

Maatschappelijk ondernemen in de zorg

Achtergrondnota

Drs. K. Putters
Erasmus Universiteit Rotterdam
Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg
Bestuurskunde, Centrum voor Publiek Management

Achtergrondnota geschreven in opdracht van de Raad
voor de Volksgezondheid en Zorg bij het RVZ-advies
Tussen markt en overheid

Zoetermeer, december 1998

Inhoudsopgave

Samenvatting	5
1 Inleiding	15
1.1 Probleemanalyse	15
1.2 Vraagstelling in deze studie	16
1.3 Opbouw van het rapport	17
2 De context van sturing in en van de zorg	19
2.1 De bestuurlijke orde van de Nederlandse gezondheidszorg	19
2.2 Sturingsconcepties in de zorg	24
2.3 Het specifieke van sturing van gezondheidszorg: publiek, privaat en professioneel	30
3 Publiek, privaat en professioneel in de zorg	33
3.1 Inleiding: de drie P's	33
3.2 Publiek domein en privaat domein: twee gescheiden werelden?	33
3.3 Zorg en professie: zorgverlening in een vervlochten sector met professioneel karakter	43
3.4 Verklaringen voor publiek-private vervechting en hybriditeit	47
3.5 Meerwaarden van vervechting en hybriditeit	50
3.6 Beperkingen en risico's van vervechting en hybriditeit	54
3.7 Balans of botsing tussen de drie P's?	56
4 Spanningsvelden bij sturing in de zorg nader bezien	58
4.1 Inleiding	58
4.2 Spanningsveld: legitimiteit	58
4.3 Spanningsveld: bevoegdheden en verantwoordelijkheden	60
4.4 'Performance': spanningen rond het functioneren en presteren	64
4.5 Toezicht en controle: verantwoording voor handelen	68
4.6 Naar meervoudige sturing	72
5 Maatschappelijk ondernemen in de zorg	74
5.1 Maatschappelijk ondernemen: meervoudigheid als uitgangspunt	74
5.2 Sturing: maatschappelijk ondernemerschap in de gezondheidszorg	77
5.3 Maatschappelijk ondernemerschap: verbindend bestuur?	86

6	Maatschappelijk ondernemen bij de aanpak van wachtlijsten	88
6.1	Wachtlijsten en omzeilende initiatieven in de zorg	88
6.2	Wachtlijsten: publieke, private en professionele belangen	90
6.3	Spanningsvelden bij de besturing van de wachtlijstproblematiek	95
6.4	Maatschappelijk ondernemen en wachtlijsten	98
6.5	Wat levert maatschappelijk ondernemen bij de wachtlijstproblematiek op?	102

Bijlagen

1	Actoren in de gezondheidszorg	107
2	Commissie-Dekker: enkele punten	111
3	Recente rapporten over sturing in de zorg	113
4	Publiek-privaat: kort internationaal	115
5	Lijst van afkortingen	117
6	Literatuur	119

Samenvatting

Met betrekking tot de toekomstige besturing van de gezondheidszorg spreekt het tweede paarse kabinet een voorkeur uit voor 'maatschappelijk ondernemen'. Het Regeerakkoord stelt omtrent de rol van organisaties in de zorg het volgende: *'Zorginstellingen en zorgverzekeraars stellen zich op als maatschappelijke ondernemingen: private organisaties die op een maatschappelijk verantwoorde wijze publieke taken uitvoeren.'* (Tweede Kamer, 1998). Het citaat verwijst naar een belangrijk kenmerk van de besturing van de zorgsector, namelijk de vermenging van principes uit het private en publieke domein om publieke doelen te realiseren. Dit rapport stelt daarbij de volgende vragen:

- Welke uitingsvorm hebben vervlechting en hybriditeit in de zorgsector en wat zijn de verklaringen daarvoor?
- In hoeverre zijn de specifieke bestuurlijke condities in de gezondheidszorg van belang voor de wijze van besturing van de sector?
- Welk type sturing past, uitgaande van de bestuurlijke praktijk, bij het Nederlandse stelsel van gezondheidszorg?
- Is 'maatschappelijk ondernemen' een geschikt sturingsconcept in de zorgsector?

Regeerakkoord: maatschappelijk ondernemen in de zorg

Vraagstelling in deze studie

Om op deze vragen een antwoord te vinden zijn de volgende zaken bestudeerd:

- De algemene randvoorwaarden bij de sturing van de zorg.
- De specifieke bestuurlijke kenmerken van de Nederlandse gezondheidszorg.
- De meerwaarden en risico's/spanningen die bij de huidige wijze van (be)sturing in de zorg naar voren komen.
- De wijze van besturing die deze meerwaarden benut en die de spanningen/risico's beteugelt.

In deze studie is een 'van-buiten-naar-binnen-benadering' gehanteerd. Vanuit de context van de zorgsector komen we met de analyse terecht bij de organisaties in de zorg en de spanningsvelden die vragen om besturing.

Van-buiten-naar-binnen-benadering

Context van sturing: publiek, privaat en professioneel

De Nederlandse gezondheidszorg kent drie dominante aspecten: haar publieke, private en professionele karakter. De gezondheidszorg is een semi-collectief goed,

- dat particulier wordt uitgevoerd en gefaciliteerd,
- collectief wordt gefinancierd (verzekeringenstelsel),

Kernaspecten van het Nederlandse zorgsysteem:

- particuliere uitvoering
- collectieve financiering

Maatschappelijk ondernemen in de zorg

- waarbij er een hoge mate van overheidsverantwoordelijkheid is, maar weinig overheidsmacht om deze af te dwingen,
 - waarbij er sprake is van de professionele autonomie van de beroepsgroep,
 - waarbij de solidariteit tussen gezonden en niet gezonden, werkenden en niet werkenden, hoge inkomens en lage inkomens een belangrijk uitgangspunt is en
 - waarbij er steeds sprake is van de verdeling van schaarste.
- Als we een precies beeld willen krijgen van de verhoudingen tussen de publieke, private en professionele aspecten, dan is het zinvol om in de analyse te differentiëren naar verschillende afhankelijkheidsrelaties op deelmarkten (aanbieder-verzekeraar; patiënt-verzekeraar; verschillende aanbieders) en in deelsectoren (bijvoorbeeld de ziekenhuiszorg of thuiszorg). De verschillende belangen op deze 'markten' botsen regelmatig met elkaar. Er is sprake van een aaneenschakeling van beleidsnetwerken, waarbij actoren in verschillende bestuurlijke situaties van elkaar afhankelijk zijn voor hun doelbereiking en er pluriformiteit van doelen en belangen bestaat. Waardoor worden de verhoudingen in deze netwerken bepaald?

- veel overheidsverantwoordelijkheid
- professionele autonomie
- solidariteit
- verdeling schaarste
- Aaneenschakeling van beleidsnetwerken: steeds met publiek, privaat en professioneel

Vervlechting en hybriditeit in de zorg

Vervlechting gaat over het gezamenlijk opereren van publieke en private actoren in organisatorische en bestuurlijke arrangementen om hun doelen te bereiken. In de zorg gaat het daarbij om zorgaanbieders, zorgverzekeraars, beroepsbeoefenaren en de overheid. Ten behoeve van de besturing van een sector vindt er afstemming van de verschillende doelen en belangen plaats en formuleren de partijen gezamenlijke doelen. De partijen werken samen om die doelen te realiseren. Bij hybriditeit is er sprake van de 'gespleten persoonlijkheid' van een organisatie/instelling. Daarmee wordt bedoeld dat de organisatie zowel publieke als private doelen, middelen en belangen heeft. Ze heeft daardoor te maken met divergerende waardeoriëntaties, aansturingsmechanismen, en verantwoordingsstructuren richting/vanuit zowel de markt, de overheid als het particulier initiatief. Voor het beoordelen en meten van het functioneren en presteren van deze organisaties bestaan verschillende (soms tegenstrijdige) 'performance criteria'.

- Vervlechting
- Hybriditeit

Er is in de gezondheidszorg een omvangrijk 'tussengebied' van beleidsnetwerken waarin sprake is van vervlechting en hybriditeit. De belangrijkste verklaringen daarvoor zijn:

- In de organisatie, financiering en uitvoering van het 'goed'

- Verklaringen voor vervlechting en hybriditeit:
- eigen verantwoordelijkheid van Maatschappelijk ondernemen in de zorg

<p>gezondheidszorg in Nederland zijn de publieke, private en professionele betrokkenheid terug te vinden. De historische en ideologisch-religieuze context van bestuurlijke tradities zijn hierbij een belangrijke verklaring (eigen verantwoordelijkheid van particulier initiatief; subsidiariteit; soevereiniteit in eigen kring).</p>	<p>privaat initiatief</p>
<p>- De overheid is verantwoordelijk voor de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg, maar kan dat niet waarmaken zonder hulp van de particuliere sector. Aan de markt kan de overheid de zorg, gezien haar verantwoordelijkheden, niet geheel overlaten. De overheid is voor de uitvoering en financiering van de zorg praktisch altijd van het private initiatief afhankelijk. Het particulier initiatief is van de overheid afhankelijk voor onder meer gelden, vergunningen en toewijzigingen. Het publieke belang is verankerd in de private uitvoering van de zorg. De sterke wederzijdse afhankelijkheden leiden tot samenwerking en zijn een belangrijke verklaring voor vervlechting.</p>	<p>- sterke wederzijdse afhankelijkheden</p>
<p>- De aard van het goed 'gezondheidszorg': gezond en zorg kent zowel een sterk individualistische op de private persoon gerichte component, een collectieve op solidariteits- en gemeenschapsgevoel gebaseerde component en een professionele op deskundigheid gebaseerde component. Organisaties in de zorg richten zich zowel op de zorgbehoeften (marktorientatie), als de toegankelijkheid en betaalbaarheid van hun voorzieningen (publieke oriëntatie) en op de professionele eisen die aan deze voorzieningen worden gesteld (professionele oriëntatie). Dit maakt dergelijke organisaties hybride in oriëntatie, verantwoording en aansturing.</p>	<p>- aard van het goed 'zorg'</p>
<p><i>Voordelen van hybriditeit en vervlechting</i></p>	
<p>Vervlechting en hybriditeit hebben voor de gezondheidszorg een aantal meerwaarden/voordelen ten opzichte van een strikte oriëntatie op de markt of op de overheid:</p>	<p>Voordelen vervlechting/hybriditeit:</p>
<p>1. Communicatie, overleg en besluitvorming tussen overheid, veld en markt zorgen voor een wisselwerking en voor samenwerking. Bij hybride organisaties vergroot de wisselwerking tussen een markt- en een taakorientatie het reactievermogen en leervermogen van die organisaties.</p>	<p>- communicatie en overleg</p>
<p>2. Professionaliteit (medische deskundigheid) bevindt zich binnen het particulier initiatief en blijft gewaarborgd en tot op zekere hoogte onafhankelijk van overheid en markt (autonomie).</p>	<p>- waarborg professionele autonomie</p>
<p>3. Overcommercialisering en bureaucratisering worden voorkomen, terwijl er ruimte blijft voor innovatie, creativiteit en</p>	<p>- geen overcommercialisering en tegengaan bureaucratisering</p>
	<p>Maatschappelijk ondernemen in de zorg</p>

- er waarborgen zijn voor gelijkheid en toegankelijkheid.
4. De eigen verantwoordelijkheid (en het aanspreken daarop) van maatschappelijke actoren en organisaties vormt een buffer tegen sociale en politieke spanningen. - eigen verantwoordelijkheid
 5. Flexibiliteit en doelmatigheid worden bevorderd, terwijl medische, bedrijfsmatige en macro-economische doelmatigheid tegen elkaar kunnen worden afgewogen. - stimuleren flexibiliteit en doelmatigheid
 6. Mede-verantwoordelijkheid van private actoren bevordert draagvlakvergroting voor beleid en management. - draagvlakvergroting

Risico's/gevaren van vervaechting en hybriditeit

Hybride organisaties en publiek-private arrangementen moeten aan vele en soms tegenstrijdige eisen voldoen om deze voordelen te behalen. Het is lastig tegelijk aan eisen van doelmatigheid én gelijkheid én toegankelijkheid van zorgverlening te voldoen. Concurrentie en marktwerking verdragen zich slecht met de beperkte mogelijkheden (door onder meer regelgeving) van zorgaanbieders om hun capaciteit te vergroten en winsten te maken. Er is een spanning tussen het nog heersende centralistische denken over wet- en regelgeving, de 'grijze' productie-afspraken, prikkels voor marktwerking en de emancipatie van het veld. De spanningen hebben betrekking op:

- De aard van bevoegdheden en verantwoordelijkheden. Publiek-private organisaties/arrangementen hebben met een pluri-forme bevoegdheden- en verantwoordingsstructuur te maken, omdat ze deze deels ontlenden aan het publieke domein en deels aan het private domein: bevoegdheden ten aanzien van de publieke functie (bijvoorbeeld capaciteit, prijsstelling), ten aanzien van de professionele deskundigheid en ten aanzien van een privaat of groepsbelang. Voor bepaalde taken vindt de verantwoording plaats naar de professie, de overheid, de maatschappij en/of de 'markt'. Als verantwoordelijkheden worden verlegd, maar als de bevoegdheden daarmee niet corresponderen dan komt de effectieve en legitieme taakuitoefening in het gedrang. Dat geldt ook wanneer verschillende taken en verantwoordelijkheden elkaar tegenspreken (wie moet wat doen?). - tegenstrijdige takenpakketten en bevoegdheden en het ontbreken van regie

- Het functioneren en presteren van hybride organisaties en publiek-private arrangementen. Wat mag er van de publiek-private organisatie verwacht worden, c.q. wat wordt er van die organisatie verwacht? Hoe beoordelen we de prestaties van die organisaties? Op medisch-ethisch gebied - onduidelijke en tegenstrijdige

Maatschappelijk ondernemen in de zorg

bestaan andere maatstaven dan op het terrein van de economische doelmatigheid of de sociale rechtvaardigheid. De eisen die worden gesteld botsen soms met elkaar. maatstaven voor handelen

➤ Het toezicht op de effectiviteit en legitimiteit van organisaties in de zorg.

Dit richt zich op de besteding van publieke middelen, professionele zorgverlening, juridische rechtmatigheid, (on)eerlijke concurrentie en politieke correctheid van handelen (meervoudig toezicht). Bij tegenstrijdige controlestandaarden ontstaan er spanningen rond het functioneren en presteren van hybride organisaties en sectoren. Bijvoorbeeld als instellingen naar creatieve en innovatieve oplossingen moeten zoeken, maar door richtlijnen/toezicht rond de financiering en uitvoering daarbij belemmerd worden.

- vele controlestandaarden en toezichtsmechanismen zorgen voor onduidelijkheid over wat effectief en legitiem handelen is

Draagvlak voor beleid, management en sturing zijn in de zorg belangrijk vanwege de vele uiteenlopende belangen en doelen van actoren. Via meervoudige verantwoording en legitimatie over prestaties kan naar het noodzakelijke draagvlak gezocht worden. Als echter niet duidelijk is hoe verantwoordelijkheden zijn verdeeld, waar draagvlak voor beleid en management te vinden is, wie op welke wijze het functioneren van organisaties beoordeelt, en op welke terreinen toezicht op het handelen wordt gehouden, ontstaat een chaotische bestuurlijke situatie. Dit heeft risico's voor een effectief en legitiem functioneren en presteren van deze organisaties, omdat het de voordelen van vervlechting en hybriditeit bedreigt. Om dit te voorkomen heeft soms de markt en soms de overheid een meer/minder dominante rol in de sturing van de zorg. Er is stuurmanskunst van de partijen nodig om de voordelen van vervlechting te benutten en te voorkomen dat ze verloren gaan. Hoe werkt dat uit in de huidige bestuurlijke praktijk?

Er is stuurmanskunst nodig om de voordelen te benutten en risico's tegen te gaan

Maatschappelijk ondernemen in de zorg

Een maatschappelijke onderneming is 'een particuliere, niet op winst gerichte organisatie, die poogt met collectieve en private middelen publieke doelen te realiseren, en daarbij principes uit het bedrijfsleven gebruikt, zoals innovatie, marktgericht werken en bedrijfsrisico lopen'. De sleutel tot het vermogen om met de geschetste risico's van vervlechting en hybriditeit om te gaan ligt besloten in de pluriformiteit in de gezondheidszorg. Enerzijds is deze de oorzaak van spanningen, anderzijds reikt het de potentie aan om die spanningen te beteugelen. Doordat een hybride organisatie steeds moet reageren op impulsen vanuit de markt, de overheid, de maatschappij, en vanuit de professie, past

Bedrijfsmatigheid en marktgerichtheid in een publiek kader

Maatschappelijk ondernemen in de zorg

zij zich voortdurend aan zich wijzigende omstandigheden aan. De hybride organisatie werkt aan een legitiem en effectief compromis tussen al deze eisen en belangen. Als instellingen een dergelijk compromis realiseren dan kan een stabiele organisatie ontstaan. Lukt dit niet dan ontstaan de geschetste problemen. 'Maatschappelijk ondernemerschap' is een aantrekkelijk bestuurlijk concept, omdat het de mix van publiek, privaat en professioneel tot uitgangspunt neemt en handvatten biedt om de spanningen die daaruit voortkomen hanteerbaar te maken.

