaakte afspraken in het convenant.³

Werknemer in dienst van cliënt (o.a. alfahulp)

Een alfahulp levert eenvoudige huishoudelijke hulp en heeft een arbeidsovereenkomst met de cliënt, niet met de thuiszorgorganisatie. Een alfahulp valt onder de “regeling dienstverlening aan huis” die is ingegaan op 1 januari 2007. De regeling is van toepassing wanneer een arbeidskracht in dienst van een werkgever werkzaamheden uitvoert die horen bij het huishouden van de werkgever voor maximaal 3 dagen per week. De arbeidskracht mag meerdere werkgevers hebben. Om echter in aanmerking te komen voor de regeling mag hij maximaal 3 dagen per week per werkgever werken. Onder deze regeling hoeft de werkgever geen premies werknemersverzekeringen en loonheffing op het loon in te houden. Een alfahulp is dus niet verplicht verzekerd voor de werknemersverzekeringen WIA en WW. Net als de ZZP'er kan de alfahulp zich wel privaat verzekeren tegen ziekte en arbeidsongeschiktheid. De alfahulp valt niet onder een CAO. Middels de regeling dienstverlening aan huis komt de arbeidskracht in aanmerking voor alle verlofregelingen en heeft deze recht op minimaal het minimumloon. Ook geldt onder deze regeling dat wanneer de arbeidskracht ziek wordt, de werkgever verplicht is zes weken loon (met uitzondering van de eerste twee dagen) door te betalen. Er is geen ontslagvergunning nodig om de arbeidskracht te ontslaan (www.szv.nl en www.dienstverleningaanhuis.nu).

Ook onder de regeling ‘dienstverlening aan huis’ vallen thuishulpen die in dienst zijn van PGB-houders. PGB-houders hebben zelf een budget en kunnen daarvoor iemand inhuren. Dat kan een ZZP'er zijn, maar ze kunnen ook iemand in loondienst nemen, voor minder dan drie dagen per week. Het verschil met de alfahulpen is dat er meestal geen sprake is van een bemiddelende organisatie die zorgt voor de acquisitie van klanten en het loon vaststelt. Werknemers die werken voor PGB-houders zijn vaak bekenden van de PGB-houder. Het loon wordt in onderling overleg vastgesteld (Groot e.a. 2003).

³ NRC Handelsblad dd 21/22 februari 2009 “zelfstandigen in de thuiszorg in de tang”
 Persbericht Actiz dd 25 november 2008 “Kort geding Actiz tegen ministerie VWS”
 Persbericht Actiz dd 4 februari 2009 “Actiz wint kort geding bemiddelingsbureaus”

3 Kwantitatieve ontwikkeling

In dit hoofdstuk gaan we in op de ontwikkeling van het aantal flexibele contracten in de zorg. We gaan in op de ontwikkeling naar opleidingsniveau en naar branche. Voor we dat doen kijken we naar wie er in de zorg werken.

Wie werken er in de zorg?

In Tabel 3.1 zijn de kenmerken van verpleegkundige, verzorgende en sociaalagogische functies in loondienst weergegeven naar branche. Meteen valt op dat het percentage vrouwen en vijftig plussers dat werkzaam is binnen de thuiszorg met respectievelijk 98,2% en 36,6% veruit het hoogst is vergeleken met de andere branches. Ook is het aantal gewerkte uren dat een werknemer maakt ten opzichte van een fulltime werkweek, de zogenaamde deeltijdfactor, binnen de thuiszorg het laagst.

Tabel 3.1 Kenmerken van werkenden in verpleegkundige, verzorgende en sociaalagogische functies (exclusief alfahulp) in 2007

	% vrouw	% 50+	Deeltijdfactor
Ziekenhuizen	87,0	28,8	0,73
GGZ	72,3	34,8	0,79
Gehandicaptenzorg	84,3	23,8	0,71
Verpleeg en verzorgingshuizen	95,7	32,5	0,63
Thuiszorg	98,2	36,6	0,54

Bron: Van der Windt e. a. 2008

Het opleidingsniveau is het hoogst in de ziekenhuissector en het laagst in de thuiszorg. De volgende tabel illustreert dit.

Tabel 3.2 Raming personen naar kwalificatieniveau en branche in 2008 (x 1.000, exclusief alfahulp)

	niveau 1	niveau 2	niveau 3	niveau 4	niveau 5
Ziekenhuizen	0,3	1,0	5,1	47,6	21,7
GGZ	0,3	0,4	2,3	19,6	15,8
Gehandicaptenzorg	2,3	8,3	30,4	38,2	12,7
Verpleeg en verzorgingshuizen	3,6	10,1	88,0	25,8	3,8
Thuiszorg	39,2	18,0	43,0	6,9	8,1

Bron: Van der Windt e. a. 2008, bewerking SEO

Samenhangend met het opleidingsniveau is de binding met de sector het kleinst in de thuiszorg en het grootst in de ziekenhuizen. Het vertrekpercentage was in 2006 het hoogst binnen de thuiszorg. In de thuiszorg vertrok toen 16,6% van de verpleegkundigen en verzorgenden inclusief helpenden en zorgverleners; 9,6% stopte ook met de uitoefening van het beroep (Bewerking LKG en Exitinterviews Prismant uit www.levv.nl).

Tabel 3.3 Het percentage vertrekkende verpleegkundigen, verzorgenden (inclusief helpenden en zorg hulpen) en sociaalagogen in 2006

Branche	Totaal vertrek	Waarvan stopt met beroep
Ziekenhuizen	6,4%	2,1%
GGZ	10,1%	3,7%
Gehandicaptenzorg	11,7%	3,9%
Verpleeg- & Verzorgingshuizen	10,5%	3,2%
Thuiszorg	16,6%	9,6%

Bron: Bewerking LKG en Exitinterviews Prismant uit www.levv.nl

Ontwikkeling flexibele arbeid naar beroepsgroep

Tabel 3.4 laat zien dat bij alle beroepsgroepen in de zorg het aantal werknemers met een vaste dienstbetrekking tussen 1996 en 2007 is gestegen. Daarnaast is bij zowel alle middelbare beroepen als de hogere algemene, verzorgende (para)medische beroepen een lichte daling te zien in het aantal flexibele dienstbetrekkingen. Werknemers met een vaste dienstbetrekking hebben in deze statistiek een arbeidscontract voor onbepaalde duur en een vast overeengekomen aantal uren (bron: CBS Statline). Het aantal werkzame personen met een flexibele dienstbetrekking omvat alle arbeidscontracten van beperkte duur en werknemers die niet voor een vast overeengekomen aantal uren in dienst zijn. Hieronder vallen onder meer uitzendkrachten en oproepkrachten (bron: CBS Statline).