Een legitiem en effectief compromis tussen de 3 P's

Maatschappelijk ondernemen in de zorg krijgt een uitwerking op de verschillende bestuurniveaus:

- Op het *macroniveau* vervult de overheid een responsieve, stimulerende en verbindende rol tussen partijen. Dat betekent een overheid die de grenzen van het publieke domein aangeeft, regels stelt aangaande verantwoording en legitimiteit, het gesprek met andere betrokkenen organiseert en tegenstellingen tracht te overbruggen. De rol van de politiek is de fundamentele keuzen in de zorg te maken en de Minister te controleren en aan te spreken op (de hoofdlijnen van) haar beleid. De overheid claimt niet de dominante positie zoals bij hiërarchische sturing en ook de zelfsturing van de markt is niet overheersend. Maatschappelijk ondernemerschap vindt een middenweg door ruimte te laten voor ondernemingszin, maar regie aan te brengen inzake de door alle partijen gedeelde maatschappelijke taken en verantwoordelijkheden. Momenteel lopen zorgaanbieders en zorgverzekeraars aan tegen tegenstrijdige overheidsregels (strikte regels versus flexibiliteit). In overleg met het private veld kunnen tegenstrijdigheden worden weggenomen in een convenant of zorgakkoord (RVZ-advies Besturen in overleg, 1998). Samenwerking en overleg vinden plaats rond de spelregels bij de financiering, de uitvoering, het toezicht (onder meer rond de reikwijdte en wijze van het toezicht door COTG, ZFr en CTU) en bijvoorbeeld de arbeidsomstandigheden. Het resultaat is een kader van maatstaven en regels voor samenwerking, toetreding tot markten en verantwoordingsmechanismen. Keurmerken, akkoorden, kwaliteitscriteria en normen/codes voor behoorlijk bestuur zijn instrumenten daarbij.
- Op het *mesoniveau* van besturing is een beroep op de maatschappelijke verantwoordelijkheden van organisaties de kern van maatschappelijk ondernemen. Organisaties en instellingen vergroten de transparantie in de bedrijfsvoering door de publicatie van financiële en sociale jaarverslagen, door het opstarten van informatiseringsprocessen om wachtlijsten te

Maatschappelijk ondernemen op macroniveau vraagt om een responsieve overheid, ...

... politieke keuzen

... en een kader van afspraken en regels

Transparantie, toezicht en trust op organisatieniveau

Maatschappelijk ondernemen in de zorg

registreren en interne productieprocessen doelmatiger in te richten en door het hanteren van normen voor proces- en netwerkmanagement. Transparantie in de interne bedrijfsvoering en het externe management is nodig om verantwoording af te leggen over het effectief (en flexibel) reageren op de behoeften op de markt, het stimuleren van zorgvernieuwing, het werken aan bedrijfsmatigheid, alsmede voor de toetsing van prestaties aan publieke doelstellingen van toegankelijkheid, gelijkheid, kwaliteit, solidariteit en betaalbaarheid.

- Op het *microniveau* van de manager/ondernemer helpen gedragscodes en profielsen bij het verwezenlijken van maatschappelijk ondernemerschap. Managers hebben verscheidene rollen, bijvoorbeeld: klokkenluider en netwerkmanager. De klokkenluider kaart maatschappelijke problemen aan en de netwerkmanager onderhoudt relaties en bemiddelt tussen actoren in het netwerk. Elk van de rollen die de manager vervult vraagt om een profiel en handvatten om de rol effectief en legitiem in te vullen. Profielen zijn nodig omdat de vraag legitiem is of van managers verwacht mag worden dat zij de deskundigheid hebben om maatschappelijk ondernemerschap in de praktijk te brengen.

Gedragscodes en profielen op het niveau van het management: klokkenluider, netwerkmanager

Maatschappelijk ondernemen houdt in dat er aandacht bestaat voor de spanningsvelden van hybriditeit en vervlechting door middel van de volgende activiteiten:

- De heldere verdeling van bevoegdheden tussen besturingsniveaus en op (deel)terreinen in de zorg.
- Daarbij passende (democratische) verantwoordingsmechanismen.
- Regels omtrent de toetreding tot markten en deelmarkten.
- Criteria/maatstaven voor handelwijzen van organisaties in verschillende situaties.
- Afspraken en regels over de wijze van toezicht en controle op de inzet van publieke middelen en de uitvoering van taken.
- De discussie aangaan en organiseren over de ministeriële verantwoordelijkheid in de zorg.
- Het maken van macro-afspraken in samenspraak met betrokkenen (bv. in een zorgakkoord).
- Het formuleren van politieke visies (geen blauwdrukken) over de toekomst van de zorg.
- Het bevorderen van transparantie, openheid en vertrouwen in bestuurlijke relaties door bijvoorbeeld informatisering, proces- en netwerkmanagement en het ontwikkelen van gedragscodes.

Maatschappelijk ondernemen in de zorg

Belangrijke condities bij maatschappelijk ondernemerschap zijn (naast de verbinding tussen de drie P's) de drie T's: transparantie, toezicht en 'trust'. Voor openheid over het handelen, presteren en de besluitvorming is vertrouwen tussen de partijen noodzakelijk. Transparantie helpt op zich ook bij het vergroten van het vertrouwen in de effectieve en legitieme uitoefening van taken. Daarbij is de organisatie van een effectief toezicht op het naleven van afspraken en regels noodzakelijk. Door het toezicht te differentiëren naar verschillende activiteiten van maatschappelijk ondernemen op verschillende besturingsniveaus worden de risico's van vervlechting en hybriditeit gespreid en beter hanteerbaar (en te bestrijden).

De 3 T's zijn de belangrijke condities bij effectief en legitiem maatschappelijk ondernemen

Spreiding van risico's

Conclusie

Vervlechting en hybriditeit doen zich in de zorg doen voor op verschillende besturingsniveaus: een mix van publieke, private en professionele actoren en belangen spelen een rol binnen beleidsnetwerken. De specifieke bestuurlijke randvoorwaarden in de zorg, met name de sterke wederzijdse afhankelijkheden tussen de drie P's, zijn een belangrijke verklaring voor de praktijk van de besturing. De vervlechting heeft voordelen voor een effectieve en legitieme wijze van besturing, maar zorgt ook voor spanningen. Maatschappelijk ondernemen in de zorg biedt op verschillende besturingsniveaus handvatten om de spanningen hanteerbaar te maken, zodat de voordelen van vervlechting en hybriditeit benut kunnen worden. Bij maatschappelijk ondernemen maakt men gebruik van ondernemingszin, innovatie, creativiteit en loopt men bedrijfsrisico's, om publieke doelen van solidariteit, toegankelijkheid, betaalbaarheid en gelijkheid te realiseren. Belangrijke randvoorwaarden voor het succes van maatschappelijk ondernemen in de zorg zijn transparantie, toezicht en trust, alsmede de samenhang van activiteiten op de verschillende besturingsniveaus.

1 Inleiding

1.1 Probleemanalyse

De RVZ adviseert met het project Aanbodregulering en marktwerking de minister van VWS over sturing in de gezondheidszorg. Deze achtergrondstudie bij het project past binnen de volgende twee vragen uit het projectplan van de RVZ:

Project Aanbodregulering en marktwerking

- Op welke wijze kunnen de begrippen aanbodregulering en marktwerking zinvol worden gedefinieerd binnen de gezondheidszorg en uit welke elementen bestaan deze begrippen?
- Hoe zou de verhouding tussen aanbodregulering en marktwerking zich kunnen en moeten ontwikkelen en welke rol dient de rijksoverheid daarbij te spelen?

In het verlengde van deze studie wordt getracht een aanzet te geven voor de beantwoording van de volgende vraag:

- Is een aanzet voor een operationeel beleidsparadigma voor de komende jaren mogelijk?

Deze vragen worden in het advies aan de Minister beantwoord. De opdracht in deze achtergrondstudie was uiteen te leggen wat de publieke en private aspecten van sturing in en van de zorgsector zijn en welke gevolgen ze hebben voor het functioneren van de sector. Zo mogelijk moest de studie bijdragen aan de verdieping van het 'maatschappelijk ondernemerschap' als sturingsconcept in de zorg.

De doelstelling van de literatuurstudie is inzichten te verwerven vanuit de bestuurskundige theorie over de (aan)sturing van publiek-private organisaties en sectoren. Het concept 'maatschappelijk ondernemerschap' krijgt verdere verdieping en verankering in de discussie rond aanbodregulering en marktwerking in de Nederlandse gezondheidszorg. In 1996 heeft de RVZ een rapport uitgebracht getiteld Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming, waarin het maatschappelijk ondernemerschap werd neergezet. Latere rapporten van de RVZ bouwen daarop voort, bijvoorbeeld de rapporten Verzekeraars op de zorgmarkt en Besturen in overleg (RVZ, 1998).

Studie naar de (aan-)sturing van publiekprivate sectoren en organisaties

Aanleiding voor de studie

Sturing in en van de gezondheidszorg is de laatste jaren sterk gericht op decentralisatie, deregulering en kostenbeheersing. De behoeften van de patiënt staan daarbij centraal. Bedrijfsmatige en marktprincipes worden meer gemeengoed in de zorgsector om flexibel daarop in te spelen. Toch is de gezondheidszorg een collectieve sector die een collectief goed voortbrengt. Dit gebeurt

Veranderingen in publiekprivate verhoudingen door meer markt-

weliswaar met een voornamelijk private uitvoering. De gezondheidszorg bevindt zich, uitgaande van de aard van het 'goed', in het publieke domein. Gezondheidszorg is gericht op de collectiviteit. Dit staat nog los van overheidsverantwoordelijkheden of institutionele structuren die daarmee verband houden. In de Nederlandse situatie is er een belangrijke overheidsverantwoordelijkheid die institutioneel verankerd is.

gerichtheid, bedrijfsmatigheid en decentralisatie

We hanteren een pragmatisch uitgangspunt ten aanzien van de bestuurlijke orde. We gaan uit van de bestaande hybriditeit en vervlechting tussen publieke, private en professionele actoren en belangen die we in de zorg constateren. Niet vanuit een dogmatisch of ideologisch perspectief op de juistheid van vervlechting in bestaande institutionele verbanden, maar vanuit een pragmatisch perspectief op de praktijk van de besturing. De praktijk is weerbarstiger dan een dichotomie tussen publiek en privaat en tussen de markt en de overheid doet suggereren. De vervlechting is tot op heden, in de praktijk van besturing in de Nederlandse gezondheidszorg, altijd aanwezig. De grenzen van het publieke domein in de gezondheidszorg staan wel meer onder druk. De bestuurlijke verhoudingen kunnen daardoor fundamentele veranderingen ondergaan. Treedt de overheid verder terug of juist niet; krijgt de commercie meer ruimte of juist niet; krijgt de eigen verantwoordelijkheid van individuen en groepen in de samenleving meer nadruk of juist niet? De vraag is hoe dynamisch de bestuurlijke orde is om op de aangegeven ontwikkelingen in te spelen. Deze vragen vormen de aanleiding voor deze studie.

De studie gaat uit van de bestaande praktijk van besturing in de zorg

Hoe dynamisch is de bestuurlijke orde in de zorgsector?

1.2 Vraagstelling in deze studie

In het licht van het bovenstaande stellen we in dit rapport de volgende vragen:

- Welke uitingsvorm hebben vervlechting en hybriditeit in de zorgsector en wat zijn de verklaringen daarvoor?
- In hoeverre zijn de specifieke bestuurlijke condities in de gezondheidszorg van belang voor de wijze van besturing van de sector?
- Welk type sturing past, uitgaande van de bestuurlijke praktijk, bij het Nederlandse stelsel van gezondheidszorg?
- Is 'maatschappelijk ondernemen' een geschikt sturingsconcept voor de zorgsector?

Bij de eerste vraag gaat het om de bestaansredenen van publiek-private organisaties in de Nederlandse gezondheidszorg. Er

Wat zijn de bestaansredenen van vervlechting en hybriditeit?

Maatschappelijk ondernemen in de zorg

worden in dit boek verklaringen gegeven voor het bestaan van de publiek-private mix in de besturing, financiering en uitvoering van de zorg. Bij de tweede vraag staan de randvoorwaarden voor sturing centraal in de publiek-private zorgsector. Daarbij komen de dilemma's, spanningen en meerwaarden/ voordelen van vervechting en hybriditeit aan de orde. Bij de derde en vierde vraag gaan we in op het sturingsconcept 'maatschappelijk ondernemen' als manier om de spanningen hanteerbaar te maken die het gevolg zijn van hybriditeit en vervechting.

Wat zijn de randvoorwaarden voor sturing?
Welke voordelen en risico's leveren vervechting en hybriditeit op?
Is maatschappelijk ondernemen een geschikt concept?

1.3 Opbouw van het rapport

Het onderliggende rapport schetst de thematiek in vijf stappen. In de hoofdstukken 2 t/m 5 worden de gestelde vragen beantwoord. Hoofdstuk 6 geeft een illustratie van de bruikbaarheid van het concept 'maatschappelijk ondernemen' in de praktijk van de besturing. We hanteren daarbij een 'van-buiten-naar-binnen-benadering'.

- Allereerst analyseren we het eigen karakter van sturing van gezondheidszorg: de institutionele verankering van de uitvoering, financiering en besturing van de Nederlandse gezondheidszorg binnen de bestuurlijke en maatschappelijke context. De sturingsconcepten die in de afgelopen decennia in de zorg werden gehanteerd passeren de revue. De relaties tussen de zorgsector en de omgeving staan centraal (hoofdstuk 2).
- Vervolgens staan de begrippen vervechting en hybriditeit centraal en wordt ingegaan op enkele verklaringen voor het bestaan van hybride organisaties en publiek-private sectoren. Daarbij komen zowel de meerwaarden als de risico's van vervechting aan bod (hoofdstuk 3).
- De spanningsvelden bij publiek-private vervechting en hybriditeit worden onder de loep genomen. Hoe zit het bijvoorbeeld met de legitimiteit van publiek-private besturing en hoe met de prestaties van hybride organisaties? Op welke wijze vindt het toezicht op de handelwijzen van dergelijke organisaties plaats? (hoofdstuk 4).
- Maatschappelijk ondernemerschap is een sturingsconcept tussen door de overheid gedomineerde aanbodregulering en vrije marktwerking. Het neemt de huidige bestuurlijke praktijk als vertrekpunt. Bekeken wordt op welke wijze maatschappelijk ondernemen in de zorg ertoe leidt dat met de gesignaleerde spanningsvelden bij de besturing van de zorg kan worden omgegaan (hoofdstuk 5).

- In hoofdstuk 6 lichten we de voorgaande hoofdstukken toe aan de hand van een belangrijk onderdeel in de besturing van de zorg: de sturing van de wachtlijstproblematiek. Wat levert maatschappelijk ondernemen daar op?

2 De context van sturing in en van de zorg

De identiteit van de zorgsector komt naar voren in de aard van het 'goed' gezondheidszorg en de relatie van de zorgsector met de omgeving. De omgeving stelt vele eisen aan de gezondheidszorg. Om inzicht te verkrijgen in de dynamiek van de bestuurlijke orde komen in dit hoofdstuk de fundamentele en het functioneren van de Nederlandse gezondheidszorg, alsmede de sturingsconcepties die in de laatste decennia zijn gehanteerd, aan de orde. In dit hoofdstuk wordt daarmee de vraag beantwoord naar het eigen karakter van de besturing van de zorg.