Tabel 3.4 Aantal werknemers in de zorg met een vaste dienstbetrekking en werkzame personen met flexibele dienstbetrekking en het aantal zelfstandigen binnen de zorg (in duizenden)

	1996	1997	1998	1999	2000	2001*	2002	2003	2004	2005	2006	2007
LAGERE (PARA)MEDISCHE BEROEPEN (SBC 292)												
Vast	20	20	17	20	32	41	38	39	35	35	31	37
Flexibel	3	3	3	5	2	4	4	5	5	5	5	6
Zelfstandig	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
LAGERE ALGEMEEN VERZORGENDE BEROEPEN ED (SBC 372)												
Vast	101	106	105	112	116	128	137	133	133	132	138	139
Flexibel	33	34	39	36	32	38	37	34	32	37	44	52
Zelfstandig	10	9	10	11	10	11	11	9	13	13	14	17
MIDDELBARE ALGEMENE (PARA)MEDISCHE BEROEPEN (SBC 492)												
Vast	94	97	102	101	96	102	107	104	105	108	109	120
Flexibel	10	10	13	7	6	6	4	4	4	4	4	5
Zelfstandig	3	3	3	4	3	5	4	4	4	4	4	7
MIDDELBARE VERZORGEND-(PARA)MEDISCHE BEROEPEN (SBC 495)												
Vast	47	54	50	59	64	66	71	72	71	78	86	89
Flexibel	8	9	9	6	6	4	4	3	3	3	5	4
Zelfstandig	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	.
HOGERE ALGEMENE, VERZORGENDE (PARA)MEDISCHE BEROEPEN (SBC 692)												
Vast	65	70	81	84	81	77	87	92	105	102	102	99
Flexibel	9	10	11	13	7	5	5	7	5	5	6	6
Zelfstandig	16	17	20	20	21	27	21	19	25	24	22	22

CBS Statline; cijfers 2001 na revisie, cel met "." betekent dat het CBS hier geen cijfers over heeft

In de tabel wordt een onderverdeling gemaakt op basis van categorieën beroepen volgens de standaard beroepenclassificatie 1992 (SBC). Dit houdt echter in dat niet iedere groep zuiver en

alleen beroepen bevat uit de sector AWBZ en ZVW zorg. Specifiek geldt dit voor de lagere algemeen verzorgende beroepen, waartoe de alfahulp wordt gerekend, en de middelbare algemeen verzorgende beroepen. In de bijlage is een deel van de lijst van beroepen volgens de SBC opgenomen om duidelijk te maken welke beroepen in de gebruikte beroepsgroepen voorkomen.

De stijging in het aantal vaste dienstbetrekkingen en de lichte daling in het aantal flexwerkers zou wellicht het gevolg kunnen zijn van de invoering van de Wet Flexibiliteit en Zekerheid (Flexwet) in 1999. Deze wet biedt enerzijds werkgevers meer flexibiliteit in hun personeelsbestand en anderzijds flexibele arbeidskrachten meer zekerheid op werk en inkomen. Deze zekerheid voor flexwerkers zou dan vertaald zijn in het doorstromen naar vaste dienstbetrekkingen.⁴

Bij de lagere (para)medische beroepen en lagere algemeen verzorgende beroepen stijgt het aantal flexibele dienstbetrekkingen licht. Mogelijke oorzaak van de stijging na 2006 van het aantal flexibele dienstbetrekkingen in de groep lagere algemeen verzorgende beroepen kan de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) zijn geweest die op 1 januari 2007 in werking is getreden. Als gevolg van de wet is de concurrentie tussen thuiszorginstellingen toegenomen en zijn vaste arbeidscontracten voor een deel omgezet in goedkopere alfahulpcontracten.

De toename van het aantal zelfstandigen kan mogelijk verklaard worden uit de toegenomen populariteit van het Persoonsgebonden Budget. Individuen kunnen wanneer ze beschikken over een indicatie voor extramurale AWBZ zorg kiezen voor zorg in natura of een PGB. Bij een keuze voor zorg in natura regelt het zorgkantoor de zorg. Iemand die kiest voor een PGB, krijgt een geldbedrag waarmee zelf professionele hulp dan wel informele zorg in de vorm van mantelzorg in kan worden gekocht. Hierdoor is een markt ontstaan waarbij particuliere budgethouders zorgverleners inhuren. Die hoeven daardoor niet meer in dienst van een zorginstelling te werken (Groot e.a. 2003). Volgens het ministerie van VWS kiest een derde van de PGB-houders voor professionele zorg, een derde uitsluitend voor mantelzorg en de rest voor een combinatie van de twee.⁵

Tabel 3.5 PGB uitgaven en totale uitgaven voor AWBZ zorg in miljoenen euro's

AWBZ	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008*
PGB	413,5	653,2	721,7	921,8	1.136,0	1.309,0	1.365,1
Totale uitgaven	15.524,5	21.409,2	23.083,9	23.781,0	23.126,9	23.339,5	16.226,8
Aandeel PGB	2,7%	3,1%	3,1%	3,9%	4,9%	5,6%	8,4%

Bron: CVZ zorgcijfers kwartaalbericht 1^e kwartaal 2008 (2002 tot 2007) en www.cvz.nl (2008); *2008 bevat alleen gegevens over 1^e t/m 3^e kwartaal

Uit Tabel 3.5 blijkt dat niet alleen de PGB-lasten in absolute zin de laatste jaren zijn gestegen, ook is te zien dat het aandeel van de PGB in de AWBZ-lasten steeg van 2,7% in 2002 tot 8,4% in de eerste drie kwartalen van 2008.

In zijn algemeenheid kan geconstateerd worden dat flexibele arbeidscontracten meer voorkomen bij laagopgeleiden dan bij hoogopgeleiden in de zorg. Zelfstandigen zijn zowel bij de

⁴ Persbericht ministerie van SZW dd 22 september 2000 "Wet flexibiliteit en zekerheid leidt tot meer vaste dienstverbanden"

⁵ Brief "PGB in perspectief" van de minister van VWS op 9 november 2007 aan de Tweede Kamer

laagopgeleiden als bij de hoogopgeleiden te vinden. Bij de hoogopgeleiden gaat het ook om beroepen die traditioneel als zelfstandige worden uitgevoerd, zoals fysiotherapeuten, verloskundigen en mondhygiënisten.

Ontwikkeling flexibele arbeid naar branche

Tabel 3.6 geeft een uitsplitsing naar het absolute aantal fulltimers, parttimers, oproepkrachten en alfa hulpen en het totaal aantal gewerkte uitzendkrachten binnen de publiek- en privaategefinancierde thuiszorginstellingen. Ook bevat de tabel informatie over het aantal FTE's van bepaalde groepen binnen publiekegefinancierde thuiszorginstellingen. Het totale aantal werkzame personen binnen de publiek- en privategefinancierde thuiszorg bestaat in 2005 voor ongeveer een kwart uit alfa hulpen en rond de 8% uit oproepkrachten. Binnen publiekegefinancierde instellingen kan ongeveer 4% van de FTE's werkzame personen worden toegerekend aan uitzendkrachten.

Tabel 3.6 Werkzame personen in thuiszorginstellingen van 1998 tot 2005

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Publiek- en privategefinancierde thuiszorginstellingen								
Totaal werkzame personen*	173.050	177.130	183.750	181.030	197.190	209.270	204.176	205.917
Fulltimers*	6.850	6.920	7.070	7.200	7.800	7.500	7.348	7.185
Parttimers*	91.340	94.270	99.010	105.480	117.820	131.470	128.701	131.804
Oproepkrachten*	18.980	19.810	22.500	16.730	18.280	18.140	16.941	16.987
Alfa hulpverleners*	55.870	56.140	55.180	51.620	53.290	52.170	51.186	49.941
Uitzendkrachten Gewerkte uren (x 1.000)	4.105	4.341	4.289	5.171	5.882	6.044	5.579	5.762
Publiekegefinancierde thuiszorginstellingen								
FTE's werkzame personen	62.260	65.040	67.790	70.580	74.660	80.180	78.084	77.787
FTE's werknemers**	49.991	52.130	54.450	57.260	61.480	66.980	66.088	66.096
FTE's oproepkrachten	2.930	2.980	2.980	2.460	2.030	1.990	2.003	1.960
FTE's Uitzendkrachten	2.300	2.460	2.500	3.010	3.370	3.470	3.176	3.363

Bron: CBS Statline, * in absolute aantallen, ** exclusief oproepkrachten

Binnen de thuiszorg kan dus op basis van bovenstaande cijfers worden geconstateerd dat relatief veel gebruikgemaakt wordt van externe flexibele arbeidskrachten. Naast de in bovenstaande tabel genoemde aantallen oproepkrachten en alfa hulpen waren er in 2003 ook ongeveer 5.000 ZZP'ers actief in de thuiszorg en 21.000 mensen die in dienst waren bij een PGB-houder (Groot e.a. 2003). Van de ZZP'ers werkte 95% voor PGB-houders, 51% (ook) voor particulieren zonder PGB en 18% (ook) voor thuiszorginstellingen. Van de ZZP'ers is ongeveer de helft laagopgeleid en de helft middelbaar opgeleid (Groot e.a. 2003).