2.1 De bestuurlijke orde van de Nederlandse gezondheidszorg

Fundamentele voor besturing

De bestuurlijke orde van de Nederlandse gezondheidszorg kenmerkt zich door een mengeling van publieke, private en professionele waardeoriëntaties. Dit heeft gevolgen voor het handelen van actoren in de zorg en het heeft consequenties voor de sturing van de zorg. We noemen de volgende kenmerken van de bestuurlijke orde (Van der Grinten, 1996; 1997):

- Sterke hang naar pluriformiteit en pragmatiek en een daarmee samenhangende behoefte om de inrichting en uitvoering van de gezondheidszorg zoveel mogelijk buiten de politieke, maar binnen de maatschappelijke en professionele invloed te houden. Pluriformiteit en pragmatiek,
- De grote constitutionele verantwoordelijkheid van de overheid voor de toegankelijkheid, doelmatigheid en kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg. Echter, de overheid is niet voldoende geëquipeerd en gelegitimeerd om deze verantwoordelijkheid zelfstandig waar te maken. ... de beperkte overheidsmacht
- Solidariteit tussen inkomens en zieken en gezonden is in de Nederlandse context altijd een belangrijker uitgangspunt geweest voor gelijke toegang tot een professionele behandeling dan de individuele weerbaarheid van mensen. ... en een hoge mate van solidariteit

Deze kenmerken domineren de financiering, uitvoering en besturing van de gezondheidszorg. De sturing van de gezondheidszorg is op deze terreinen afhankelijk van het samenstel en samenspel van wederzijds afhankelijke actoren. Dit samenspel vindt plaats in netwerken. De netwerkbenadering legt de nadruk op deze interdependenties ten aanzien van bijvoorbeeld

... zorgen voor sterke interdependenties in beleidsnetwerken

Maatschappelijk ondernemen in de zorg

geld, deskundigheid, draagvlak voor beleid en medewerking aan de uitvoering ervan tussen de overheid en het veld. Cruciaal zijn - naast de wederzijdse afhankelijkheid- de pluriformiteit, de geslotenheid en de duurzaamheid in en van de relaties (Hanf en Scharpf, 1978; Rhodes, 1990; Kickert, Klijn en Koppenjan, 1997). De *pluriformiteit* heeft betrekking op de verschillende publieke, private en professionele waarden en belangen in zorgnetwerken. Deze komen later in dit rapport aan de orde. De *geslotenheid* doelt op de spanning tussen het open zijn naar elkaar toe om te kunnen onderhandelen (over bijvoorbeeld toekomstig beleid) aan de ene kant en het zich niet geheel bloot willen en kunnen geven aan de andere kant. De *duurzaamheid* betreft het empirische gegeven dat zorgaanbieders, professionals, zorgverzekeraars en de overheid op de lange (en korte) termijn van elkaar afhankelijk zijn en daardoor duurzame relaties met elkaar aangaan. Dit wordt toegelicht aan de hand van drie domeinen van sturing: financiering, uitvoering en besturing.

Kenmerken van beleidsnetwerken zijn:

- pluriformiteit
- duurzaamheid
- interdependenties
- geslotenheid

Financiering van de Nederlandse gezondheidszorg

De financieringsstructuren verklaren deels de afhankelijkheden in de zorg en de mengeling van publieke en private doelen, waarden en normen. De financiering van de gezondheidszorg in Nederland kent twee hoofdelementen. Aan de ene kant is er sprake van een sociaal deel en aan de andere kant van een particulier deel. Met het sociale deel bedoelen we de door de overheid en het particulier initiatief afgesproken 'buffer' tegen een te ver doorschietende commercialisering van de zorg.

De financiering van de zorg kent een hoge mate van vervlechting

Commercialisering bemoeilijkt het behoud van fundamentele waarden in de zorg zoals solidariteit, gelijkheid en een rechtvaardige inkomensverdeling. De partijen betalen premies om de basiszorg te bekostigen. De Ziekenfondswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten zijn hier de financieringsmechanismen. Het particuliere deel moet een te grote bemoeienis van de overheid tegengaan. Dit vergroot de kans op bureaucrativering en bureaupolitiek, en vormt daarmee een gevaar voor ondernemingszin, innovatievermogen en creativiteit bij het particulier initiatief.

Particulieren verzekeren zichzelf tegen ziekten en ongezondheid. De overheid komt daar niet verder aan te pas dan het stellen van randvoorwaarden voor bijvoorbeeld de gelijke behandeling en betaalbaarheid. We noemen dit een gemengd verzekeringssysteem, waarbij de afhankelijkheden tussen publieke en private actoren, doelen en belangen inherent zijn. Het huidige stelsel is volgens Van der Grinten een 'typisch Nederlands

Overheid stelt de randvoorwaarden

Het Nederlandse zorgstelsel is een

Maatschappelijk ondernemen in de zorg

compromis tussen een breed toegankelijke socialistische staatszorg, christelijke solidariteit en een liberale op eigen betaling gebaseerde gezondheidszorg' (De Bruine en Schut, 1990, Van Mierlo, 1991; Van der Grinten, 1995; 1997).

compromis

De pluriformiteit en diversiteit in de beleidsnetwerken van de gezondheidszorg vragen om onderhandeling en compromisvorming. Daarbij past niet het opleggen van een blauwdruk. De hindermacht van actoren blijkt steeds te groot voor eenzijdige sturing van de financiering door de overheid of de markt (Van der Grinten, 1990; Hemerijck, 1992; Hemerijck en Verhagen, 1994; Immergut, 1996). De financiering van de zorg is steeds een compromis geweest tussen de verschillende belangen (wellicht met uitzondering van de door de Duitse bezetter opgelegde Ziekenfondswet in de Tweede Wereldoorlog). De wederzijdse afhankelijkheid in het financieringsnetwerk is groot. Allerlei herstructureringsplannen wilden de financieringsstructuur van het compromiskarakter ontdoen. Zo zijn er bijvoorbeeld plannen geweest voor een basisverzekering en voor vergaande overheidsregulering (ook op financieel gebied), en ook plannen voor veel marktwerking (zie verder).

Doordat partijen hindermacht hebben, is onderhandeling en compromisvorming noodzakelijk

Op dit moment zijn in de financiering belangrijke delen van eerdere plannen in de gezondheidszorg wel gerealiseerd. Er zijn momenteel drie compartimenten:

De compartimentering weerspiegelt de sterke wederzijdse afhankelijkheden tussen publieke, private en professionele partijen:

- In het eerste compartiment valt de langdurige en onverzekerbare zorg, welke door de AWBZ (regionale verbindingskantoren) wordt gefinancierd en via het ordeningsprincipe van aanbodregulering wordt geordend. We zouden dit als soort van 'volksverzekering' kunnen betitelen.
- In het tweede compartiment valt de curatieve, noodzakelijke zorg, welke middels een verplichte verzekering (ziekenfonds/particulier) wordt gefinancierd en volgens het principe van gereguleerde concurrentie is geordend. Hier zien we dat het systeem toegroeit naar een convergentie tussen particuliere verzekering en ziekenfondsverzekering. Hier is (gereguleerde) concurrentie ingevoerd.
- In het derde compartiment valt de goedkope en niet-noodzakelijke zorg, welke door middel van vrijwillige verzekering (ziekenfonds/particulier) wordt bekostigd en middels de onge-reguleerde concurrentie wordt geordend (volgens het vrije marktprincipe) (Van der Grinten en Schut, 1995).

- aanbodregulering
- gereguleerde concurrentie
- marktwerking

In dit model is een evenwicht tot stand gebracht tussen bekostiging en regulering door de overheid, de 'markt' en het privaat initiatief.

Maatschappelijk ondernemen in de zorg

De randvoorwaarden voor sturing in de zorg, gesteld door de financieringsstructuur, zijn:

- De overheid bepaalt in overleg met het veld de wijze van financiering door middel van wetgeving en regelgeving.
- De praktijk van de financieringsstructuur in de gezondheidszorg is weerbarstig en heeft een incrementeel karakter.
- Er zijn steeds coalities van wederzijds afhankelijke actoren noodzakelijk en deze bezitten verschillende maten van 'hindermacht'.
- Doelmatigheid, maatwerk, kostenbeheersing, onder voorbehoud van solidariteit, gelijkheid, toegankelijkheid en kwaliteit.
- Verdeling van opgelegde schaarste aan middelen en voorzieningen.
- Verzekeraars zitten in een sleutelpositie met betrekking tot de financiering en uitvoering van zorg binnen de beleidsnetwerken van de gezondheidszorg.
- Het financieringssysteem draagt bij aan de balans tussen het publieke, private en professionele domein van de zorg, en daarmee aan de balans tussen de vele belangen en doelen van actoren.

Randvoorwaarden voor sturing vanuit de financieringsstructuur bezien

Uitvoering en besturing van gezondheidszorg in Nederland

De uitvoering van zorg vindt grotendeels plaats in zelfstandige particuliere organen. De professionele autonomie van beroepsbeoefenaren is daarbinnen groot. Deze zorgt voor een grote mate van organisationele autonomie van het particulier initiatief. De medisch-specialist heeft financieel, professioneel en organisatorisch een autonome positie in het ziekenhuis. Het ziekenhuismanagement is bij haar 'bedrijfsvoering' afhankelijk van de inzet en uitvoering van taken door de medisch-specialisten (Klazinga, 1996). De overheid is voor de adequate aanwending van collectieve middelen dus niet alleen van particuliere zorgaanbieders afhankelijk, maar ook van de verhoudingen tussen zorgaanbieders en beroepsbeoefenaren. Het professionele management in het ziekenhuis is in de afgelopen jaren, mede onder druk van de overheid, meer geïntegreerd geraakt in de ziekenhuisorganisatie.

De randvoorwaarden die de uitvoering van de gezondheidszorg stelt voor de sturing van zorg zijn:

- De professionele en organisationele autonomie van beroepsbeoefenaren.
- De toenemende integratie van de professionals binnen het

Randvoorwaarden voor sturing vanuit de uitvoering van zorg bezien

Maatschappelijk ondernemen in de zorg

- instellingsmanagement.
- De afhankelijkheid van actoren in de uitvoeringsnetwerken van de professionele uitvoering van zorg.
 - De dubbelrol van particuliere branche-organisaties (koepels) impliceert verantwoordingslijnen richting de overheid én richting de achterban. De dubbelrol is wel sterk veranderd (zie verder).
 - De aard van het 'goed' gezondheidszorg vraagt om een belangrijke en verankerde rol van professionals bij de uitvoering van zorg en tevens om waarborgen voor de solidariteit, toegankelijkheid, betaalbaarheid en doelmatigheid in en van de zorg (zie hoofdstuk 3).

Uit de genoemde randvoorwaarden voor de financiering en uitvoering van de zorg komen de volgende centrale condities voor de besturing van de zorg steeds weer naar voren (Van der Grinten, 1995; 1997):

- Particuliere uitvoering van de zorg.
- Collectieve financiering via een verzekeringstelsel.
- Veel overheidsverantwoordelijkheid en weinig overheidsmacht (sterke wederzijdse afhankelijkheden).
- Professionele autonomie van de beroepsgroep.

De actoren die steeds betrokken zijn bij de financiering, uitvoering en besturing van de zorg zijn de overheden, zorgaanbieders (instellingen) en hun koepelorganisaties, professionals in de zorg, zorgverzekeraars en hun overkoepelende organisaties, consumenten en patiënten, uitvoerings- en toezichtsorganen van de overheid (bijvoorbeeld het COTG) en adviesorganen (bijvoorbeeld de Ziekenfondsraad en de RVZ). In de bijlagen is een overzicht van de belangrijkste actoren gegeven (bijlage 1). Nieuwe actoren, zoals werkgevers, arbodiensten, woningbouwcorporaties, zorgboerderijen, banken en investeerders, betreden steeds vaker de zorgmarkt en maken het geheel nog complexer en meer dynamisch. De randvoorwaarden voor sturing die hierboven worden genoemd op de terreinen van de financiering, uitvoering en besturing van de zorg, tonen een sterke mate van vervlechting tussen publieke, private en professionele actoren en belangen in de zorgsector.

Nieuwe betreders van de arena in de zorgsector

Hoe stuur je deze duurzame, pluriforme en interdependente relaties in de beleidsnetwerken van de zorgsector in een veranderende context, en/of hoe sturen ze zichzelf? Een blik in de historie helpt ons verder.

2.2 Sturingsconcepties in de zorg

De ontwikkeling van de besturing van de samenleving (en van de zorg) laat een golfbeweging zien tussen markt en overheid, tussen overheidsregulering en marktwerking (Marmor, 1994; Maarse en Kerkhoff, 1995; Saltman, 1997). Een dominante nadruk op een van beide zorgt, gezien het zojuist geschetste evenwicht tussen markt en overheid, bij de uitvoering en financiering van gezondheidszorg voor spanningen. Op de spanningen gaan we later in. In vogelvlucht passeren de belangrijkste ontwikkelingen in de sturing van de zorg vanaf de jaren zeventig de revue.

Sturing van de netwerken:
golfbeweging tussen overheid en markt

Maakbaarheid van de samenleving: planning en regulering

In de periode van 1974 tot 1987 stond vooral de maakbaarheid van de samenleving centraal. Staatssecretaris Hendriks kwam met de Structuurnota en constateerde een lappendeken van zorgvoorzieningen, wildgroei, gebrekkige samenhang en ondoelmatigheid. De oplossing lag volgens Hendriks in regionalisatie (territoriale decentralisatie) en echelonnering (functionele decentralisatie: onderscheid eerste en tweede lijn) (Hendriks, 1974). De regio stond centraal als organisatorisch geïntegreerde eenheid en als coördinatie- en beheersinstrumentarium. De besturingsniveaus moesten op regioniveau samenhangend en gepland samenwerken, gestructureerd door overleg. Dit werd neergelegd in een wettelijk instrumentarium, dat naast zorginhoudelijke overwegingen voor het regelen van het aanbod en de financiering van de zorg, ook toen al in belangrijke mate in het licht van kostenbeheersing tot stand kwam. De wettelijke maatregelen waren bedoeld om de toegankelijkheid van de zorg, de kwaliteit en de doelmatigheid te sturen.

Jaren zeventig:
- planning
- regulering

Samenwerking op basis van wet- en regelgeving

De Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV) regelde dat de overheid de capaciteit van de intramurale sector kon beheersen via aanbodregulering. Planning was een centraal element daarbij met betrekking tot gebiedsinrichting, capaciteit in aantallen bedden en functies, behoeftenormen, bouw en verbouw. Het betrof vooral planning op regionaal niveau, waarnaast het ministerie zeggenschap behield ten aanzien van bijvoorbeeld de planning van topklinische functies. Procedures voor het verkrijgen van een vergunning voor de uitvoering van zorg en voor bijvoorbeeld bouw en verbouw (binnen het vergunningstelsel) zijn opgenomen in de WZV (Boot en Knapen, 1993). De Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) regelt de totstandkoming van de tarieven

Uitgebreid wettelijk instrumentarium

Maatschappelijk ondernemen in de zorg

van instellingen en individuele beroepsbeoefenaren. Het gaat steeds om de toedeling van menskracht en middelen. Volgens de wet onderhandelen zorgaanbieders en professionals met de zorgverzekeraars over de tarieven. Het gaat om de prijzen (honoraria, vergoedingen, verpleegtarieven, budgetten) voor verleende diensten in het kader van de Ziekenfondswet (ZFW), de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) of particuliere ziektekostenverzekeringen. Het COTG keurt de totstandgekomen tarieven goed (of niet). De overheid heeft hiervoor een richtlijnenstelsel ontwikkeld en stuurt daarmee aan (Boot en Knapen, 1993). De ZFW en de AWBZ zijn daarbij waarborgen voor de geneeskundige verzorging.

Integrale zorgverlening werd door de maakbaarheidsgedachte niet bereikt. De rol van de regio werd verschillend ingevuld al naar gelang de eigen belangen. De pluriforme machtsstructuur maakte samenhangende en gestructureerde overleg- en samenwerkingsstructuren vaak moeilijk. De prikkels voor samenwerking in de lijn van de Structuurnota waren afwezig. Door de pluriforme financieringsstructuur bestonden er geen eenduidige prikkels voor samenwerking en overleg. De financiering was per echelon of per zorgvorm anders (Grünwald en Van der Kwartel, 1996). Dit maakte dat voor de financiering en uitvoering van de zorg andere afhankelijkheden aan de orde waren, al werden wel contacten tussen de verschillende belanghebbende partijen (op regionaal niveau) gelegd. Kortom, de fundamenten van de bestuurlijke orde in de gezondheidszorg, pluriformiteit en interdependentie tussen publieke, private en professionele waarden en doelen, verdroegen zich niet goed met de planningsgedachten rond samenwerking en samenhang in de Structuurnota. De praktijk bleek weerbarstiger.