In de andere zorgbranches komen externe flexibele contracten aanzienlijk minder voor dan in de thuiszorg. In de volgende tabel geven we het aantal personen weer dat niet in loondienst is, als percentage van het totaal. Dit hoeft overigens niet alleen om personen in verpleegkundige en verzorgende beroepen te gaan. Het kunnen personen zijn in de facilitaire dienstverlening of interim-managers.

Tabel 3.7 Werkzame personen niet in loondienst als percentage personen in loondienst

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Ziekenhuizen*	1,9%	1,8%	2,2%	2,0%	1,7%	1,4%	1,3%	3,0%	3,3%	
Gehandicaptenzorg*				6,0%	7,4%	8,2%	8,9%		6,9%	
Verpleeg en verzorgingshuizen*	8,4%	9,8%	9,9%	8,1%	7,4%	6,8%	6,6%	6,4%		
Geestelijke gezondheidszorg**										2,4%

* Bron: www.azwinfo.nl, bewerking SEO

**Bron: GGZ Nederland, De informatie is een benadering, omdat niet alle lidinstellingen van GGZ Nederland gegevens hebben aangeleverd. (bron: telefonisch gesprek GGZ Nederland)

We zien dat in de ziekenhuizen het aantal werkzame personen niet in loondienst is toegenomen van 1,3% in 2004 (3.160 personen) tot 3,3% in 2006 (7.890 personen). In de overige sectoren zien we geen toename. Uit interviews met ziekenhuizen komt naar voren dat onder het verplegend en verzorgend personeel van ziekenhuizen zeer weinig externe flexibele arbeidskrachten worden ingezet in verplegende en verzorgende beroepen, maar dat dit aantal wel iets is toegenomen de afgelopen jaren (Houkes en Aerts 2009). Dit is alleen het geval voor enkele gespecialiseerde verpleegkundige en paramedische beroepen en komt vooral doordat de instroom in gespecialiseerde opleidingen tot verpleegkundige in de periode 2002 tot 2006 met ruim 50% is gedaald, zoals uit Tabel 3.8 valt op te maken.

Tabel 3.8 Aantal verpleegkundigen dat een beroepsvervolgopleiding gaat volgen (2002 – 2006)

	2002	2003	2004	2005	2006
Intensive Care/CC/pediatrie	750	491	389	275	285
IC Neonatologie/kinderen	195	150	130	87	83
Spoed Eisende Hulp	295	262	181	154	149
Kinderverpleegkundige	353	355	307	223	159
Obstetrie en Gynaecologie	236	211	181	119	96
Oncologie	275	299	235	190	145
Dialyse	245	197	145	122	151
GGZ Verpleegkundig specialist	32	32	39	45	.
Totaal	2.381	1.997	1.607	1.215	1.068

Van der Windt e.a. 2008

De lagere instroomcijfers zijn een gevolg van een daling in het aantal opleidingsplaatsen bij ziekenhuizen. Onderliggende oorzaken van deze daling zijn de introductie van marktwerking en bezuinigingen in de vorm van kortingen op het budget. De marktwerking introduceerde concurrentie tussen ziekenhuizen waardoor meer nadruk kwam te liggen op efficiëntie. Gevolg hiervan was dat ziekenhuizen gingen besparen op opleidingsplaatsen. Onzekerheid over fusies tengevolge van marktwerking had eenzelfde negatief effect op het aanbieden van opleidingsplaatsen, omdat onduidelijk was of de investeringen in de opleiding wel zouden worden terugverdiend. De introductie van marktwerking had ook de opkomst van zelfstandige behandelcentra (ZBC's) die zelf geen mensen opleiden tot gevolg. Door deze ontwikkeling nam de kans af dat het geld gestoken in de opleiding ook daadwerkelijk ten goede zou komen aan het ziekenhuis. Daarnaast zijn ziekenhuizen gekort op het budget, waardoor ze hebben gesneden in

de opleidingscapaciteit (gesprek NVZ). Overigens is vanwege de grote tekorten het aantal opleidingsplaatsen bij ziekenhuizen vanaf 2007 alweer toegenomen (gesprek NVZ).

Andere mogelijke oorzaken voor personeelstekorten is dat de instroom van zij-instromers (instroom niet vanuit school maar vanuit en baan buiten de zorg) is afgenomen in de periode 2000-2005, de populariteit van verpleegkundige, verzorgende en sociaalagogische opleidingen op MBO-niveau in de periode 2000-2005 zijn toegenomen en op HBO-niveau zijn afgenomen en dat allochtonen minder vaak kiezen voor verzorging en verpleging dan autochtone Nederlanders (Van der Windt e. a. 2008).

Binnen de Randstad geven ziekenhuizen aan dat ze vanwege onvervulde vacatures gedwongen zijn gedetacheerden en ZZP'ers in te huren. Maar het gaat hier maar om een klein aantal gedetacheerden en nauwelijks ZZP'ers per ziekenhuis (Houkes en Aerts 2009). Verhalen in de media over de opmars van zelfstandigen in de ziekenhuizen⁶ zijn dan ook sterk overdreven.

Conclusie

Flexibele arbeid komt vooral voor in de thuiszorg, waar veel laagopgeleiden werken. Sinds 2006 neemt het aantal flexibele contracten onder laagopgeleiden toe, vermoedelijk door de sterke concurrentie tussen thuiszorginstellingen als gevolg van de WMO. Buiten de thuiszorg worden weinig externe flexibele krachten ingezet. In de ziekenhuiszorg, de geestelijke gezondheidszorg, de gehandicaptenzorg en de verpleeg- en verzorgingshuizen werken meer middelbaar en hoger opgeleiden dan in de thuiszorg. Het aantal flexibele contracten onder middelbaar en hoger opgeleiden is afgenomen, mogelijk onder invloed van de Wet Flexibiliteit en Zekerheid. Een uitzondering daarop vormen de gespecialiseerde verpleegkundigen in de ziekenhuizen, die juist wat meer flexibel zijn gaan werken, vooral als gedetacheerde werknemer. Dit komt vooral door de afgenomen opleidingscapaciteit van ziekenhuizen.

⁶ Van Dongen, A., De zelfstandigenopmars in de zorg, De Pers, 8 december 2008

4 Voor- en nadelen vanuit het perspectief van de aanbieder

4.1 Inleiding

Bij het kiezen voor flexibel werken of ondernemerschap enerzijds en werken in loondienst anderzijds maken mensen een (meestal zeer impliciete en intuïtieve) kosten-/batenanalyse. Met andere woorden ze wegen de voor- en nadelen van de beide opties tegen elkaar af. Bij die afweging spelen onder andere de volgende elementen een rol:

- Risico van inkomensonzekerheid
- Hoogte van het inkomen
- Vrijheid om het werk op eigen manier in te richten

Deze elementen worden onder andere beïnvloed door:

- Instituties (bv. CAO)
- Situatie op de arbeidsmarkt
- Persoonlijke kenmerken (leeftijd, geslacht, etniciteit, gezondheid, competenties, risicoaversie, tijdsvoorkeur)
- Persoonlijke omstandigheden (bv. kinderen, een partner in loondienst, eigen huis)

Als de baten hoger zijn dan de kosten zullen mensen vrijwillig kiezen voor een flexibel contract of ondernemerschap. Daarnaast is het mogelijk dat mensen gedwongen worden tot een keuze voor een flexibel contract of ondernemerschap. Baanverlies, moeilijkheden bij het vinden van een baan, ontslag en een krappe arbeidsmarkt zijn vier motieven waardoor een arbeidskracht gedwongen wordt uit te wijken naar flexibele arbeid (Ellingson e. a. 1998).