Rol van de regio in de maakbaarheidsgedachte

Marktwerking: zelfregulering en concurrentie

Na de jaren zeventig sloeg de golfbeweging over naar de andere kant van het continuum, namelijk de markt. In de periode na 1987 is intensief geworsteld met plannen en gedachten over marktwerking in de Nederlandse gezondheidszorg. Via zogenaamde gereguleerde marktwerking en zelfregulering wilde de overheid op afstand komen tot kostenbeheersing (Commissie-Dekker, 1987). Concurrentie tussen aanbieders en tussen verzekeraars zou daarbij voor de benodigde doelmatigheidswinsten zorgen. Aanbieders, verzekeraars en tevens de patienten zouden hierdoor meer macht krijgen. Dit zou via top-down sturing door de overheid niet lukken. De commissie-Dekker ging uit van de samenhang tussen en wisselwerking van het verzekeringsstelsel,

Jaren tachtig:
- zelfregulering
- concurrentie

Commissie-Dekker:
- wisselwerking verzekeringsstelsel -

Maatschappelijk ondernemen in de zorg

veranderingen aan de aanbodzijde, kwaliteit en wet- en regelgeving. Samen moesten deze tot doelmatige zorg leiden:

- Gezondheidszorg en dienstverlening moeten samenhang vertonen met de behoeften van de gebruiker (ook beleidsmatig en qua financiering).
- Overheid bewaakt kwaliteit, toegankelijkheid en bekostiging.
- Verkwisting tegengaan.
- Doelmatigheid in de zorg bevorderen door de eigen verantwoordelijkheid te benadrukken en bewustwording van de kosten van zorg en beperking van overmatige en niet noodzakelijke zorg. Vergroting van flexibiliteit is daartoe nodig.
- Versterking van de marktgerichtheid, door prikkels op de juiste plaatsen (concurrentie tussen zorgverzekeraars en tussen zorgaanbieders, waardoor doelmatiger gewerkt zou moeten gaan worden en lagere verzekeringspremies gerealiseerd zouden kunnen worden).
- Handhaving van solidariteit en rechtvaardigheid: de commissie erkende daarbij de grenzen van de marktwerking (basisverzekering voor iedereen en individueel aanvullende verzekeringen).
- Betere afstemming van vraag, aanbod, verzekeringsstelsel en wet/regelgeving door o.a. deregulering en de convergentie tussen ziekenfondsen en particuliere verzekeraars.
- Aanbod op maat door een krachtig substitutiebeleid, hetgeen betekent dat aanbod van zorg van een ongewenste naar een gewenste plaats wordt verschoven, met behoud van kwaliteit. Het doel is een veelzijdig aanbod in doelmatige vorm en op maat.

veranderingen aanbodzijde
kwaliteitsimpuls en wet- en
regelgeving

Het sturingsconcept 'marktwerking' richt zich in de zorg op de individuele relaties tussen aanbieder en verzekeraar en patiënt en verzekeraar (Lokin *et al.*, 1996; Braaksma, 1997). Deze sluiten overeenkomsten met elkaar. Samenwerking zou plaatsvinden op basis van marktprikkels. Vraagregulering zou bepalend moeten zijn en niet de aanbodregulering, waardoor ook de noodzaak van de WZV afnam. De commissie-Dekker ging van deze punten uit (zie voor een nadere uiteenzetting bijlage 2). De plannen bleken uiteindelijk politiek onhaalbaar. Partijen in het veld van de zorg bleken veel *hindermacht* te bezitten en blokkeerden de invoering van de plannen. Veel zorgverzekeraars zijn daarna relaties met ziekenfondsen aangegaan en allianties met andere verzekeraars. Er ontstond een 'markt' van collectieve contracten die niet regionaal gebonden was. Zorgaanbieders hadden steeds minder vastigheid over bijvoorbeeld hun capaciteit en tarieven. De weerbarstigheid

Samenwerking op basis van
marktprikkels

Maatschappelijk ondernemen in de zorg

van de bestuurlijke orde maakte invoering van de plannen niet integraal mogelijk, maar in de geest van marktwerking traden dus wel effecten op die ook in de volgende paragraaf zichtbaar worden. Een misverstand daarbij, waar ook de commissie-Dekker vanuit ging, is dat marktwerking op zichzelf al zal zorgen voor betere afstemming, meer doelmatigheid en lagere premies. Dat hoeft niet zo te zijn. Het zorggebruik kan toenemen, waardoor ook de kosten en de premies stijgen.

Aanbodsturing en gereguleerde marktwerking: compartimentering

Na de plannen van staatssecretaris Simons, die de plannen van de Commissie-Dekker op hoofdlijnen overnam, is een gemengd model van centrale aanbodsturing, gereguleerde marktwerking en nagenoeg vrije marktwerking verder geïnstitutionaliseerd door minister Borst. Drie aandachtspunten daarbij zijn:

- Bij het handhaven en verbeteren van de volksgezondheid staan niet alleen doelmatigheid, kostenbeheersing, kwaliteit en toegankelijkheid centraal bij beleidsvorming en aanwending van collectieve middelen, maar ook de optimale allocatie ervan tussen preventie, 'cure' en 'care' (Van der Grinten, 1995).
- De Minister koos in 1995 niet langer voor één ordeningsprincipe voor de gehele sector, maar voor aanpassingen op onderdelen. In plaats van de uitbouw van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) tot een moderne volksverzekering, zoals staatssecretaris Simons had voorgestaan, werd gekozen voor aanpassingen in de al min of meer aanwezige verzekerings-'compartimenten'. Zojuist legden we al uit waar deze compartimenten uit bestaan. Het eerste compartiment kenmerkt zich door het klassieke patroon van aanbodbeheersing door overheid en zorgverzekeraars. Het tweede compartiment door gereguleerde concurrentie. Het derde compartiment betreft de overige zorg, de aanvullende verzekeringen waarmee de overheid geen bemoeienis meer heeft. De markt krijgt binnen de daarvoor bestaande wetgeving vrij spel.
- De aanpak van de kostenbeheersing wordt niet meer gezien vanuit een enkel ordeningsprincipe voor de gehele sector. Een veelheid aan maatregelen ter beheersing van de kosten zijn gelanceerd.

Naast de compartimentering koos het eerste kabinet-Kok voor de vrijwillige convergentie tussen particuliere verzekeraars en ziekenfondsen, zorgvernieuwingsfondsen en experimenten met een persoonsgebonden budget (waarover 'zorgkantoren' zouden beschikken). Ook de regio duikt weer op in de introductie van zogenaamde regiovisies per sector en de ontwikkeling van

Compartimentering:
- aanbodregulering in eerste compartiment
- gereguleerde concurrentie in tweede compartiment
- marktwerking in derde compartiment

zorgloketten.

Over de rol van de overheid in een model van gereguleerde concurrentie stelt Schut dat geen terugtrekkende overheid past, omdat 'deze verantwoordelijk is voor het opstellen, handhaven en aanpassen van de spelregels voor concurrentie, het effectueren van risico-afhankelijke bijdragen voor verzekerden, het vaststellen van een verplicht, gestandaardiseerd basisverstekkingenpakket en het systematisch verzamelen, analyseren en verspreiden van openbaar toegankelijke informatie over de kwaliteit van zorg' (Schut, 1995). De rol van de overheid is noodzakelijk vanwege de fundamentele informatie-problemen rond vraag, aanbod, behoeften, en risico's, aldus Schut. 'Daarbij zij opgemerkt dat alle marktwerking strak overheidsoptreden vergt voor het beschermen van de belangen van ondernemer en consument, maar ook voor het tegengaan van marktconcentratie of het organiseren van countervailing power en het verbeteren van transparantie. In de gezondheidszorg leidt dit tot kwaliteitswetgeving en toezicht, wetgeving voor sociale ziektekostenverzekering en regulering van particuliere verzekering om een redelijke lastenverdeling en toegang tot de gezondheidszorg te garanderen, en tenslotte een antikartelbeleid.' (Okma, 1997; commissie-Cohen, 1997; commissie-Koopmans, 1996).

Bij gereguleerde concurrentie past geen terugtrekkende overheid ...

... in verband met de noodzaak van regels rond informatie, volume, kwaliteit, gelijkheid en toegankelijkheid

De compartimentering bestendigt de wederzijds afhankelijke relaties tussen publieke en private actoren, door het gemengde systeem van financiering waarbij de overheid een belangrijke rol vervult.

Tendensen in de jaren negentig

Er zijn in de jaren negentig een aantal belangrijke ontwikkelingen in de Nederlandse gezondheidszorg in gang gezet. Een aantal commissies en rapporten geven dit aan (Godfroij, 1993; Commissie-Biesheuvel, 1994; Commissie-Koopmans, 1996; Gerritsen en Van Linschoten, 1997; RVZ, 1996, 1998; STG, 1997). Ze behandelen de verhouding tussen markt en overheid in de ziekenhuiszorg in het bijzonder, en geven daarmee belangrijke ontwikkelingen aan voor de zorgsector als geheel. We halen op deze plaats de meest relevante punten aan uit de rapporten van de commissie-Biesheuvel (*Modernisering curatieve zorg*), de commissie-Koopmans (*Het ziekenhuis ontketend*) en de Raad voor de Volksgezondheid (*Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming; Verzekeraars op de zorgmarkt; Besturen in overleg*).

Jaren negentig:

- Commissie-Biesheuvel
- Commissie Koopmans
- Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming

Maatschappelijk ondernemen in de zorg

Voor een meer uitgebreide weergave van een aantal rapporten verwijzen we naar bijlage 3. De meest relevante ontwikkelingen en maatregelen die gevolgen hebben voor sturing in de zorg zijn:

- Het bevorderen van doelmatigheid.
- Meer samenhang en afstemming binnen ziekenhuiszorg en met andere zorglijnen (transmuralisatie).
- Meer marktwerking en concurrentie (incentives; contracteren; gereguleerde concurrentie; openheid).
- Deregulering en decentralisatie van verantwoordelijkheden naar 'zorgondernemers' (aanbieders en verzekeraars).
- Meer vrijheid van handelen voor het ziekenhuis, en de verzekeraar (maatschappelijk ondernemerschap).
- Meer centrale en regisserende rol voor ziektekostenverzekeraars (onder meer door contractrelaties).
- Nadruk op eigen verantwoordelijkheden en risico's van de partijen.
- Koppeling tussen product en prijs in de zorg: producttypering en ontwikkeling van Diagnosis Related Groups (Diagnose Behandelingscombinaties).
- Overheid schept kaders voor 'maatschappelijk ondernemerschap' (innovatie, creativiteit, doelmatigheid en flexibiliteit in een kader van maatschappelijke waarden en doelen zoals gelijkheid en solidariteit).

- Verzekeraars op de zorgmarkt
- Besturen in overleg

Het is steeds de vraag waar de golfbeweging tussen markt en overheid uitkomt, maar in het oog springen de prikkels tot meer marktgericht, concurrerend en ondernemend werken binnen een kader van maatschappelijke doelen. Het regeerakkoord van Paars II wijst daarop: *"Zorginstellingen en zorgverzekeraars stellen zich op als maatschappelijke ondernemingen: private organisaties die op een maatschappelijk verantwoorde wijze publieke taken uitvoeren"* (Tweede Kamer, 1998). Maatschappelijk ondernemen in de zorg weerspiegelt de vervaechting van publieke, private en professionele waarden, doelen en belangen (zie hoofdstuk 5).

2.3 Het specifieke van sturing van gezondheidszorg: publiek, privaat en professioneel

Drie aspecten zijn voor de identiteit van de zorgsector van belang: publiek, privaat en professioneel (de drie P's). Deze kenmerken zijn terug te vinden op de 'zorgmarkt'. Zo signaleren we in de ziekenhuiszorg de volgende kerntaken:

- het bieden van medisch-specialistische zorg en

De drie P's kenmerken de besturing van de zorgmarkt

Maatschappelijk ondernemen in de zorg

- de daarbij noodzakelijke verpleging en verzorging (RVZ, 1996). Het gaat over leven, dood, gezondheid en welzijn. Met het private belang bij gezondheid en gezondheidszorg zijn het individuele welzijn en de eigen gezondheid verbonden. Tegelijk is er een collectief belang vanuit overwegingen van solidariteit met anderen voor elkaars gezondheid en het belang van de volksgezondheid. Daarnaast hechten we vanuit zowel collectief als individueel belang waarde aan een onafhankelijke, kwalitatief hoogstaande en professionele zorgverlening (Commissie- Dunning, 1991). Het private, collectieve en professionele element zijn op de 'markt' van de zorg met elkaar verbonden, maar geven soms aanleiding tot botsingen.

Een zorginstelling is volgens de RVZ 'een onderneming die buiten de grenzen van het eigenbelang treedt' (RVZ, 1996). Waarom? De RVZ geeft een redenering hiervoor en constateert dat er geen sprake is van een gewone markt in de zorg. Bijzondere kenmerken zijn namelijk:

Er is geen gewone 'markt' voor zorgvoorzieningen

- Noodzakelijkheid van (ziekenhuis)zorg.
- Afhankelijkheid van de patiënt in levensbedreigende situaties en situaties waarin hij zich niet zelfstandig kan handhaven.
- Behoeft aan stand-by capaciteit en infrastructuur los van actuele vraag ernaar.
- Lange opleidingstijd van artsen en lange bouwtijd ziekenhuizen kunnen voor onevenwichtigheid zorgen.
- Vraag en aanbod werken niet goed. Er zijn weinig standaard-producten in de ziekenhuiszorg. De spreiding van kosten en therapieën en keuzen daarbij zijn vaak ondoorzichtig.

Vanuit deze kenmerken van de 'markt' is de betrokkenheid van zowel publieke, als private en professionele actoren bij de zorg te begrijpen. Bedrijfsmatigheid en marktwerking 'as such' zijn niet de enige mechanismen voor sturing. Beroepsbeoefenaren in de zorg moeten tot medische afwegingen kunnen komen onafhankelijk van markt en overheid. Al zijn ook hier doelmatigheid en kostenbeheersing van belang. Tegelijk draagt de overheid grondwettelijk de verantwoordelijkheid om voor iedereen gelijke zorg in gelijke situaties te garanderen. Dat maakt de organisatie van het professionele belang tegelijk een publiek belang. De bestuurlijke structuur en cultuur in de Nederlandse gezondheidszorg trachten de tegenstellingen tussen de wederzijds afhankelijke actoren te kanaliseren en accommoderen. Er is in de zorg door de ver- vlechting van belangen een groot 'tussengebied' tussen het publieke en private domein (Simon, 1995). Dit is gevuld met onder meer zorginstellingen en zorgverzekeraars. In de Nederlandse ge-

Accommodatie van tegenstellingen tussen de 3 P's

Maatschappelijk ondernemen in de zorg

zondheidszorg is het publieke belang dus verankerd binnen de private uitvoering.

Verschuivingen in de verhouding tussen de drie P's: spanningen

Er ontstaat op dit moment een veelheid van soms diffuse en veelvormige zorgvoorzieningen en -arrangementen. Veel initiatieven ontspruiten op regionaal niveau, ingegeven door strategische, beleidsmatige en zorginhoudelijke overwegingen. Er is toenemende schaarste op het terrein van bedden, bouw, vergunningen en voorzieningen en van daaruit bouwen instellingen en verzekeraars aan samenwerking in horizontale (bijvoorbeeld tussen ziekenhuizen) en verticale (transmuraal) zin. Daarnaast ontstaan zogenaamde tussenvoorzieningen (24-uurs-zorg; zotels etc.). Dit wordt de vermaatschappelijking van de zorg genoemd. De private tak in de gezondheidszorg komt ook nadrukkelijk naar voren in pogingen tot het opstarten van privé-klinieken, particuliere thuiszorgorganisaties en bedrijvenpoli's. Het aantal actoren in de zorg neemt verder toe, doordat ook werkgevers, arbodiensten en sociale diensten grotere belangen krijgen bij een snelle en doelmatige zorgverlening (door de privatisering van de Ziektewet). De besturing van de zorg wordt complexer en door de decentrale afspraken arrangementen soms ook diffuser, mede door de spanning tussen het nog heersende centralistische denken over wet- en regelgeving (bijvoorbeeld bij het toezicht), de 'grijze' productieafspraken, prikkels voor marktwerking en de emancipatie van het veld. Veldpartijen accepteren de traditionele verhoudingen niet zonder meer en geven soms de voorkeur aan regionale en lokale overeenkomsten (bijvoorbeeld Lokale Initiatieven en andere experimenten). De onduidelijkheid betreft vaak, niet in de laatste plaats door de verschillende sturingsconcepten die zijn gehanteerd, wie de regie in handen heeft. Er ontstaan situaties waarin iedereen die regie claimt. Als het kader voor zogenaamd zorgondernemerschap dus niet helder is ontstaan ongewenste ontwikkelingen onder de vlag van ondernemerschap (zoals tweedeling, ongelijke toegang).

De aard en intensiteit van de afhankelijkheden ondergaan veranderingen

De wederzijdse afhankelijkheid blijft het fundament van de besturing

Het kader voor maatschappelijk ondernemen in de zorg moet helder zijn

Hoe gaan we met deze sturingsvraagstukken om? Voor het vinden van een antwoord op deze vraag putten we empirisch uit de bestaande hybride beleidspraktijk. De historische schets die in dit hoofdstuk is gegeven, rechtvaardigt dit, omdat ze laat zien dat de hedendaagse praktijk zich kenmerkt door hybriditeit. De volgende hoofdstukken gaan in op de verhouding tussen de publieke, private en professionele domeinen en de wijze waarop we daar in de huidige beleidspraktijk mee om kunnen gaan.

Maatschappelijk ondernemen in de zorg

3 Publiek, privaat en professioneel in de zorg

3.1 Inleiding: de drie P's

Publiek-private vervlechting trekt belangstelling in discussies over het 'poldermodel', de hybride organisatie, het neocorporatisme en publiek-private samenwerking. Wat bedoelen we met de 'hybride organisatie' en 'hybriditeit'? Wat is de reden dat organisaties hybride zijn en zijn ze 'anders' dan andere organisaties? Op basis van verschillende overwegingen kunnen zowel publieke, private als hybride organisaties betrokken bij de besturing van een sector. Zo speelt een veelheid van belangen in de zorg een rol: de belangen van de volksgezondheid, de belangen van burgers met klachten, ziekten en handicaps, de macro-economische belangen (in termen van het BNP), werkgelegenheids- en inkomensbelangen, professionele belangen (medisch en technologisch), ethische belangen en politieke belangen (Van der Grinten, 1996). De besturing van dit geheel van belangen wordt gekenmerkt door drie aspecten: publiek, privaat en professioneel.