In de volgende paragraaf gaan we in op de voor- en nadelen die flexibele krachten in de praktijk ervaren. In paragraaf 3.3 gaan we in op de keuze voor flexibel werken en de effecten voor het zorgaanbod. Paragraaf 3.4 concludeert.

4.2 Voor- en nadelen

Hieronder gaan we in op de voor- en nadelen van flexibel werken vanuit het perspectief van de aanbieder. We gaan in op de bovengenoemde punten die voor- dan wel nadelen kunnen zijn: het risico van inkomensonzekerheid, de hoogte van het inkomen en de vrijheid om het werk op eigen manier in te richten. We maken daarbij zoveel mogelijk onderscheid naar oproepkrachten, uitzendkrachten/gedetacheerde werknemers/ZZP'ers en alfa-hulpen.

Risico van inkomensonzekerheid

Of werknemers in de gezondheidszorg het risico van inkomensderving zelf willen dragen hangt (afgezien van de voordelen die er tegenover staan) af van:

- het risico dat zij lopen op inkomensverlies;
- de gevolgen van het inkomensverlies;
- de mate van risicoaversie.

Het *risico van inkomensverlies* wordt beïnvloed door de positie op de arbeidsmarkt en de gezondheid van aanbieders. Hoe sterker de arbeidsmarktpositie, hoe kleiner de kans dat de aanbieder zonder werk komt te zitten. De gespecialiseerde verpleegkundigen in de ziekenhuizen lopen vrijwel geen risico op werkloosheid. Wel lopen zij het risico om ziek en arbeidsongeschikt te worden. Als ZZP'er zijn zij daar niet tegen verzekerd, maar als gedetacheerde werknemer wel. Van de gespecialiseerde verpleegkundigen en paramedici die niet in loondienst van het ziekenhuis werken, werken de meeste als gedetacheerde werknemer. ZZP-schap onder deze groep komt weinig voor. In de thuiszorg komt ZZP-schap veel meer voor.

De *gevolgen van inkomensverlies* worden onder andere bepaald door de aanwezigheid van andere inkomensbronnen. Dat kan het inkomen van de partner zijn of uit een andere baan in loondienst. Als de verdiensten een klein deel uitmaken van het huishoudinkomen dan is er vaak geen behoefte aan een verzekering tegen inkomensderving. Dit geldt vaak voor alfa-hulp en werknemers die voor een PGB-houder werken. Voor een arbeidskracht die alleenstaande is of een groot deel van het huishoudinkomen verdient zal een verzekering tegen inkomensverlies wel belangrijk zijn. Ook de hoogte van de financiële verplichtingen speelt een rol. Wanneer er sprake is van een koophuis kunnen minder risico's worden gelopen dan wanneer sprake is van een huurhuis.

Vrijwel iedereen is *risicoavers*. Dat wil zeggen dat zij een vast inkomen per periode prefereren boven een gemiddeld hetzelfde inkomen dat per periode wisselt. De mate van risicoaversiteit verschilt tussen personen, de een heeft een sterkere voorkeur voor een vast inkomen dan de ander. Gemiddeld zijn vrouwen wat meer risicoavers dan mannen (Hartog e.a. 2002). Wij hebben niet de indruk dat vrouwen in de zorg minder risicoavers zijn dan vrouwen in andere sectoren. Eerder andersom. De ZZP'ers die in de thuiszorg werkzaam zijn hadden over het algemeen geen ondernemersmentaliteit. De meeste waren aangesloten bij een bemiddelingsbureau, zodat zij niet zelf klanten hoefden te werven. Zij ambiëerden ook niet om door te groeien naar een werkgeversrol. Zij waren vooral ZZP'er omdat zij daardoor de vrijheid hadden om het werk volgens hun eigen manier in te richten (Groot e.a. 2003).

In het onderzoek naar flexibele arbeid in de thuiszorg (Groot e.a. 2003) is gevraagd waarom geen arbeidsongeschiktheidsverzekering is afgesloten. Onderstaande tabel geeft de meest gegeven antwoorden weer:

Tabel 4.1 Aandeel verzekerden en meest genoemde redenen om geen arbeidsongeschiktheidsverzekering af te sluiten, thuiszorg, 2003

	ZZP'er verpleging en verzorging	ZZP'er kraamzorg	Werknemers in dienst van PGB-houder
Niet verzekerd	85%	67%	91%
Reden om geen verzekering af te sluiten:			
Ik kan terugvallen op mijn partner	37%	62%	42%
Het is te duur	38%	41%	13%
Ik ben verzekerd via mijn baan in loondienst	23%	5%	30%
Het is er nog niet van gekomen	13%	13%	8%
Ik ben nooit ziek	10%	12%	10%

Bron: Groot e.a. 2003

Werknemers in dienst van een PGB-houder verzekeren zich het minst vaak en geven ook het minst vaak aan dat dat is omdat de verzekering te duur is. Zij overwegen kennelijk niet om een verzekering aan te schaffen. Het inkomen dat zij verdienen als werknemer in dienst van een PGB-houder maakt kennelijk maar een klein deel uit van het gezinsinkomen. Zij kunnen terugvallen op en partner of op het inkomen uit een andere baan in loondienst. Verwacht mag worden dat voor alfa hulpen vergelijkbare overwegingen gelden.

Van de ZZP'ers is er een groter aandeel dat de prijs van de verzekering als argument geeft om geen verzekering af te sluiten. Ook van hen kan een groot deel terugvallen op ander inkomen. Hun inkomsten uit het ZZP-schap zijn echter hoger dan die van de werknemers in dienst van een PGB-houder, waardoor hun behoefte om het eigen inkomen te verzekeren ook groter is. ZZP'ers zijn dus vaker onvrijwillig niet verzekerd voor ziekte en arbeidsongeschiktheid.

Het is niet zo dat flexibele krachten zich niet verzekeren omdat zij hun risico laag inschatten. Slechts 10% zegt geen verzekering af te sluiten omdat ze nooit ziek zijn. Ook uit de samenstelling van de populatie blijkt niet dat het juist jonge en gezonde mensen zijn die ZZP'er worden of als werknemer voor een PGB-houder gaan werken. Integendeel, het zijn vaak juist oudere vrouwen die in de thuiszorg op een flexibel contract werken (Groot e.a. 2003).

Hoogte van het inkomen

In zijn algemeenheid geldt dat de hoogte van het inkomen afhangt van de arbeidsmarktpositie van de aanbieder. Aanbieders met een sterke positie op de arbeidskracht kunnen deze te gelde maken door als ZZP'er of gedetacheerde werknemer te gaan werken. Dit gebeurt in de ziekenhuizen waar een tekort is aan gespecialiseerde verpleegkundigen (voor de intensive care, dialyse en spoedeisende hulp) en paramedici (chirurgieassistenten en anesthesieassistenten). Binnen de ziekenhuis-CAO kan geen hoger loon worden betaald aan schaarse krachten. Wanneer zij in loondienst gaan van een detacheringsbureau kunnen zij 15% meer loon verdienen, plus een auto van de zaak krijgen (Houkes en Aerts 2009). Detacheringsbureaus vallen niet onder de ziekenhuis-CAO. Ook ZZP'ers in deze functies kunnen meer verdienen dan wat zij als werknemer verdienen.

De flexibele arbeidskrachten in de thuiszorg verdienen niet meer dan de werknemers in loondienst. Het werk in de thuiszorg is veel minder gespecialiseerd en er zijn kennelijk geen tekorten die maken dat een hoger loon kan worden gevraagd. In 2003 verdienden ZZP'ers in de thuiszorg die zich verzekerden voor ziekte en arbeidsongeschiktheid netto ongeveer evenveel als werknemers in loondienst. De meeste ZZP'ers (85% van de verpleegkundigen en 67% van de kraamverzorgsters) verzekerden zich echter niet, waardoor zij netto meer overhielden (Groot e.a. 2003).