3.2 Publiek domein en privaat domein: twee gescheiden werelden?

➤ Het macroniveau: publiek domein versus privaat domein? Het onderscheid tussen het publieke en het private domein is ideaaltypisch. Het is te eenvoudig om een dichotomie aan te houden tussen de publieke en private sector of tussen de overheid en de markt (o.m. Rainey, 1993; Bozeman, 1987; Bozeman, 1993; Saltman, 1997). Voor het goede begrip van de sturing van gezondheidszorg is het wel zinvol de dichotomie nog eens neer te zetten.

De dichotomie publiek domein versus privaat domein is ideaaltypisch

Publiek versus privaat

In de vrije economie controleren prijzen de economische productie en allocatie. In de politieke hiërarchie staat de politieke autoriteit centraal, hetgeen tevens een middel voor sociale controle is. In de vrije markt is de vrijwillige uitruil van middelen via onderhandeling (contracten) de belangrijkste vorm van (sociale) controle. Andere gangbare ideaaltypische verschillen tussen publiek en privaat zijn:

Maatschappelijk ondernemen in de zorg

- de informatie en incentives van de economische markt zijn afwezig in publieke organisaties,
- de grotere invloed van externe politieke en publieke instituties op publieke organisaties,
- de aanwezigheid van het winststreven in private organisaties en het nastreven publieke doelen (bijvoorbeeld winst in termen van levensverwachting of gezondheidsbevordering) in publieke organisaties,
- de grotere externe verantwoording en blootstelling aan externe oordelen/kritiek bij organisaties in het publieke domein,
- de pluriformiteit van doelen die tegenstrijdig kunnen zijn in het publieke domein,
- de meer beperkte autonomie van publieke managers,
- de strengere regels omtrent rapportering en grotere hiërarchie in publieke organisaties,
- de soms lagere efficiëntie van publieke organisaties (Rainey, 1993; Foldvary, 1994).

Dit zijn de klassieke onderscheiden. Ze doen in deze vorm vaak geen opgeld in de praktijk. Zeker in de publieke-private sfeer moeten we meer genuanceerd zijn en is een dichotomie (of de suggestie dat die zou bestaan) tussen publiek en privaat of dé overheid en dé markt ontoereikend en zelfs kunstmatig. Met een dichotomie worden verschuivingen naar meer/minder privaat of publiek niet goed zichtbaar.

Publiek-private verplechting

De markt kan niet alles aan en heeft een beperkte capaciteit om bepaalde problemen op te lossen. De overheid is soms in staat om de productie van bepaalde publieke goederen te garanderen en free rider-gedrag te voorkomen. De overheid kan ook externaliteiten tegengaan en spillover-effecten bestrijden. De overheid corrigeert soms problemen die de markt veroorzaakt en niet zelf op kan lossen. Dit betreft ook monopoliproblemen, de noodzaak en de wensen rond een rechtvaardige inkomensverdeling en instabiliteit door marktfluctuaties (Van Doorslaer, 1998; Wolfson, 1998). Bovendien zijn er activiteiten die door marktpartijen te riskant worden gevonden, omdat ze vanuit het oogpunt van concurrentie, competitie en winstbejag wellicht niet profijtelijk zijn. Op basis van politieke keuzen kan de overheid beslissen om die goederen wel voort te brengen. Daarnaast is de overheid erop gericht om onder meer het heersende rechtssysteem te handhaven, de individuele rechten van burgers te beschermen, veiligheid en stabiliteit te verschaffen en de welvaart te bevorderen. Dit alles wordt niet geruild

Er zijn verschillende redenen voor het bestaan van een publiek-private 'tussensector'

Maatschappelijk ondernemen in de zorg

op een economische markt, waar het winstoogpunt domineert, maar is gerechtvaardigd op basis van sociale waarden en normen, het algemeen belang en (politieke) druk vanuit de samenleving (Rainey, 1993). De overheidsbureaucratie kent echter minder prikkels voor doelmatig werken dan de markt. Het zijn vaak publiek-private organisaties en vervlochten bestuurlijke arrangementen die semi-collectieve goederen voortbrengen (Ringeling, 1995).

Er bestaat verwarring over de verwantschap tussen de begrippen vervlechting en hybriditeit. *Vervlechting* gaat over het gezamenlijk opereren van publieke, private (en professionele) actoren (in de zorg) om publieke en private doelen te bereiken. Ze hebben elkaar nodig om deze doelen te verwezenlijken. In de zorg gaat het om de zorgaanbieders, zorgverzekeraars, professionals en de overheid die zo met elkaar vervlochten zijn. De partijen delen verantwoordelijkheden, macht en middelen in een gezamenlijk besturingsarrangement, ten behoeve van gezamenlijke en individuele doelstellingen. *Hybriditeit* gaat over de 'gespletenheid' van een organisatie. De organisatie heeft zowel publieke als private doelen, middelen en belangen, en heeft daardoor te maken met verschillende waardeoriëntaties en aansturingsmechanismen, die refereren aan zowel de overheid als de markt.

Vervlechting en het gezamenlijk opereren van publieke en private actoren

Hybriditeit en de 'gespleten persoonlijkheid' van een organisatie

Vervlechting en hybriditeit zijn verwant aan elkaar en beïnvloeden elkaar. De hybride organisaties in de zorg worden aangestuurd door publiek-private bestuurlijke arrangementen en netwerken, vanwege de sterke wederzijdse afhankelijkheden tussen de organisaties in de zorg.

Een dichotomie stelt ons voor problemen om het publiek-private tussengebied te analyseren. Vanuit een dichotomie levert vervlechting per definitie problemen op. In het publiek-private tussengebied spelen ethische, maatschappelijke en bijvoorbeeld religieuze rationaliteiten vaak een rol. In een dichotomie staan vooral de markt en de overheid centraal. Als we organisaties op een continuüm tussen publiek en privaat plaatsen, signaleren we hybridiseringsprocessen van 'publiek' richting meer 'privaat', en van 'privaat' richting meer 'publiek'. Bedrijven moeten bijvoorbeeld vaker aan maatschappelijke, ethische en politieke waarden voldoen en worden beïnvloed door regels, beleid en wetten. Publieke organisaties moeten steeds bedrijfsmatiger en concurrerend zijn (Rainey, 1993).

De organisaties in de zorg behoren traditioneel tot het private initiatief en stellen publieke doelen centraal. Het betreft dus geen

Er is sprake van een continuüm van publiek naar privaat: op het conti-

Maatschappelijk ondernemen in de zorg

puur publieke organisaties die meer op afstand van de overheid worden geplaatst en onder invloed komen te staan van 'marktprikkels'. In de zorg is sprake van een andere Ausgangssituatie dan bij het verzelfstandigen en/of privatiseren van overheidsdiensten.

nuüm doen zich hybridiseringsprocessen voor

Publiek → Privaat

Hybridiseringsproces: van publiek naar privaat

Publiek ← Privaat

Hybridiseringsproces: van privaat naar publiek

De vertaling van juridische, politicologische, economische, ethische, sociale en bijvoorbeeld maatschappelijke eisen naar de organisatie is van belang om een stabiele relatie met de omgeving te creëren. Uitgaande van een continuüm is het gemakkelijker om te constateren wanneer verschuivingen in bijvoorbeeld de ethiek of in de medische professie gevolgen hebben voor de balans in publiek-private verhoudingen. Bij een dichotomie tussen markt en overheid kunnen we die verschuivingen niet goed waarnemen.

Wat betekent dit concreet op het organisatorische besturingsniveau?

➤ Het meso- en microniveau: taak versus markt?

Samenhangende patronen van waarden vormen een organisatie. In deze samenhang doen zich constant veranderingen voor door ontwikkelingen in de omgeving (Van der Grinten, 1995; In 't Veld, 1995; 1997). Zowel in 'pure' taak- en marktorganisaties als in hybride organisaties vindt de constante zoektocht naar deze samenhang plaats.

Taakorganisaties en marktorganisaties

Bij een taakorganisatie ontvangt de organisatie idealiter een opdracht (taak) van een principaal, alsmede de middelen om de taak uit te voeren. De volgende kenmerken/waarden zijn karakteristiek voor taakorganisaties: loyaliteit en dienstbaarheid van ambtenaren, zorgplicht van het beleidsorgaan voor de continuïteit en de kwaliteit van de taakorganisatie. Er is sprake van hiërarchische sturing in die zin dat het beleidsorgaan procedures en eindresultaten bepaalt en beoordeelt. De cultuur in de taakorganisatie wordt idealiter bepaald door de verhouding met het beleidsorgaan. Gehoorzaamheid, afwezigheid van winstbejag, loyaliteit en gericht zijn op continuïteit zijn kenmerkend.

Maatschappelijk ondernemen in de zorg

Schema: Task and Market Organizations

Twee verschillende culturen in taak- en marktorganisaties

Task organization:	Market organization:
Government leads	Government follows
Government is the steering actor	Government as one of the actors between others
Government adds public values	Government negotiates
Policy is aimed at social stability	Policy is aimed at continuous change
Policy is initiated by political pressures	Policy is initiated by market-like incentives
Policy implies substantial steering	Policy implies processual steering
Uniformity of policy and implementation	Separation of policy and implementation
Civil servant as translator of social needs	Civil servant as intermediary
Civil servant as policy professional	Civil servant as autonomous actor analyzing market signals

Bron: *Van der Zwan en Noordegraaf, 1996*

Juridisch gesproken is er bij een taakorganisatie vaak sprake van een stichting, BV of een dienst. Economisch gezien wordt de organisatie wel op haar performance en output afgerekend, maar wordt de maatstaf daarvoor opgelegd door het beleidsorgaan. Daar kunnen andere criteria dan economische aan ten grondslag liggen. De politiek heeft namelijk invloed op de taken van de taakorganisatie, ingegeven door normatieve overwegingen rond waarden als solidariteit, rechtvaardigheid, gelijkheid en toegankelijkheid. Het beleidsorgaan is de financier van de taakorganisatie en beoordeelt de organisatie. Daarnaast beoordeelt de burger/klant de organisatie op de prestaties. Dit gebeurt vaker direct bij de organisatie, bijvoorbeeld in de vorm van keurmerken, klachtenregelingen en privacyregels. Klanten/burgers hebben ook de mogelijkheid om via het beleidsorgaan hun oordeel kenbaar te maken. Budgettering, procedures, controle, zorgvuldigheid, inzicht en risicomijdend gedrag zijn sleutelbegrippen bij een ideaaltypische taakorganisatie. Tussen het beleidsorgaan en de taakorganisatie bestaat idealiter volledige openheid over alle aspecten van de bedrijfsvoering

Maatschappelijk ondernemen in de zorg

(Simon, 1995; In 't Veld, 1997).

Een marktorganisatie is gericht op continuïteit middels het voortbrengen en afzetten van goederen en diensten via contracten op de markt. De waarden die daar een rol spelen zijn: respect voor contracten, bevorderen van vernieuwing en initiatief, waardering voor ijver, investeren ten behoeve van overleving, en het niet laten domineren van externe afhankelijkheden. Hier is meer sprake van zelfsturing, waarbij uitgegaan wordt van het probleemoplossend vermogen van overige actoren op de markt. De overheid beperkt zich tot het stellen van spelregels en randvoorwaarden. De cultuur van zowel taak- als marktorganisaties is op zichzelf homogeen. De vrijheid van een taakorganisatie wordt bepaald door het beleidsorgaan en de vrijheid van een marktorganisatie door de markt (vragers en aanbieders). De aard en intensiteit van afhankelijkheidsrelaties zijn belang. Als een marktorganisatie bijvoorbeeld in sterke mate afhankelijk is van een opdrachtgever, dan lijkt deze namelijk op een taakorganisatie (In 't Veld, 1995; 1997).

Als een marktorganisatie in sterke mate afhankelijk is van één opdrachtgever, lijkt er eerder sprake van een taakorganisatie

Hybride organisaties

Sommigen stellen dat er bij hybride organisaties onoverkomelijke spanningen ontstaan door de grote culturele verschillen tussen marktorganisaties en taakorganisaties op het organisationele niveau (Jacobs, 1993; Van der Zwan en Noordegraaf, 1996). Markt en overheid zouden *moreel* gescheiden sectoren zijn. De dimensies in het schema van Jacobs stelen op fundamenteel verschillende waardeoriëntaties die niet in een systeem tot harmonie zouden kunnen komen. Harmonie wordt volgens Jacobs enkel bereikt door de integriteit van beide culturen te bewaren en te bewaken, zodat ze complementair en ondersteunend aan elkaar zijn. Anderen menen dat een stabiele cultuur in hybride organisaties wel mogelijk is, omdat de elementen uit beide culturen het reactievermogen en leervermogen van hybride organisaties versterken (In 't Veld, 1997; Kickert, 1998).

'Moreel gescheiden sectoren'

Schema: Guardian Syndrome en Commercial Syndrome

Guardian Syndrome	Commercial Syndrome
Shun trading	Shun force
Expert prowess	Come to voluntary agreements
Be obedient and disciplined	Be honest
Adhere to tradition	Collaborate easily with strangers

Maatschappelijk ondernemen in de zorg

Respect hierarchy	Compete
Be loyal	Respect contracts
Take vengeance	Use initiative and enterprise
Decisive for the sake of the task	Be open to inventiveness and novelty
Make rich use of leisure	Be efficient
Be ostentatious	Promote comfort and convenience
Dispense largesse	Dissent for the sake of the task
Be exclusive	Invest for productive purposes
Show fortitude	Be industrious
Be fatalistic	Be thrifty
Treasure honor	Be optimistic

Bron: Jacobs, 1993

De spanningen in hybride organisaties nemen toe door bezuinigingen en kostenbeheersing, tot uiting komend in een overheersende marktorientatie bij de overheid. Nationaal en internationaal is de marktgerichtheid toegenomen (Rainey, 1993; Kickert en Van Vught, 1995; Hoogerwerf, 1996; Van der Grinten, 1997; Rogier, 1998). De balans tussen publiek en privaat verschuift in de richting van het private domein en de markt. Democratische en constitutionele principes van gelijkheid, rechtvaardigheid, wetmatigheid en zekerheid, zijn volgens de tegenstanders van hybriditeit niet gediend bij vermenging met marktprincipes die zorgen voor een oriëntatie op de burger als klant, de continue verandering van de markt en een gebrekkige stabiliteit.

Commissie Markt en Overheid

De commissie-Cohen (commissie Markt en Overheid) heeft zich beziggehouden met de gevolgen van hybriditeit in deze veranderende context. Ze richtte zich op een toetsingskader en op eventuele oplossingsrichtingen voor problemen door meer marktwerking. Ongelijke concurrentiecondities zijn, vanuit het vertrekpunt van de commissie, ongewenst. Ze spreekt specifiek over Organisaties met Exclusieve Marktrechten (OEM). Dit zijn (semi-)overheidsinstellingen die concurreren met particuliere ondernemingen, maar ook private rechtspersonen die een publieke taak uitoefenen: hybride organisaties. De commissie-Cohen noemt vier situaties waarin sprake kan zijn van ongelijke concurrentiecondi-

Spanningen in hybride organisaties

Commissie Markt en Overheid onderzocht problemen bij hybride organisaties door meer marktwerking

Maatschappelijk ondernemen in de zorg

ties:

1. Financiële condities: belastingvoordelen en subsidies.
2. Inputcondities: voordelen door bijvoorbeeld overcapaciteit of gunstige toegang.
3. Afzetcondities: voordelen op terrein van bv. continuïteit, afname, toegang klantenbestand.
4. Functievermenging: als een instelling naast taken van openbaar gezag ook een aanbiedende marktpartij is (dubbelrol) (commissie-Cohen, 1997; In 't Veld, 1997).

Volgens de commissie-Cohen moeten dergelijke condities worden rechtgetrokken. Dit betekent dat nevenactiviteiten van een hybride organisatie worden gescheiden van de hoofdactiviteit, zowel in organisatorisch, juridisch als financieel opzicht. Uiteindelijk kan het leiden tot afstoting van de nevenactiviteit. De exclusiviteit van de organisatie mag niet doorwerken op andere markten dan betreffende de hoofdtaak van de organisatie. De commissie acht concurrentie zoveel mogelijk wenselijk, maar ziet vier uitzonderingsgevallen:

1. Als activiteiten op de markt noodzakelijk zijn om de publieke taak te vervullen.
2. Als er sprake is van marktactiviteiten op het gebied van de kennisinfrastructuur (onder voorwaarden).
3. Om publieke taken te vervullen kan het zo zijn dat er een onbenutte restcapaciteit nodig is.
4. Als een publieke taak onder concurrentie geplaatst wordt (en de beslissing daartoe genomen wordt).

Gedragsregels zouden oneerlijke concurrentie zoveel mogelijk moeten vermijden: zoveel mogelijk gelijke fiscale behandeling, het niet inzetten van subsidiemiddelen voor nevenactiviteiten, het toerekenen van arbeidskosten aan nevenactiviteiten, het toerekenen van vermogenskosten aan nevenactiviteiten, het toerekenen van kosten voor productiemiddelen aan nevenactiviteiten, non-discriminatoire toegang voor derden tot informatie die de instelling uit hoofde van de publieke taak heeft en tot klantinformatie die de instelling uit hoofde van de publieke taak heeft, en een verbod op functievermenging. Daarnaast oppert de commissie als oplossing voor oneerlijke concurrentie en functievermenging dat de hoofdtaak van de instelling onder concurrentie moet worden geplaatst, zodat de exclusieve positie wordt voorkomen (ook de doorwerking daarvan op andere markten). De instelling kan nevenactiviteiten privatiseren of aanbesteden (Commissie-Cohen, 1997; Cohen, 1997).

De commissie-Cohen gaat in sterke mate uit van de problemen en spanningen die de praktijk van functievermenging en do-

Ongelijke concurrentie rechtstrekken door:

- scheiding hoofd- en nevenactiviteiten
- afstoting nevenactiviteiten

Gedragsregels moeten problemen oplossen

Hoofdtaak onder concurrentie

Hybride organisaties in de zorg
Maatschappelijk ondernemen in de zorg

meinvermenging met zich brengen. Bovendien legt de commissie vooral de nadruk op publieke organisaties die steeds meer hybride worden doordat ze op afstand of op een markt worden geplaatst. Het belangrijke verschilpunt met hybride organisaties in de zorgsector is dat deze een private oorsprong hebben en zich vaak in een lange traditie herkennen van privaat initiatief in het kader van publieke doelstellingen. We constateren empirisch dat de hybride praktijk in de zorg al decennia lang werkt. De prestaties van ons zorgstelsel geven -zeker internationaal- niet meteen aanleiding om vervaechting en hybriditeit te weren. De Commissie-Cohen komt in haar analyse al snel terecht bij een dichotomie tussen markt en overheid. Ze ziet daardoor de meerwaarden van vervaechting en hybriditeit over het hoofd (zie voor een behandeling van de meerwaarden en de risico's van vervaechting de volgende paragrafen).

Functietransformatie: van taak naar markt

Uitgaande van een continuüm tussen publiek en privaat, komt functietransformatie in een procesmatig licht te staan. Functietransformatie is de 'meer dan marginale verandering in de voornaamste verbindingen (van afhankelijkheid) van een organisatie met haar omgeving' (Simon, 1990). In de gezondheidszorg zijn deze verbindingen zeer divers. Het gaat er bij functietransformatie om tijdens het hybridiseringsproces te komen tot een nieuwe balans op het spectrum van ondernemingszin tot maatschappelijke verantwoordelijkheid. Bij een hybridiseringsproces richting het private domein is steeds meer sprake van een productorganisatie (althans van de invloeden van het regime waarmee een productorganisatie te maken heeft). De organisatie gebruikt strategieën om de transformatie van een taak- en capaciteitsorganisatie naar een markt- en productorganisatie tot stand te brengen, welke Simon als negatief beoordeelt. Vermijding is zo'n strategie (economische 'vervuiling' zoals kruissubsidies en afzetgaranties, 'perverse' beinvloeding door incompatibiliteiten, dubbele bindingen in de zin van tegenstrijdige stuurimpulsen, centrifugale dominantie). Synergie is ook een strategie (integratie van management en uitbuiten van complementariteit). De vermenging van waardepatronen zorgt in die gevallen voor problemen voor zowel de markt als de overheid. Vermenging is op zichzelf niet onoverkomelijk problematisch en kan zelfs, bij het benutten van de meerwaarden van hybriditeit leiden tot het bestendigen van een stabiele cultuur (In 't Veld, 1995; 1997; Kickert, 1998). Echter, dan is het uitgangspunt van belang dat er een continuüm tussen het private en publieke domein bestaat, alsmede de erkenning dat hybride organisaties naast economische en politieke doelen ook maatschappelijke en sociaal relevante functies

komen traditioneel uit het private domein; niet overheidsdiensten op afstand

Functietransformatie is de meer dan marginale verandering in de voornaamste verbindingen van de organisatie met haar omgeving

Vervaechting heeft meerwaarden en risico's

Hybride organisaties hebben ook sociaal relevante functies

Maatschappelijk ondernemen in de zorg

vervullen, en is de aandacht voor gedragsregels en condities voor handelen belangrijk.

Een dichotomie heeft een statisch karakter en maakt functie-transformatie lastig. Een dichotomie tussen markt en overheid kan daar niet mee uit de voeten en 'miskent dat verstatelijking en ontstatelijking van verzorgingsstaatarrangementen geen symmetrische processen zijn' (In 't Veld, 1997). Het ontvlechtigingsdenken gaat voorbij aan de verstrengeling tussen staat en maatschappij in een complexe democratische samenleving in het algemeen en in de gezondheidszorg in het bijzonder (Van Montfort, 1996; Bovens *et al.*, 1995; Van der Grinten, 1997). Als een verstatelijkte organisatie zich beweegt richting ontstatelijking bevindt ze zich nog steeds in een omgeving die wordt bepaald door waarden als rechtvaardigheid, gelijkheid, solidariteit en toegankelijkheid. Het is voor het benutten van de meerwaarden van vervlechting en hybriditeit van belang dat aangegeven kan worden hoe men, in een proces van ontstatelijking, maatschappelijk ondernemend zou kunnen opereren middels procesregels en vormen van functietransformatie.

Ontvlechtigingsdenken gaat voorbij de verstrengeling tussen staat en maatschappij

De commissie-Cohen wijst er terecht op dat de vermenging van verschillende waardepatronen spanningen in hybride organisaties veroorzaken. In de gezondheidszorg botst de meer ondernemende handelwijze van ziekenhuizen soms bijvoorbeeld met centraal gestuurde budgetverdeling. Het is daarom dat wij de aandacht schenken in dit rapport aan de meerwaarden en risico's daarvan en aan de condities waaronder de spanningen hanteerbaar worden/zijn (paragraaf 3.5/3.6).

3.3 Zorg en professie: zorgverlening in een vervlochten sector met professioneel karakter

In Nederland maakt de publiek-private sector een belangrijk onderdeel uit van de samenleving en de economie. Organisaties in de sociale zekerheid, de gezondheidszorg, energie, vervoer en onderwijs kenmerken zich door vermenging van publieke en private actoren, doelen en belangen bij de vervaardiging van (semi)collectieve goederen. In Nederland zijn deze sectoren in sterke mate op een neocorporatistische wijze georganiseerd (geweest). Private partijen hadden medebewind-taken en verantwoordelijkheden voor beleidsformulering en beleidsuitvoering in ruil voor de steun van hun achterbannen aan dat beleid. Een studie over sturing van de gezondheidszorg mist een essentieel onderdeel als niet ook gekeken wordt naar sectorspecifieke kenmerken en

Het professionele karakter en de aard van het goed 'zorg' als onder-Maatschappelijk ondernemen in de zorg

inzichten (Hemerijck, 1992). In deze paragraaf benadrukken wij daarom het onderscheidende element van vervlechting in de zorgsector: het professionele karakter en de aard van het goed.

scheidend element:

Aard van het goed gezondheidszorg

Collectieve goederen zijn technisch niet deelbaar in individueel leverbare eenheden. Niemand kan van het gebruik worden buitengesloten. Het gebruik door de een gaat niet ten koste van een ander. Voorbeelden zijn defensie, politie en justitie (Foldvary, 1994). De mate van exclusiviteit en de mate waarin het gebruik door meerdere individuen extra kosten met zich brengt zijn bepalend bij de vraag of er sprake is van een publiek goed. Quasi-collectieve goederen kunnen in principe via de markt worden aangeboden. Ze zijn deelbaar en individueel toewijsbaar. Er is sprake van 'niet-rivaliserende' consumptie. Men kan zich eraan onttrekken. De overheid bemoeit zich met de productie en allocatie ervan, omdat bijvoorbeeld externe effecten optreden, er hoge innings- en congestiekosten kunnen optreden, om monopolisaties te vermijden, of vanwege paternalistische motieven (de consument overschat of onderschat soms de waarde van goederen). Voorbeelden van dergelijke goederen zijn wegen, onderwijs, openbaar vervoer, woningbouw, sociale zekerheid en gezondheidszorg (Dietz *et al.*, 1990; Stiglitz, 1988).

- niet rivaliserende consumptie
- overheidsbemoeienis vanwege externe effecten, hoge transactiekosten en paternalistische motieven

In de gezondheidszorg bestaat geen gewone markt. De overheidsbemoeienis met de gezondheidszorg is gelegitimeerd vanuit het collectieve belang. De kosten in de zorg groeien en het is maar de vraag of de markt deze kan beteugelen. Bovendien zorgen de premies en belastingen voor belangrijke inkomensverdelende effecten. Alhoewel het goed gezondheidszorg op zichzelf op een markt aan te bieden is, zijn er belangrijke factoren die sturing door de overheid tot gevolg hebben, al organiseert de overheid de zorg niet geheel zelf. Dat komt, naast de wijze waarop het goed in Nederland is georganiseerd, ook voort uit de aard van de zorg, welke een individueel/privaat, een solidair/gemeenschappelijk en professioneel deskundigheidselement in zich heeft (zie hoofdstuk 2).

- Zorg:
- individueel/privaat
 - solidair/collectief
 - professioneel/deskundig

Organisatie van het (quasi) collectieve goed

De publiek-private sector brengt in veel landen (quasi-)collectieve goederen voort. Aan de verdeling van verantwoordelijkheden en bevoegdheden tussen overheid, markt en publiek-private sector liggen normatieve overwegingen ten grondslag over de inrichting van de politieke economie, de rol van de overheid en de mate van sociale verantwoordelijkheid van het particulier initiatief.

Maatschappelijk ondernemen in de zorg

Anheier en Seibel stellen dat er verwantschap bestaat tussen de religieuze heterogeniteit van een samenleving en de omvang (en het belang) van de publiek-private sector (James, 1989; Anheier en Seibel, 1990; Kramer, 1990). Termen als 'sociabilité', 'private initiative', en 'self-reliance' getuigen daar volgens hen van. In de Nederlandse context zijn de 'soevereiniteit in eigen kring', 'subsidiariteit', en 'eigen verantwoordelijkheid' van belang. Deze zijn terug te vinden in de verzuiling en het neocorporatisme in de Nederlandse context en ontleend aan de katholieke, protestants-christelijke en liberale uitgangspunten over de rol van de overheid in de samenleving. Deze principes beïnvloeden nog steeds de besturing van de samenleving en komen tot uiting in de gezamenlijke verantwoordelijkheden van de overheid, het particulier initiatief en het bedrijfsleven (Krasner, 1984; 1988). In Nederland spelen religieuze achtergronden dus inderdaad een belangrijke rol bij de aard en omvang van de publiek-private sector. Dat betekent echter niet dat er in samenlevingen die geen religieuze heterogeniteit kennen geen publiek-private sector zou kunnen bestaan. Men heeft het in het buitenland over 'voluntary private activities' en soms over 'non-profit' of 'not for profit'. In de bijlagen geven we ook aan dat de stelling van Anheier en Seibel, al gaat deze in de Nederlandse context op, internationaal niet altijd opgaat (bijlage 4). Het gaat in de publiek-private sector steeds om organisaties die:

- buiten het formele overheidsapparaat opereren,
- er niet op gericht zijn om winsten van hun activiteiten uit te keren aan aandeelhouders,
- zelfregulerend werken (binnen bepaalde kaders)
- en met een belangrijke mate van private inspanning de publieke goederen/diensten voortbrengen (Salamon, 1995).

De professie in de zorg

De vervlechting in de zorgsector kent een derde 'pijler', namelijk de medische professie en alles wat daarmee samenhangt. We onderscheiden het professionele domein analytisch van het publieke en private domein. In de praktijk vallen het professionele belang en professionele waarden soms samen met publieke en/of private belangen. De kwaliteit, toegankelijkheid en gelijkheid in de zorg zijn publieke waarden en ze behoren tot de professionele ethiek. De professionele en medisch verantwoorde handelwijzen van beroepsbeoefenaren staan op zichzelf los van overheidsbemoeienis en marktwerking. De professionele zorgverlening vormt eerder een buffer tussen een dominante overheid en een dominant marktmechanisme in de zorg. Het professionele karakter is een analytisch te onderscheiden element van vervlechting tussen overheidsregulering en marktmechanismen. Wat zijn dan de

Verwantschap tussen religieuze heterogeniteit en de omvang van een publiekprivate sector in Nederland

Professionele verantwoordelijkheid los van overheidssturing en/of marktwerking

Maatschappelijk ondernemen in de zorg

specifieke elementen van het professionele karakter van de zorg?

Uit deze studie zijn de volgende aspecten uit het professionele domein naar voren gekomen, die zorgen voor een positie van de professie tussen overheid en markt in:

- De gedragscodes van medici (deze zijn bijvoorbeeld gericht op de behandeling zonder aanzien des persoons; en het handelen volgens kwaliteitscodes en integriteitscodes).
- De medische professie kent in het bijzonder het tuchtrecht dat voor het toezicht op en de controle van medici en het medisch-professioneel handelen zorgt.
- Medische standaarden bepalen voor een belangrijk deel de performance criteria van de beroepsbeoefenaren in de zorg.
- De ethiek rond leven en dood speelt een belangrijke rol in de zorgsector. Dat hangt ook vaak samen met de integriteit van beroepsbeoefenaren.
- Er bestaat een vertrouwensrelatie tussen de arts en de patiënt. Het is die relatie die de kern van de zorg raakt. De patiënt is in grote mate van de professional afhankelijk voor de zorgverlening (en in uiterste geval ook voor het gezond worden en het leven). Dat maakt de vertrouwensrelatie tot een belangrijke machtsfactor, welke ook in de organisatie en het management van de zorg een belangrijke rol speelt.
- De status in de medische professie. Medisch-specialisten hebben een bepaalde status in de zorg, gekoppeld aan professionele en organisationele autonomie, welke ook op andere beroepsbeoefenaren invloed uitoefent. Status verleent een bepaalde mate van legitimiteit en hangt ook samen met enkele hierboven genoemde punten.
- De visie in de samenleving op gezondheid, leven en dood, en gezondheidszorg is van groot belang voor de organisatie en het functioneren van de zorgsector. Is gezondheid bijvoorbeeld een voorwaarde voor menselijk bestaan of een voorwaarde voor de deelname aan het arbeidsproces? Dat zijn verschillende visies op gezondheidszorg. De professie redeneert vanuit de eerste visie (hoofdstuk 6 over de wachtlijsten).

Specifieke elementen in het professionele domein:

- gedragscodes
- tuchtrecht
- medische standaarden
- ethiek rond leven en dood
- vertrouwensrelatie arts - patiënt
- status arts
- visie op gezondheid en gezondheidszorg

Onafhankelijk van overheid en markt zijn een aantal fundamentele kenmerken van de zorgsector genoemd die in sterke mate de organisatie en het functioneren van de sector beïnvloeden.

Bijvoorbeeld: het toezicht, de maatstaven voor handelen en de ethiek en de vertrouwenskwestie vanuit de professie. Bij de sturing van de zorg is de autonome positie van de medisch-specialisten bijvoorbeeld van grote invloed. Beroepsbeoefenaren in de zorg bezitten hindermacht en kunnen daarmee de organisatie en het management in de zorg sturen. Dit professionele element, naast

Maatschappelijk ondernemen in de zorg

het publieke en private element maakt besturing van zorg complex (Van der Grinten, 1997; RVZ, 1998).

Een typering van organisaties in de Nederlandse zorgsector

In de Nederlandse gezondheidszorg is het volgende onderscheid in typen organisaties/arrangementen zinvol:

- Private organisaties die een collectief (en professioneel) goed of dienst voortbrengen/verzorgen (hybride organisaties).
- Overheidsondernemingen/diensten die steeds meer zelfstandig en in een private context opereren (bijvoorbeeld door verzelfstandiging, ZBO-vorming, agentschappen).
- Publiek-private samenwerkingsverbanden (vervlechting; bestuurlijke arrangementen).

Op basis van deze (op de praktijk van de zorg gebaseerde) indeling vallen de instellingen en zorgverzekeraars in de eerste categorie, uitvoeringsorganisaties en toezichthouders in de tweede en de besturingsarrangementen op sectoraal niveau, zoals samenwerkingsverbanden op transmuraal gebied, in de derde categorie. Daarmee is het een werkbare typering van organisaties in de praktijk van de zorg. Het is uitdagend om te komen tot een gespecificeerde typologie van hybride organisaties op het gehele spectrum van met elkaar vermengde publieke, private en professionele elementen. Dit vergt echter verder empirisch onderzoek, waarvoor we hier enkele bouwstenen aanreiken.