De alfa hulpen in de thuiszorg zijn ongeschoold en verdienen een laag uurloon (in 2009 € 12,20 per uur). Zij werken over het algemeen zeer weinig uur per week. Daardoor verdienen zij zo weinig dat het netto loon vrijwel gelijk is aan het bruto loon. Zij zijn echter niet verzekerd voor werkloosheid en arbeidsongeschiktheid, zoals werknemers in loondienst van een instelling. De positie van alfa hulpen is vergelijkbaar met die van werknemers in loondienst van een PGB-houder die ook onder de "regeling dienstverlening aan huis" vallen. Deze werknemers hebben meestal een partner, waardoor het niet verzekerd zijn voor inkomensderving niet als een

probleem wordt ervaren (Groot e.a. 2003). Hieronder volgen enige uitspraken van alfahulpen op internet, als reactie op een vraag van een thuishulp wat ze moet doen nu haar contract niet verlengd wordt en ze de keuze krijgt voorgelegd of ze verder wil als alfahulp. De inkomensafhankelijke bijdrage waar de eerste mevrouw over praat betreft de bijdrage voor de Zorgverzekeringswet.

“ik werk dan 3 weken 12 uur en 1 week 9 uur als alfahulp, en verdien 36,60 per 3 uur werk, en er gaat verder niet zoveel af, het hangt er denk ik ook vanaf of je een partner hebt met een inkomen, dat heb ik dus wel, en het enige wat er van mijn loon afgaat, is die inkomensafhankelijke bijdrage, dat is in mijn geval 200 euro per jaar, en die mag je in 8 termijnen betalen. Verder krijg ik zelfs ook nog een beetje van de belasting terug, die huisvrouwenkorting, iets van 40 euro per maand, dus wat je verdient als alfahulp, met een werkende partner, hou je zo goed als helemaal over”

Bron: thuiszorg.prikpagina.nl

“ik ben 20 jaar en werk ook als alfahulp en verdien gewoon 12,20 per uur en ik werk meer dan 12 uur per week en heb voor mezelf de belasting geregeld en daar betaal ik ongeveer 170 per maand af maar voor 1 april heb je de teruggaven van de belasting en krijg je een groot deel terug en als je ziek bent krijg je de eerste twee dagen niet vergoed maar dat is bij alle bedrijven zo en de rest wel en 's avonds heb ik er nog een baantje erbij ik hoef niet te werken want mijn vriend heeft ook een inkomen maar werkt wel veel zo dat we meer kunnen en thuis zitten is ook niet altijd zo leuk ik kreeg in het begin ook geen vast contract maar dacht ook kan gewoon proberen alfahulp te worden en het bevalt me goed”

Bron: thuiszorg.prikpagina.nl

Vrijheid om het werk op eigen manier in te richten

Flexibele krachten hebben meer vrijheid het werk op hun eigen manier in te richten dan werknemers in loondienst. ZZP'ers hebben geen hiërarchische relatie met de werkgever en hebben daardoor meer vrijheid om het werk inhoudelijk volgens eigen normen uit te voeren. Alle vormen van flexibele arbeid brengen meer vrijheid met zich mee bij het kiezen van de werktijden (Ellingson e.a. 1998, Tan e.a. 2002). Verder noemen flexibele krachten afwisseling en variatie als positieve aspecten van het flexibele contract (Ellingson e.a. 1998, Houkes en Aerts 2009). Als nadeel staat daartegenover dat er minder contact is met collega's (Groot e.a. 2003, Houkes en Aerts 2009).

Voor ZZP'ers in de thuiszorg is de vrijheid om het werk volgens de eigen normen uit te voeren het belangrijkste voordeel van het ZZP-schap. De meeste ZZP'ers hebben eerst in loondienst gewerkt. Nu zij als ZZP'er werken hebben zij meer tijd voor hun klanten en ervaren ze minder tijdsdruk. Onvrede met de wijze waarop ze hun werk moesten doen toen ze in loondienst werkten was een belangrijke drijfveer om ZZP'er te worden. Verder is een belangrijk voordeel dat ze hun eigen tijd kunnen indelen, waardoor ze arbeid en zorg voor het gezin beter kunnen combineren. Ook werknemers in dienst van een PGB-houder noemen dit als voordeel. In onderstaande tabel geven we antwoorden weer op enkele stellingen die door ZZP'ers in de thuiszorg, werknemers in loondienst van een PGB-houder en reguliere werknemers bij een thuiszorginstelling zijn beantwoord.

Tabel 4.2 Tevredenheid met aspecten van het werk: % dat het eens is met de stelling

	ZZP'er verpleging en verzorging	ZZP'er kraamzorg	Werknemers in dienst van PGB- houder	Werknemer bij reguliere instelling
Ik heb voldoende invloed op de inhoud van mijn werk	79	90	82	74
Ik heb voldoende tijd voor mijn cliënten	96	98	81	49
Ik werk onder hoge tijdsdruk	7	5	6	31
Ik kan zelf mijn werktempo bepalen	80	82	85	42
Ik kan mijn werktijden goed laten aansluiten bij mijn thuissituatie	92	95	94	77

Bron: Groot e.a. 2003

Ook de ZZP'ers in ziekenhuizen noemen de invloed op de inhoud van het werk en het zelf kunnen kiezen van de werktijden een voordeel van het contract. Zo is het mogelijk om als ZZP'erer je alleen bezig te houden met de directe zorg voor patiënten en niet met andere, meer organisatorische taken die bij het werk van een verpleegkundige komen kijken. Veel ZZP'ers doen dit dan ook. ZZP'ers kunnen ervoor kiezen om geen nachtdiensten te draaien en niet met feestdagen te werken. Volgens een aantal P&O-functionarissen en bemiddelaars moet dit beeld van absolute vrijheid wel enigszins gerelativeerd worden. Geheel vrij in het bepalen van hun werktijden en werkinhoud zijn ook de meeste ZZP'ers niet. Ze zijn afhankelijk van wanneer en voor welke taken een ziekenhuis hen nodig heeft en van wat voor gaten er in de roosters zitten.

Voor gedetacheerden geldt dat zij in dienst zijn bij een detachingsbureau. Dit betekent dat zij tegenover dat bureau ook de verplichting hebben om werk op zich te nemen. Zo kan het gebeuren dat gedetacheerden worden geplaatst in een ziekenhuis ver buiten de regio. Voor de rest spelen ook dezelfde voordelen als bij ZZP'ers. Gedetacheerden hebben een betere onderhandelingsbasis dan werknemers in loondienst om alleen inhoudelijk werk te doen en te werken op tijden die hen schikken (Houkes en Aerts 2009).

4.3 De keuze voor een flexibel contract

Flexibele krachten in de thuiszorg kiezen vooral voor flexibiliteit uit onvrede met het werken in loondienst. ZZP'ers kunnen het werk op hun eigen manier inrichten, waardoor ze meer tijd hebben voor de cliënt en minder werkdruk ervaren. Ook een belangrijk argument is dat ze meer mogelijkheden hebben om werk en zorg thuis te combineren. Slechts 10% van ZZP'ers met een verpleegkundige en verzorgende functie en 2% van de kraamverzorgsters geeft aan voor het ZZP-schap te hebben gekozen omdat ze geen baan in loondienst kon vinden. Vooral oudere respondenten zeggen dat ze weinig kans hebben op een vaste baan. Voor sommigen is het ZZP-schap een manier om te herintreden in het arbeidsproces. 16% van de verplegende en verzorgende ZZP'ers geeft dit als motief voor het ZZP-schap (Groot e.a. 2003). Ook voorkomt het ZZP-schap dat mensen uittreden uit het arbeidsproces. Doordat zij het werk nu op hun eigen manier kunnen doen zijn zij niet afgeknapt op het werk en blijven zij behouden voor de arbeidsmarkt (Groot e.a. 2003).