Typering van vervlechting en hybriditeit in de Nederlandse zorgsector

3.4 Verklaringen voor publiek-private vervlechting en hybriditeit

Waarom worden bepaalde goederen en diensten geproduceerd en gealloceerd door een publiek-private tussensector? Hoe is dit te verklaren? Waarom maken landen verschillende keuzen rond de verdeling van verantwoordelijkheden voor deze goederen en diensten? (Anheier en Seibel, 1990).

1. Alternatief voor falende markt en overheid?

Een veel gebruikte verklaring in de literatuur is dat de publiek-private sector een alternatief is voor de nadelen en gebreken van de markt en de overheid. Het zou het institutionele antwoord zijn daarop. Marktfalen komt voort uit informatie-achterstanden tussen producenten en consumenten bij collectieve goederenproductie, uit transactiekosten, free rider-gedrag, externe effecten en bijvoorbeeld ongewenste inkomensgevolgen. Dit levert oneerlijke en ongelijke marktposities op waardoor publieke goederen niet breed toegankelijk zijn volgens de overheid. Productie en allocatie door de overheid leveren soms ook negatieve effecten op, zoals

Vervlechting en hybriditeit worden soms beschouwd als alternatief voor falende overheid en markt

Maatschappelijk ondernemen in de zorg

toenemende bureaucrativering, een gebrekkige flexibiliteit en weinig prikkels tot doelmatigheid en kwaliteitsverbetering. Publiek-private organisaties zijn voor de overheid vaak meer betrouwbaar dan marktorganisaties, omdat ze maar beperkt incentives ondergaan om de kwaliteit onder druk te zetten om winsten te kunnen behalen (Knapp *et al.*, 1990). Flexibiliteit en efficiëntie van de markt worden in de publiek-private sector gecombineerd met de gelijkheid en voorspelbaarheid van de publieke bureaucratie (Anheier en Seibel, 1990). Dat maakt vervlechting een alternatief voor de overheid en de markt.

Falend particulier initiatief bestaat overigens ook. Het particulier initiatief genereert soms niet voldoende geld vanuit de private sector om te overleven en om het betreffende goed te blijven produceren. De overheid kan dan bijspringen (*'philanthropic insufficiency'*). De overheid kan ook bepaalde organisaties een gunstige positie verschaffen om een goed voort te kunnen brengen (*'philanthropic particularism'*). Overheidsgeld kan ook zorgen voor meer financieel evenwicht als veel geld van slechts enkelen afkomstig is, die daarmee (te) veel invloed krijgen op de productie en allocatie van het goed (*'philanthropic paternalism'*). Er zijn dus meerdere verklaringen denkbaar voor de betrokkenheid van de overheid bij het particulier initiatief, zowel vanuit het falen van de markt, de overheid en het particulier initiatief zelf. De overheid maakt op een wellicht meer doelmatige wijze gebruik van structuren in het veld, dan wanneer zij zelf de productie of het proces ter hand zou nemen.

Falend particulier initiatief bestaat ook

2. De eigen waarde van de publiek-private sector

Rechtvaardigt het oplossen van de gebreken van de markt en de overheid dat er publiek-private organisaties en arrangementen bestaan? Niet uitsluitend. De eerste verklaring gaat uit van een dichotomie en de concurrentie tussen twee werelden. De politiek kan er theoretisch toe besluiten om de zorg bijvoorbeeld geheel aan de markt over te laten. Toch 'kiest' ze in de huidige praktijk vooralsnog voor een publiek-privaat systeem. Dat past in de traditie van consensusgerichtheid, overleg en compromisbereidheid. Het is deze traditie van 'schikken en plooiën' die de bestuurlijke structuur en cultuur in Nederland kenmerkt (Hendriks en Toonen, 1998). Publiek-private organisaties en arrangementen hebben eigen functies. In het neo-corporatisme vinden we een dergelijke functionele redeneerwijze. In de publiek-private sector worden individuele belangen afgewogen tegen meer algemene publieke belangen (zie verderop de meerwaarden van vervlechting en hybriditeit).

Vervlechting en hybriditeit hebben ook eigen waarde en zijn niet altijd 'next best'

Maatschappelijk ondernemen in de zorg

De publiek-private sector fungeert als 'buffer zone' tussen de staat en de markt. Ze kan sociale spanningen afzwakken en politieke conflicten voorkomen of vroegtijdig oplossen. Dit komt voort uit het besef van eigen verantwoordelijkheid en verantwoordelijkheid ten opzichte van de gemeenschap. Vervlechting vervult functies die eerder door instituten als het gezin werden vervuld en zorgt ervoor dat individuen in de samenleving geïntegreerd kunnen worden (participatie) en gebruik kunnen maken van dienstverlening. Daar liggen belangrijke functies voor de middensector. Het ontstaan van publiek-private sectoren schetsen zo we aan de hand van drie ontwikkelingen (Salamon, 1995):

De publiek-private sector als 'bufferzone' tussen staat en markt

1. In de eerste plaats zijn er de bottom-up 'from below' opgekomen ontwikkelingen naar vervlechting. Dit is aan de orde als individuen of organisaties bepaalde activiteiten zelf ondernemen om hun positie of situatie te verbeteren of om bepaalde goederen of rechten op te eisen. Dit kan vanuit gemeenschapszin, een besef van eigen verantwoordelijkheid en hoeft niet vanuit het falen van overheid of markt te volgen.
2. De tweede ontwikkeling betreft de zogenaamde 'encouragement from outside'. De georganiseerde, private en vrijwillige activiteiten zijn dan mede gestimuleerd door bijvoorbeeld de kerk, zogenaamde 'private voluntary organizations' (vanuit humanitaire, sociaal-maatschappelijke, religieuze en/of ideologische overwegingen) en officiële (overheids)organen die subsidies/steun verlenen. Ook hier kan de reden het bevorderen van gemeenschapszin en eigen verantwoordelijkheid zijn.
3. In de derde plaats is er de 'support from above'. In de afgelopen decennia hebben sommige regeringen de activiteiten in de publiek-private sfeer sterk gestimuleerd. De reden daarvoor was vaak het reduceren en ontlasten van het overheidsapparaat (Engeland onder Thatcher en de Verenigde Staten onder Reagan). De verklaring kan anderzijds gevonden worden in het benutten van kennis en expertise in bestaande maatschappelijke verbanden, en het aanboren van privaat initiatief en verantwoordelijkheidsbesef.

Vervlechting: organisaties/personen eisen bepaalde goederen/rechten op

gestimuleerd door bijvoorbeeld de kerk of de staat

doelmatig benutten van maatschappelijke infrastructuur

Belang van de politiek-bestuurlijke en historische context

Er is niet een enkele verklaring te geven voor het bestaan van een publiek-private sector (Salamon, 1995). De maatschappelijke, bestuurlijke en historische context is van belang. Het maakt uit of een land een belangrijke etatistische periode heeft gekend, of een liberale traditie, of meer neigt naar sociaal-democratie waarin de sociale verantwoordelijkheid van de staat wordt benadrukt. In het eerste geval ontvangen particuliere organisaties privileges om een

Maatschappelijk ondernemen in de zorg

bepaalde activiteit te verzorgen of een bepaald goed te alloceren. Er is dan sprake van een oriëntatie op de staat bij het particulier initiatief. In het tweede geval zijn 'non-profit' organisaties meer 'marktgericht' en worden voluntaristische principes benadrukt. In dat geval neemt de staat zelf een groot aantal activiteiten op zich en is er een minder ontwikkelde en belangrijke 'non-profit' sector (Bauer, 1990), (zie ook bijlagen). In Nederland zijn het vooral de religieus-politieke redenen geweest voor het particulier initiatief om actief te worden op terreinen als onderwijs, gezondheidszorg en sociale zekerheid. Het gaat bij de organisatie van het (quasi-)collectieve goed dus niet enkel om economische en politieke rationaliteit, maar ook om religieuze, maatschappelijke, sectorspecifieke en maatschappelijke overwegingen (Snellen, 1987). De noodzakelijke kennis en professionaliteit op het terrein van gezondheidszorg bevinden zich traditioneel binnen het particulier initiatief. Het is dan noodzakelijk voor het voortbrengen van het goed gezondheidszorg, dat het particulier initiatief erbij betrokken wordt. Ideologische en pragmatische factoren verklaren mede het bestaan van een publiek-private sector.

Ideologische én pragmatische verklaringen voor vervlechting en hybriditeit

3.5 Meerwaarden van vervlechting en hybriditeit

We lopen een aantal meerwaarden van vervlechting en hybriditeit langs:

1. Communicatie, overleg, samenwerking en draagvlak

Het bestaan van hybride organisaties en vervlechting kan de communicatie tussen de overheid en het private veld van de zorg (onder meer de medici) vergemakkelijken. Kennis over opvattingen en wensen in het veld (transactiekosten) worden kenbaar bij de overheid. Ze maken de behoeften op de markt inzichtelijk. Het veld kan relatief gemakkelijk en goedkoop aan informatie komen over beleidsvoornemens en de overheid vroegtijdig informeren over knelpunten. Overleg en samenwerking levert daar voordelen op. In de gezondheidszorg (en ook in andere sectoren) speelde/speelt het maatschappelijk middenveld hierbij een rol. Van der Grinten spreekt van:

- een gebied tussen staat en burger,
- waar organisaties van aanbieders, zorgverzekeraars, patiënten/consumenten, werkgevers en werknemers
- in samenspraak met elkaar en met de overheid
- en al of niet in het formeel verband van een adviesorgaan
- doende zijn met de publieke zaak (Van der Grinten, 1993;

maatschappelijk middenveld als 'spil' in de communicatie tussen staat en maatschappij

Maatschappelijk ondernemen in de zorg

1995).

Een reeks van organisaties en arrangementen voldoen aan de definitie, bijvoorbeeld de adviesorganen en de uitvoeringsorganen die tot voor kort waren samengesteld uit zowel private, publieke, als professionele actoren uit de sector. Particuliere organisaties spelen op een meer of minder formele basis op verschillende plaatsen een rol, zoals artsorganisaties bij het kwaliteitsbeleid, zorgaanbieders bij de CAO-onderhandelingen en bij productie-afspraken met verzekeraars. De particuliere organisaties in het middenveld vervullen een zogenaamde 'dubbelrol'. Aan de ene kant vertegenwoordigen ze hun achterban en het particuliere belang en aan de andere kant wordt van hen enige compromisbereidheid verwacht in het licht van het publieke belang. In medebewind bepalen ze mede het beleid. Dit betekent dat er altijd een compromis aan de achterban 'verkocht' moet worden. Een belangrijke meerwaarde is het draagvlak voor beleid dat hieruit voort kan komen.

2. Professionaliteit in het particulier initiatief benutten

Salamon wijst erop dat particuliere organisaties die een (semi-)collectief goed op de 'markt' brengen geheel eigen middelen in de besluitvormingsarena met zich brengen. De belangrijkste daarvan zijn expertise, professionaliteit en mankracht (staf). In de gezondheidszorg is professionaliteit uit het particulier initiatief noodzakelijk voor het uitvoeren, financieren en besturen van zorg. De autoriteit voor het uitvoeren van de zorg (en het waarborgen van de uitvoering) ligt deels bij de overheid (zeker gezien de constitutionele verantwoordelijkheden daartoe). De overheid ontbeert de professionaliteit en deskundigheid om dit zelf te doen. Ze is afhankelijk van de professionals (Salamon, 1995; Van der Grinten, 1997). Ze zorgt voor de wettelijke en financiële steun en spelregels, terwijl bestaande professionele structuren in het particulier initiatief worden benut voor de uitvoering. De autonomie, pluriformiteit en onafhankelijkheid van de professionele dienstverlening blijven zo gewaarborgd (Salamon, 1995).

De professie brengt kennis, kunde, menskracht in de besluitvormingsarena en zorgnetwerken

3. Voorkomen van over-commercialisering en bureaucratisering

Publiek-private vervlechting kan voorkomen dat er 'market failures' en 'government failures' ontstaan. Haar bestaan is dan niet ingegeven door het oplossen van dergelijke gebreken, maar ze levert eerder een bijdrage aan het voorkomen ervan (Anheier, 1990). Een negatieve invloed van de markt, met als gevolg externe effecten, spillover-effecten, free rider-gedrag en nalatige productie van niet-profitelijke collectieve goederen en diensten, kan worden vermeden door de aanwezigheid van een publiek-private sector.

Evenwicht publieke regulering, Maatschappelijk ondernemen in de zorg

Een te grote overheidsinvloed wordt ook vermeden, alsmede een proces van toenemende bureaucrativering, het uitblijven van prikkels voor doelmatig werken en de bedreiging van het autonome karakter van de professionele zorgverlening. Overigens betekent een grote publiek-private sector niet dat de overheidsbemoeyenis in het algemeen verminderd. Bij verstatelijking van de publiek-private sector is er sprake van een toenemende regulering door de overheid (waardoor de bureaucrativering toeneemt). De publiek-private sector zorgt voor een evenwicht van publieke regulering van collectieve diensten en goederen, en mede-controle door het particulier initiatief over de uitvoering en allocatie.

medebestuur door het private initiatief en marktprikkels bij de uitvoering en allocatie van zorg

4. Beteugelen van sociale en politieke spanningen en conflicten

De publiek-private vervlechting vormt soms een buffer tegen sociale spanningen. Door het waarborgen van een bepaalde toegankelijkheid van voorzieningen, van maatschappelijke en politieke (her)verdeling van middelen, goederen en diensten, en door de communicatie tussen zowel publieke als private actoren, kan de sector oplossingen en draagvlak zoeken voor spanningen en conflicten. Vervlochten arrangementen kunnen in het gunstige geval gebruik maken van zowel publieke als private bronnen (bijvoorbeeld subsidies, overheidsregels, private innovaties) om spanningen in de besturing van de organisaties te reguleren. Ze voorkomen daarmee dan een al te gemakkelijk veranderingsproces (met het risico van chaos en instabiliteit). Wanneer de toegang tot die bronnen (bijvoorbeeld door andere overheidsregels of een toenemende concurrentie op de 'markt') bemoeilijkt wordt, of wanneer er op een niet legitieme en niet effectieve wijze gebruik van wordt gemaakt, treedt instabiliteit alsnog op.

Evenwicht tussen vernieuwing en stabiliteit

5. Flexibiliteit, doelmatigheid en leervermogen

Particuliere organisaties of non-profitorganisaties kunnen flexibel en doelmatig diensten leveren als de professionals en andere deskundigen in het veld geïncorporeerd zijn. Ze maken vaak deel uit van lokale sociale gemeenschappen, waarbinnen ze de diensten leveren. Daarmee kunnen kosten bespaard worden, de sociale cohesie versterkt worden en kan men meer effectief en legitiem presteren. De kennis en expertise over zowel de dienst, als degenen waar de diensten aan geleverd worden zijn daarvoor van belang (Bauer, 1990). Een publiek-private organisatie of sector is gebonden aan kaders op juridisch, financieel-economisch en politiek gebied, maar kan vaak flexibel binnen die kaders opereren richting de markt, de (lokale) gemeenschap en richting de overheid. Ze vergroot het leervermogen van de organisaties, omdat er steeds met meerdere oplossingsrichtingen en een veelheid van belangen en waarden rekening gehouden moet worden. Hybride

Flexibiliteit richting overheid, de gemeenschap, de professie en de markt levert leervermogen op

Maatschappelijk ondernemen in de zorg

organisaties zijn niet afhankelijk van één bepaalde (in-komsten)bron, en hebben meerdere mogelijkheden om bronnen te verwerven.

6. *Herverdelende functie en mede-verantwoordelijkheid (allocatieve functie)*

Bij de productie van semi-collectieve goederen of de uitvoering van collectieve diensten, zijn inkomensverdeling en herverdeling van andere bronnen aan de orde. De publiek-private sector levert een bijdrage aan de verdeling van inkomen, kennis en macht, en aan de beschikbaarheid van gezondheidszorg, sociale zekerheid en onderwijs. Daarmee zijn de publiek-private sector, en de organisaties daarbinnen, medeverantwoordelijk voor de herverdeling van middelen, de toegankelijkheid van voorzieningen en de participatie van groepen in de samenleving. Er is daartoe enige bereidheid tot afstemming en oog voor algemeen belang nodig.

Medeverantwoordelijkheid van
privaat initiatief voor beleid bevordert
draagvlak

7. *Overige functies en meerwaarden*

Naast de bovengenoemde punten zijn er nog een aantal andere van belang (Knapp, 1990; Kouwenhoven, 1991; Van der Grinten, 1997):

- Het waarborgen van consumentenkeuze (doordat niet enkel de overheid het aanbod domineert, maar er een sterke private betrokkenheid is), naast gelijke toegang en bijvoorbeeld betaalbaarheid van zorg.
- Machtsvorming van het veld ten opzichte van de overheid: machtsverevenwicht/countervailing power.