Voor andere vormen van flexibele arbeid is vaker sprake van een gedwongen keuze. Vanwege hevige concurrentie op de thuiszorgmarkt ligt meer de nadruk op efficiëntie. Thuishulpen en

verzorgingshulp worden dan ook bij verloop vervangen door goedkopere alfahulp. Bovendien is er sprake van een verandering in het aantrekken en contracteren van personeel: er worden minder vaste contracten aangeboden. De contracten die wél aangeboden worden, zijn vaker van tijdelijke of flexibele aard. (Van der Velde e.a. 2007, Van der Windt e a. 2008). Ook worden huishoudelijk verzorgenden voor de keus gesteld om óf middels een scholingsprogramma door te stromen naar de functie van verzorgende óf alfahulp te worden.⁷ Een alfahulpcontract heeft voor de helpende weinig voordelen boven een vast contract. Het netto loon is mogelijk iets hoger doordat er minder wordt ingehouden. Daar staat tegenover dat de alfahulp alleen verzekerd is voor de eerste zes weken ziekte (behalve de eerste twee dagen), en niet voor langer durende ziekte en werkloosheid. Ook heeft de alfahulp niet meer de vrijheid het werk te doen op de eigen manier.

ZZP'ers en gedetacheerden in de ziekenhuiszorg kiezen vooral een flexibel contract vanwege financiële overwegingen. Op die manier kunnen zij meer verdienen. Omdat zij weinig risico lopen zonder werk te komen, vanwege het tekort in specifieke functies, lopen zij weinig risico. Detachering heeft voor velen de voorkeur boven het ZZP-schap omdat zij dan verzekerd zijn voor inkomensverlies bij ziekte en arbeidsongeschiktheid. Voor de ZZP'ers en gedetacheerden in de ziekenhuizen geldt niet dat dit nieuw arbeidsaanbod uitlokt. De keuze wordt nooit gemaakt omdat ze geen baan in loondienst konden vinden. Wel kan het zijn dat er enkele verpleegkundigen worden behouden voor de arbeidsmarkt, omdat zij meer zeggenschap hebben over hun uren en werkzaamheden (Houkes en Aerts 2009).

In zijn algemeenheid geldt dat wanneer sprake is van een vrijwillige keuze tussen een flexibel contract en een vast contract dit een positief effect heeft op het arbeidsaanbod. Het biedt potentiële toetreders en potentiële uitreders meer mogelijkheden om een contract te kiezen dat bij hen past. De voordelen van dat contract zijn dan per definitie groter dan de voordelen van een contract in loondienst. Bij een gedwongen keuze geldt dit niet. Beperking van de keuzemogelijkheden zal het arbeidsaanbod verminderen.

⁷ Zorgvisie dd 13 maart 2009, “Zeshonderd medewerkers STMG boventallig”

5 Voor- en nadelen vanuit het perspectief van de vrager

5.1 Inleiding

Op de vraagzijde van de arbeidsmarkt zijn binnen de zorg naast de reguliere zorginstellingen als ziekenhuizen, GGZ, verpleeg- en verzorgingstehuizen en thuiszorginstellingen, ook houders van een Persoonsgebonden Budget (PGB) actief.

Bij de keuze voor flexibele arbeidskrachten boven het aangaan van vaste dienstbetrekkingen, spelen bij de vrager een aantal zaken een rol namelijk:

Transactiekosten

Loonkosten

Risico en motivatiekosten

Bij ieder van deze punten zal de vrager nagaan of er sprake is van een voor- of nadeel bij de inzet van flexibele arbeid. Als de voordelen zwaarder wegen dan de nadelen, zal zijn keus voor de inzet van flexibele arbeid vrijwillig zijn. In het omgekeerde geval zal hij liever kiezen voor het in dienst nemen van werknemers. Wanneer het echter voor de arbeidskracht aantrekkelijk is flexibel te werken en deze alle macht in handen heeft, zal de vrager zich gedwongen zien gebruik te maken van flexibele arbeid. In de volgende paragraaf gaan we in op de voor- en nadelen die vragers van flexibele krachten in de praktijk ervaren.

5.2 Voor en nadelen

Transactiekosten

Hoe complexer de opdracht, hoe gespecialiseerder de vaardigheden die nodig zijn de klus te klaren hoe hoger de transactiekosten die gepaard gaan met het inhuren van een externe arbeidskracht. Onder transactiekosten verstaan we niet alleen materiële zaken. Het kan ook de tijd zijn die moet worden gestoken in het bekend maken van de arbeidskracht binnen de organisatie. Externe krachten zijn vaak minder betrokken bij de organisatie. Wanneer simpele opdrachten moeten worden uitgevoerd is dit geen probleem. Het ligt echter anders als de opdrachten complex van aard zijn. In zo'n geval zal een organisatie liever de arbeidskracht in dienst willen nemen. Uit interviews met ziekenhuizen komt naar voren dat gedetacheerden en ZZP'ers vaak onbekend zijn met de manier van werken binnen ziekenhuizen. Voor het goed uitvoeren van hun taken moeten ze vertrouwd raken met de werkwijze van het ziekenhuis. Inwerken vergt veel tijd van zittend personeel terwijl daarbij ook nog eens onzeker is hoe lang de externe krachten blijven. Transactiekosten zijn dus erg hoog. Voor ziekenhuizen geldt dan ook dat ze liever mensen in loondienst nemen. Als we kijken naar de thuiszorg, dan zien we dat binding met de organisatie minder vereist is. De arbeidskracht voert relatief simpele opdrachten uit voor de cliënt die weinig tot geen inwerking vereisen. Daarnaast kan de cliënt de arbeidskracht goed zelf monitoren. Transactiekosten voor de thuiszorginstelling zijn dan ook laag, waardoor de keuze voor externe arbeidskrachten aantrekkelijk is.

Loonkosten

De hoogte van de loonkosten voor de werkgever is afhankelijk van de gekozen flexibele arbeidsvorm. Gedetacheerden verdienen ongeveer 15% meer dan werknemers in loondienst, maar de arbeidskosten voor de ziekenhuizen zijn ongeveer 2 keer zo hoog als voor werknemers in loondienst. Dit komt omdat het detacheringsbureau een opslag rekent van ca 70% bovenop het loon om de sociale lasten, BTW en de kosten van het bureau te betalen. Daarbovenop komt nog een winstmarge voor het detacheringsbureau van ca 25% (Houkes en Aerts 2009). Voor ZZP'ers geldt dat de kosten 1,5 keer zo hoog zijn. Bij de thuiszorg zijn alfahulpverleners juist goedkoper dan arbeidskrachten in loondienst van de thuiszorginstelling. Oproepkrachten zijn in loondienst van de organisatie, maar omdat ze op oproepbasis werken zijn ze goedkoper dan werknemers met een normale dienstbetrekking. Ze bieden de nodige flexibiliteit bij ziekte en verlof van werknemers in loondienst.

Risico en motivatiekosten

Door het inhuren van externe flexibiliteit wordt het risico op vraagnitval en slechte prestaties verschoven van de werkgever naar de flexibele arbeidskracht. Het risico van verlies van inkomen bij ziekte en arbeidsongeschiktheid verschuift naar ZZP'ers en uitzendkrachten en in zekere mate alfahulpverleners. Hierdoor is er minder verzuim. Binnen de thuiszorg is dit goed zichtbaar. ZZP'ers en werknemers in dienst van PGB-houders missen minder vaak een dag werk dan werknemers in loondienst van thuiszorginstellingen, zie onderstaande tabel.

Tabel 5.9 Verzuim in verband met ziekte, in %

	ZZP'er verpleging en verzorging	ZZP'er kraamzorg	Werknemers in dienst van PGB- houder	Werknemer bij reguliere instelling
Geen enkele dag	56	59	72	31
1 t/m 5 dagen	29	20	16	37
6 t/m 10 dagen	5	2	3	11
11 t/m 15 dagen	3	2	3	5
16 t/m 20 dagen	2	5	0	3
Meer dan 20 dagen	6	12	6	14

Bron: Groot e.a. 2003

Bij gedetacheerden wordt het risico van loondoorbetaling bij ziekte en arbeidsongeschiktheid verschoven naar het detacheringsbureau of uitzendbureau. Omdat de werkgever vrij makkelijk van de gedetacheerde af kan en het detacheringsbureau kan besluiten minder gebruik te maken van de gedetacheerde kracht, zouden zij toch meer gemotiveerd moeten zijn hun werk goed te doen. Uit de praktijk blijkt echter dat de motivatie van gedetacheerden en ZZP'ers in ziekenhuizen als minder wordt beoordeeld dan die van vaste werknemers. Gedetacheerden en ZZP'ers doen binnen ziekenhuizen alleen het werk wat ze leuk vinden en ze nemen weinig initiatief extra werk op te pakken. Als oorzaak hiervan voeren ze loyaliteit aan. De loyaliteit tussen werknemer en werkgever is veel groter dan die tussen externe en werkgever. Die hogere loyaliteit zorgt voor meer motivatie, aldus de werkgevers (Houkes en Aerts 2009). Dit spoot niet met de theorie dat doordat externen meer risico lopen dan werknemers in loondienst, zij productiever zouden moeten zijn. Mogelijk lopen de externen zo weinig risico op werkloosheid, omdat hun arbeidsmarktpositie zo sterk is, dat dit argument niet opgaat. De oorzaak kan ook liggen in de transactiekosten: de prestaties van de ZZP'er of gedetacheerde kunnen niet goed gespecificeerd worden, waardoor in het contract niet de prestaties maar de inzet moet worden

vastgelegd. Dit kan niet tot in detail worden uitgeschreven, om ervoor te zorgen dat ze alle werkzaamheden doen die werknemers in loondienst ook doen. De flexibele krachten doen alleen de werkzaamheden die in het contract staan, en geen werkzaamheden daarbuiten. In het contract staan alleen de directe werkzaamheden, en niet de indirecte werkzaamheden, zoals het schrijven van protocollen.

Het risico van vraaguitval speelt niet bij de ziekenhuizen. Ziekenhuizen hebben er dus geen voordeel van dit risico te verschuiven naar de arbeidskracht. In de thuiszorg is dit wel een voordeel voor de thuiszorginstelling. Doordat de concurrentie tussen thuiszorginstellingen groot is lopen thuiszorginstellingen meer risico klanten te verliezen aan concurrenten. Met een flexibel personeelsbestand kunnen deze wisselingen makkelijker worden opgevangen.

Ziekenhuizen hebben wel behoefte aan flexibele inzet van personeel om ziekte en verlof op te vangen. Hiervoor gebruiken zij het liefst oproepkrachten. Deze zijn veel goedkoper dan zelfstandigen en gedetacheerden. Zij kunnen hiermee hun behoefte aan flexibiliteit volledig dekken. Oproepkrachten werken soms voor meerdere ziekenhuizen (in flexpools). Voordeel voor de ziekenhuizen is dat deze krachten ook weten hoe het in andere ziekenhuizen toegaat en deze kennis overdragen (Houkes en Aerts 2009).

5.3 Keuze voor flexibele contracten

Ziekenhuizen kiezen voor ZZP'ers en gedetacheerde werknemers uitsluitend omdat ze geen werknemers in loondienst kunnen krijgen. ZZP'ers en gedetacheerde werknemers hebben alleen maar nadelen voor het ziekenhuis. Ze zijn veel duurder dan werknemers in loondienst, ze zijn minder gemotiveerd. Daarbij komt dat ze een negatieve invloed hebben op de rest van het personeel omdat die het werk doen wat ZZP'ers en gedetacheerden laten liggen. Daartegenover staan geen voordelen in de vorm van snelle aanpassing van de kosten als er sprake is van vraaguitval. Het gevolg voor de ziekenhuizen is alleen dat de zorg duurder wordt. Voor ziekenhuizen is het werken met oproepkrachten wel voordelig. Deze kunnen ziekte en verlof van vaste krachten opvangen.

In de thuiszorg wordt bewust gekozen voor flexibele contracten. Deze hebben grote voordelen voor thuiszorgorganisaties en PGB-houders. Het ziekteverzuim is aanzienlijk minder onder flexibele krachten. ZZP'ers en werknemers in dienst van de PGB-houder hebben meer tijd voor de cliënt dan werknemers in loondienst van een reguliere zorginstelling. Voor thuiszorginstellingen zijn flexibele krachten gunstig omdat ze het risico van vraaguitval opvangen en bovendien goedkoper zijn.

6 Gevolgen, knelpunten en witte vlekken

Gevolgen

Het werken met flexibele krachten in de thuiszorg betekent dat de zorg goedkoper wordt. De kwaliteit lijdt er vermoedelijk niet onder. Flexibele krachten nemen meer tijd voor de cliënt en zijn minder vaak ziek. Voor zover de keuze voor een flexibel of vast contract in vrijheid gemaakt wordt leidt het werken met flexibele contracten tot een groter arbeidsaanbod. Voor het ongeschoolde huishoudelijke werk wordt het arbeidsaanbod momenteel mogelijk beperkt doordat vaak alleen alfhulpcontracten worden aangeboden. Kennelijk levert dat tot nu toe nog geen tekort aan arbeidskrachten op, anders zouden thuiszorginstellingen immers gedwongen worden andere contracten aan te bieden om aan de vraag te voldoen.

Voor de ziekenhuiszorg betekent het werken met externe flexibele krachten dat de zorg duurder wordt. Het komt de kwaliteit niet ten goede omdat externe krachten minder goed zijn ingewerkt en minder loyaal zijn aan het ziekenhuis. Het werken met interne flexibele krachten is wel voordelig voor het ziekenhuis. De gevolgen voor het arbeidsaanbod zijn gering. Mogelijk dat er enkele arbeidskrachten behouden blijven voor de zorg omdat de externe flexibele krachten meer zeggenschap hebben over hun uren en werkzaamheden.

Knelpunten

In de thuiszorg is er (nog) geen reden het aanbod van flexibele contracten te beperken. Er is in de thuiszorg een groot aanbod van vrouwen die willen werken en liever een hoger netto loon ontvangen dan premies afdragen voor sociale zekerheid. Zij willen vrijheid in de inrichting van werkwijze en werktijden, maar ze willen geen zelfstandig ondernemer zijn. Velen werken tot volle tevredenheid via een bemiddelingsbureau. In feite verschilt hun positie daardoor niet met die van werknemers. Het bemiddelingsbureau zorgt voor de klanten en deelt het werk in. Alleen worden er voor hen geen sociale verzekeringspremies afgedragen. Deze vorm van werken voorziet in een behoefte, maar de rechtspositie is nog steeds niet goed geregeld. De constructie dat ze door de Belastingdienst als zelfstandigen worden gezien is oneigenlijk, het zijn geen zelfstandige ondernemers. Reguliere thuiszorginstellingen, die concurreren met de bemiddelingsbureaus, hebben terecht bezwaar gemaakt tegen het convenant tussen de Belastingdienst en de bemiddelingsbureaus. De reguliere thuiszorginstellingen zijn immers wel verplicht om sociale lasten af te dragen en de thuiszorginstellingen niet. Een oplossing voor dit probleem hebben we niet.

In de ziekenhuiszorg is er wel reden de inzet van externe flexibele krachten te beperken. Oorzaak voor het inzetten van flexibele krachten is het tekort aan personeel mede als gevolg van een tekort aan opleidingsplaatsen. De wijze waarop dit nu gefinancierd is roept free rider gedrag op. Als ziekenhuizen niet opleiden zijn ze individueel op korte termijn beter af, omdat ze de kosten van de opleiding besparen. Op iets langere termijn ontstaan daardoor tekorten, waardoor ze meer moeten betalen om mensen aan te trekken. Ze zijn dan collectief slechter af. Free rider gedrag kan worden voorkomen door alle ziekenhuizen verplicht te laten betalen aan een opleidingsfonds, ook als ze niet opleiden. De NVZ (Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen), NFU (Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra) en het ministerie van VWS zijn

momenteel de mogelijkheden voor de organisatie van een opleidingsfonds aan het inventariseren.⁸

Witte vlekken

Dit onderzoek is voor een groot deel gebaseerd op onderzoeken naar ZZP'ers, gedetacheerde werknemers en werknemers in dienst van een PGB-houder. We hebben weinig informatie over alfahulpverleners. Welke voor- en nadelen ervaren zij ten opzichte van werken in loondienst van een instelling? Verder hebben we weinig informatie over oproepkrachten. In hoeverre maken zij een vrijwillige keuze, en wat zijn de voor- en nadelen van oproepcontracten? Verder weten we meer van de thuiszorg en de ziekenhuiszorg dan van flexibele arbeid in de overige branches in de zorg (gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg en verpleeg- en verzorgingshuizen).

⁸ Zorgvisie, 13 februari 2009, "NVZ wil opleidingsfonds verpleegkundigen"

Literatuur

- Coase, R.H. (1937). The nature of the firm. *Economica*, vol 4, iss 16, p. 386-405
- Ellingson, J., Gruys, M. & Sackett, P. (1998). Factor related to the satisfaction and performance of temporary employees. *Journal of applied psychology* 83(6): 913-921
- Grapperhaus, F. & Jansen, M. (1999). *De uitzendovereenkomst*. Deventer: Kluwer.
- Groot, I., Kok, L. & Aerts, M. (2003). *Zorgverleners zonder zekerheid*.
- Hartog J., .A. Ferrer-i-Carbonell & N.Jonker (2002). Linking Measured Risk Aversion to Individual Characteristics, *KYKLOS*, Vol. 55 – 2002 – Fasc. 1, 3–26, Januar 2002
- Houkes, A en M. Aerts (2009). *Inzet zelfstandigen in ziekenhuizen*: Amsterdam: SEO Economisch Onderzoek/UvA
- Kwartel, A. van der, Velde, F. van der, Windt, W. van der (2008). *Arbeid in zorg en welzijn 2008*. Utrecht: Prismant.
- Kwartel, A. van der, Paardekooper, P., Velde, F. van der, Windt, W. van der (2007). *Arbeid in zorg en welzijn 2007*. Utrecht: Prismant.
- Poel, P., Tijmsmans, N., Wit, P. & Rij, C. van (2008). *Effecten van marktwerking op arbeidsvoorwaarden in 12 sectoren*. Amsterdam: Regioplan.
- Ramakers, C., Graauw, K. de, Sombekke, E., Vierke, H., Doesborgh, J. & Woldringh, C. (2007). *Evaluatie persoonsgebonden budget nieuwe stijl 2005-2006*
- Tan, H. & Tan, C. (2002). Temporary employees in Singapore: What drives them? *The journal of psychology* 1: 83-102.
- Vroonhof, P., Tissing, H., Swaters, M., Bruins, A. & Davelaar, E. (2008). *Zelfstandigen zonder personeel*. Zoetermeer: EIM en Bureau Bartels.
- Windt, W. van der, Smeets, R. & Arnold, E. (2008). *Regiomarge 2008. De arbeidsmarkt van verpleegkundigen, verzorgenden en sociaalagogen 2008-2012*. Utrecht: Prismant.
- Wilthagen, A., Grim, R. & Liempt, van A. (2006). *Flexibilisering arbeidsmarkt stagneert*. ESB
- Zijl, M., Berkhout, E., Korteweg, J., Sol, E. & Aerst, M. (2003). *Uitzendwerk en conjunctuur. Motieven van werkgevers en de gevolgen voor de samenloop met conjunctuur*. Amsterdam: SEO en HSI.

Bijlage A Standaard beroepenclassificatie

In het onderzoek is gebruikgemaakt van beroepsgroepen ingedeeld op grond van de standaard beroepenclassificatie 1992 (SBC). De SBC is een classificatie van beroepen op grond van niveau en richting van de benodigde bekwaamheden om het beroep uit te oefenen en de combinatie van de (maximaal 3) belangrijkste werksoorten. De beroepsgroep refereert aan de eerste drie cijfers van de classificatie (CBS Statline). Onderstaand is de systematische lijst van beroepen voor beroepsgroepen met SBC 292, 372, 492, 495, 572, 692 en 772 toegevoegd.

292	LAGERE (PARA)MEDISCHE BEROEPEN
29201	ambulancechauffeur (excl. verpleegkundige)
29202	leerling-verpleegkundige a en b
29203	ambulancebegeleider (excl. verpleegkundige); leerling-kraamverzorger
29501	verpleeghulp; leerling-ziekenverzorgende
372	LAGERE ALGEMEEN VERZORGENDE BEROEPEN ED
28501	steward, passagiersschip, bus, trein
37201	assistent peuterwerker
37202	huishoudster, butler, valet
37203	kelner, serveerster
37204	hoofd linnenkamer hotel, inrichting, schip
37205	hulpkok, keukenassistent (koken en schoonmaken)
37206	huishoudhulp in inrichting, tehuis
37207	kok (lager)
37208	alfahulp; gezinshulp, bejaardenverzorgende thuiszorg, inrichtingsassistente (lager)
37209	leerling-verpleegkundige z, kinderverzorgende particulieren; crècheleidster, bejaardenverzorgende, zwakzinnigenverzorgende (lager)
37210	manicure, pedicure, kappershulp, schoonheidsmasseur sauna
37211	hulp in de particuliere huishouding
492	MIDDELBARE ALGEMENE (PARA)MEDISCHE BEROEPEN
49201	ambulancechauffeur/-verpleegkundige
49202	doktersassistent
49203	dierenartsassistent
49204	chiropractor-, kruidendokter, magnetiseur, osteopaat
49205	verbandmeester, fysiotherapieassistent, leerling-verloskundige
49206	operatieassistent
49207	sociaal, sociaalpsychiatrisch verpleegkundige
49208	ambulanceverpleegkundige; verpleegkundige (psychiatrisch) ziekenhuis (middelbaar)
49209	kraamverzorgende
49210	arbeidstherapeut (middelbaar)
49211	keurmeester vee en vlees

495	MIDDELBARE VERZORGEND-(PARA)MEDISCHE BEROEPEN
49501	ziekenverzorgende
49502	sociotherapeut (incl. leerling)
692	HOGERE ALGEMENE, VERZORGENDE (PARA)MEDISCHE BEROEPEN
69201	districtsverpleegkundige; beleidsmedewerker, beleidsambtenaar gezondheidszorg (hoger)
69202	bedrijfsverpleegkundige
69203	mondhygiënist, verloskundige, homeopaat (excl. arts)
69204	anesthesieassistent
69205	fysiotherapeut, bewegingstherapeut, akoepedist, logopedist, orthoptist
69206	wijk-, school-, particulier verpleegkundige; verpleegkundige ziekenhuis (hoger)
69207	arbeids-, bezigheids-, creatief, muziek-, speltherapeut (hoger)
69208	controleur veeartsenijkundige dienst, farmacie
69209	hoofdverpleegkundige ambulancedienst
69210	hoofdverpleegkundige ziekenhuis
69501	diëtist



seo economisch onderzoek

Roetersstraat 29 . 1018 WB Amsterdam . T (+31) 20 525 16 30 . F (+31) 20 525 16 86 . www.seo.nl