Waarbogen van consumentenkeuze

Publiek-private sector als 'counter-
vailing power'

De meerwaarden van hybriditeit zijn een afgeleide van de hierboven genoemde meerwaarden van vervlechting. Het leer-
vermogen van hybride organisaties wordt beïnvloed door de aanwezigheid van zowel overheids- als marktelementen. Van hybride organisaties wordt gevraagd het probleemoplossende vermogen zowel in te zetten naar aanleiding van door de politiek of overheid opgedragen taken, als wel dit vermogen in te zetten om op een innovatieve en creatieve manier ondernemerschap te bedrijven en in te spelen op de behoeften van de markt of de samenleving. Hybride organisaties kunnen daartoe zowel gebruik maken van bronnen uit het publieke domein als uit het private en professionele domein. Dit maakt hen overigens ook kwetsbaar. Er zijn risico's aan hybriditeit verbonden wanneer het leervermogen tekortschiet of als het niet ingezet wordt ten behoeve van het (semi-) collectieve goed (zie de volgende paragraaf en hoofdstuk 4).

Maatschappelijk ondernemen in de zorg

3.6 Beperkingen en risico's van vervlechting en hybriditeit

Bij het opsommen van de voordelen van vervlechting en hybriditeit, past een relativerende kanttekening. *"At best, we can conclude that nonprofits provide some social services in democratic societies that to some degree help to promote social equality: Their services are often sensitive to social needs, competent and effective, innovative and flexible, well funded and jointly controlled by the public and by clients. At worst, we may decide that nonprofits meet common needs in a bureaucratic and routine way similar to public 'monopolies': that they are controlled neither by society nor by clients: that they lack funds and professional competence: and finally that they exhibit a paternalistic 'middle-class' attitude towards their clients".* (Bauer, 1990). Het citaat verduidelijkt dat er risico's verbonden zijn aan vervlechting en hybriditeit. De risico's voeren terug op:

- de grondslag voor handelen,
- het handelen zelf, en
- het toezicht op het handelen.

Een door weinigen gelegitimeerde en gecontroleerde sector brengt de meerwaarden van vervlechting en hybriditeit in gevaar. De volgende risico's vragen daarom onze aandacht (een aantal spanningsvelden worden verder in hoofdstuk 4 uitgewerkt):

Vervlechting en hybriditeit zorgen ook voor spanningen in organisaties

1. Suboptimale resultaten: performance criteria

Vervlechting en hybriditeit zorgen niet zonder meer voor de meest optimale verdeling van waarden en middelen. De beschikbare middelen kunnen inadequaat zijn om noodzakelijke en urgente diensten te verlenen. Bestuurlijke arrangementen kunnen ook disfunctioneren. Ook de professionele werkwijze kan bepaalde kosten met zich brengen die niet in verhouding staan tot economische doelmatigheid. Gelijkheid en doelmatigheid kennen een verschillend optimum, maar kunnen wel in een bepaald evenwicht met elkaar gebracht worden. Er is dan wel overeenstemming nodig om criteria voor performance vast te stellen. Is deze er niet dan bestaat het gevaar dat de prestaties van hybride organisaties niet als effectief en legitiem beschouwd worden.

Spanningsveld: maatstaven voor handelen/presteren kunnen divergeren

2. Bestendiging van ongelijkheden en bureaucratisering van publiek-private arrangementen

Ongelijkheid wordt verder vergroot of bestendigd als de institutioneel verankerde afhankelijkheidsrelaties deze ongelijkheden

Spanningsveld: ongelijke toegang tot besluitvorming

Maatschappelijk ondernemen in de zorg

in hun structuren en culturen meedragen. Het kan gaan om ongelijkheid in de toegang tot zorgverlening, in de toegang tot beleidsprocessen en bijvoorbeeld in het dragen van risico's. Ongelijkheid in de toegang tot besluitvorming en tot voorzieningen kan leiden tot patstellingen, traagheid, immobiliteit en besluiteloosheid. Patiënten en consumenten hebben tot op heden een achtergestelde positie in de besluitvorming van de zorg (dit leidt veelal niet tot patstellingen, maar beïnvloedt wel de allocatieprocessen). Deze achterstandspositie wordt nog steeds bestendigd in institutionele structuren, al verstevigen de patiënten/consumenten zich steeds meer binnen de besluitvormingsarena.

3. Pluriformiteit: autoriteits-, toezichts- en controleproblemen

Pluriformiteit heeft de meerwaarde dat er een vergroot leer- en probleemoplossend vermogen kan ontstaan. Er bestaan door pluriformiteit echter ook spanningen. Er is een spanningsveld op het gebied van verantwoording en toezicht. Publiek-private organisaties moeten verantwoording afleggen aan de collectieve sector (overheid of organen die collectieve gelden beheren) voor de verkregen subsidies en andere gelden die ze ontvangen om een (semi)collectief goed voort te brengen en te alloceren. Ze moeten ook voldoen aan maatschappelijke waarden als gelijkheid en rechtvaardigheid in de zorg. Aan de andere kant staan ze onder invloed van de 'markt' waar ze door andere zorgaanbieders en zorgverzekeraars (via contracten) worden gecontroleerd. De controle vanuit de medische professie en verantwoording ten opzichte van de klant/consument/patiënt beïnvloedt ook de prestaties en legitimiteit van het handelen van zorgaanbieders en verzekeraars. Als verantwoordelijkheden en taken onduidelijk verdeeld zijn, en als de toetspunten voor hybride organisaties elkaar tegenspreken of op een tegenstrijdige manier worden gebruikt, levert dit spanningen op in het interne reilen en zeilen van deze organisaties en bij de verantwoording over hun presteren (Montfort en Andeweg, 1998).

Spanningsvelden:

- verdeling van verantwoordelijkheden en bevoegdheden
- toezicht en controle

4. Dubbelrollen: legitimiteits- en draagvlakproblemen

Besturingsarrangementen vervullen aan de ene kant de rol van belangenbehartiger van achterbannen en aan de andere kant de rol van mede-gezagsdrager. Hybride organisaties vervullen zo een rol richting de overheid (bijvoorbeeld voor het leveren van bepaalde publieke diensten) en een rol richting de private sector/markt/samenleving (de burger/'klant'). Dit brengt spanningen met zich mee op het terrein van legitimiteit, presteren en gezag als in meerdere richtingen onvoldoende aan de behoeften/wensen wordt voldaan.

Spanningsveld:
meervoudige legitimatie

Maatschappelijk ondernemen in de zorg

3.7 Balans of botsing tussen de drie P's?

Het is zinvol om van een continuüm tussen publiek en privaat uit te gaan. Er bestaan hybridiseringsprocessen richting het publieke en het private domein. In de gezondheidszorg zijn diverse actoren tijdens deze processen op zoek naar samenwerking en stabiliteit. De balans is afhankelijk van de publiek-private-professionele omgeving van de organisaties en van het interne reilen en zeilen van de hybride organisaties (Rogier, 1998).

Het specifieke professionele karakter van de zorgsector is van belang. De professie zorgt voor een buffer die een dominante overheid en dominante marktwerking (met schadelijke gevolgen voor medische en professionele waarden) vooralsnog tegengaat. We noemden in dit hoofdstuk een reeks van elementen binnen het professionele domein die daarvoor zorgen (zoals medische gedragscodes, ethiek, tuchtrecht). Het professionele karakter van de zorg wordt daarom in deze studie onderscheiden van het publieke en private karakter.

Steeds meer verantwoordelijkheden worden in de zorg naar het organisatie- en management-niveau gedecentraliseerd (zorginstellingen en verzekeraars). Dit kan vanuit economisch of politiek-bestuurlijk oogpunt rationeel zijn. Wanneer dit echter gepaard gaat met gebrekkige legitimiteit daarvoor in de samenleving of binnen de professie, wanneer er geen duidelijke maatstaven voor het handelen van die actoren bestaat, en wanneer de decentralisatie van verantwoordelijkheden niet gepaard gaat met decentralisatie van bevoegdheden, ontstaan er spanningen die vragen om sturing. Het toezicht en de controle op het functioneren van organisaties komt vervolgens in een dergelijke situatie in de problemen. De samenhang tussen de mechanismen voor verantwoording, functioneren en toezicht is dus belangrijk. De spanningen komen voort uit de botsing tussen de drie P's en het gebrek aan samenhang.

Spanningsvelden vragen om besturing

Maatschappelijk ondernemen in de zorg

4 Spanningsvelden bij sturing in de zorg nader bezien

4.1 Inleiding

Naast de effectiviteit van vervlechting en hybriditeit is de legitimiteit ervan belangrijk. Hoe beoordelen we legitimiteit en effectiviteit in de zorg, gespecificeerd naar te verdelen bevoegdheden en verantwoordelijkheden, het houden van toezicht en het beoordelen van 'performance'? Er doen zich spanningen voor die vragen om besturing.

Spanningsvelden beïnvloeden effectiviteit en legitimiteit van besturing

4.2 Spanningsveld: legitimiteit

Hybride organisaties en vervlochten bestuurlijke arrangementen verkrijgen vanuit verschillende domeinen legitimiteit voor hun handelen (of ontberen dat juist). De spanningen komen voort uit een botsing van verschillende (tegengestelde) eisen die aan de legitimiteit worden gesteld.

Publieke en politieke legitimiteit

De legitimiteit voor het leveren van een (semi-) collectief goed zoals gezondheidszorg is te vinden in de handelwijzen die overeen komen met gangbare waarden en normen in het publieke domein. Het publieke domein wordt vaak geassocieerd met de overheid en burgers beoordelen een private organisatie met een publieke opdracht vaak zoals een overheidslichaam. Bijvoorbeeld ten aanzien van de democratische en politieke verantwoording door deze organisaties over hun prestaties en de wijze waarop ze die bereiken. Daar gaat politieke legitimiteit in de gezondheidszorg over. Daarbij spelen ook de klantgerichtheid en de maatschappelijke verantwoordelijkheid die de instellingen tonen een belangrijke rol. Tegengestelde politieke, economische en professionele eisen bemoeilijken het verwerven van legitimiteit, hetgeen spanningen in de organisatie veroorzaakt (Bozeman, 1987; Martin, 1975).

Politieke en democratische verantwoording en taakuitoefening

Economische legitimiteit

Bij economische legitimiteit gaat het om het responsief reageren op impulsen uit de markt. De discussie over inefficiëntie en responsiviteit speelt daarbij een rol. Door het organisatiegedrag in een sector te legitimeren met maatschappelijke en politieke waarden (bijvoorbeeld solidariteit en rechtvaardigheid) is een bepaalde

Maatschappelijk ondernemen in de zorg

mate van economische inefficiëntie aanvaardbaar. Het kan dus legitiem zijn om niet aan alle behoeften te voldoen op de markt. De discussie over de wachtlijsten is hier typerend, omdat verschillende waardeoriëntaties concurreren (zie hoofdstuk 6). Op dit moment is het meer legitiem voor ziekenhuizen om geen voorrang te verlenen aan werknemers (al bestaat die behoefte wel op de markt) dan om dat wel te doen (via bijvoorbeeld een bedrijvenpoli waartegen de politiek zich uitgesproken heeft). Economische legitimiteit in de zorg gaat over de afweging tussen economische doelmatigheid en bijvoorbeeld gelijkheid en rechtvaardigheid. Dat levert spanningen op (zeker bij budgettaire krapte).

Economische doelmatigheid en responsiviteit

Maatschappelijke legitimiteit

Maatschappelijke legitimiteit gaat over het handelen dat overeenstemt met maatschappelijk gedragen waarden van solidariteit, gelijkheid, rechtvaardigheid, toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit. In het vraagstuk van de tweedeling in de gezondheidszorg komt ook dat pregnant naar voren. Het opstarten van bedrijvenpoli's en privé-klinieken is maatschappelijk (en politiek) niet legitiem (RVZ, 1996; Rijksen en Visser, 1996). Daarnaast vervagen de grenzen van de gezondheidszorg met de grenzen van andere beleidssectoren. Bijvoorbeeld met de sociale zekerheid sinds de privatisering van de Ziektewet. De interdependentie tussen organisaties, sectoren en overheden neemt toe. Maatschappelijke legitimiteit voor gezondheidszorg is daardoor deels buiten de sector te behalen. Bij een vasthouden aan de sectorale institutionele structuren levert dat problemen op voor de maatschappelijke legitimiteit en effectiviteit van handelen.

Maatschappelijke discussies over gelijke toegang en tweedeling

Professionele legitimiteit

Het draagvlak voor professioneel handelen vindt de basis in de deskundigheid en specialisatie binnen de professie. De vertrouwensrelatie tussen arts en zorgvrager, tussen professionals en overheden, tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders is een belangrijke toets der kritiek. Het handelen van de professionals in de zorg vindt plaats binnen kaders die door de professie worden gesteld aan de kwalitatieve en hoogstaande verantwoorde zorgverlening. Daarnaast vindt de legitimering van het professionele handelen ook plaats binnen politieke, juridische, ethische en economische kaders. Beroepsbeoefenaren worden geacht efficiënt te werken, de gelijke toegang tot zorg te bewaken en tweedeling te voorkomen. Deze onderdelen van professionele legitimiteit staan onderling op gespannen voet. Als het handelen van de professional in die relatie niet als effectief wordt gezien ontstaan er problemen met de legitimiteit van hun handelen.

Deskundige en kwalitatief hoogstaande zorgverlening

Maatschappelijk ondernemen in de zorg

Organisatorische legitimiteit

Het leveren van zorg op maat zorgt voor een zekere 'grensvervaging' tussen organisaties in een keten. Transmurale zorg, de integratie van medisch-specialisten in de ziekenhuizen, de topklinische zorg, wachtlijstbeheer, het opstarten van bedrijvenpoli's en de informatisering in de zorg zijn voorbeelden waarbij de organisatorische legitimiteit in nieuwe verbanden te vinden is. Deels zijn de bestaande historisch gegroeide structuren legitimerend (bijvoorbeeld: overlegstructuren, wet- en regelgeving op het gebied van bouw en kwaliteit), maar deels ook de totstandkoming van nieuwe verbanden.

Nieuwe organisationele verbanden binnen de zorg en over de grenzen van de zorg

De legitimiteit van het handelen van organisaties in de gezondheidszorg is meervoudig. Het is bij de sturing van gezondheidszorg van belang de meervoudigheid uiteen te rafelen en de dimensies van legitimiteit analytisch te duiden. De samenhang tussen de verschillende vormen van legitimiteit moet echter niet uit het oog verloren worden.

Er worden meervoudige eisen gesteld aan legitimiteit in de zorg

4.3 Spanningsveld: bevoegdheden en verantwoordelijkheden

➤ Bronnen van bevoegdheden- en verantwoordelijkheden

Publieke en private bevoegdheden en verantwoordelijkheden

Publieke autoriteit heeft te maken met de macht en het gezag die organisaties of bestuurlijke arrangementen (of personen) ontleen aan formeel verkregen bevoegdheden en verantwoordelijkheden.

In het publieke domein zijn het organiseren en uitvoeren van zorgvoorzieningen gelieerd aan politieke en publieke bevoegdheden en verantwoordelijkheden, naast het eigen recht op organisatie en vereniging. Dit laatste is in Nederland verankerd binnen het publieke domein. De overheid kan bevoegdheden daarnaast delegeren aan publieke en/of private organisaties. Er zijn minstens drie typen publieke autoriteit:

- De *primaire* publieke autoriteit van een overheid die bindende besluiten neemt. De legitimiteit daartoe ontleent ze aan de wet en aan het draagvlak en commitment dat individuele burgers aan instituties en beleid geven.
- Daarnaast staan private organisaties onder invloed van beleid en regelgeving. Daaraan ontleen ze ook bepaalde bevoegdheden en taken (medebewind). Ze ontleen deze vaak aan de primaire publieke verantwoordelijkheden van een overheid (die de grondwettelijke eindverantwoordelijkheid voor bijvoorbeeld zorgvoorzieningen heeft). We noemen dit *secundaire* publieke autoriteit en deze maakt het handelen van private organisaties

Primaire, secundaire en tertiaire publieke autoriteit

Maatschappelijk ondernemen in de zorg

- publiek.
- Ten derde zijn er statuten, codes, overlegfora en mandaten die het handelen van publieke en private organisaties structureren. Deze verlenen een organisatie zogenaamde *tertiaire* publieke autoriteit (Bozeman, 1993).

Op de commerciële markt laten organisaties zich voornamelijk leiden door vraag en aanbod. Economische autoriteit ontleent een organisatie vooral aan het inspelen op bewegingen op de markt, ontwikkelingen op technologisch vlak, en het versterken van de positie op die markt. De organisatie speelt in op de aanwezigheid van incentives voor productie en gebruikt vigerende technieken voor ondernemerschap (Bozeman, 1993). Dit hoeft niet in tegenpraak met publieke autoriteit te zijn als de bevoegdheden en verantwoordelijkheden van actoren die zich in het publieke en private domein begeven duidelijk verdeeld zijn.

Ondernemerschap betekent responsiviteit: reageren op incentives van de markt

Ministeriële verantwoordelijkheid

Hoe verhoudt de publieke autoriteit van private organisaties zich met de ministeriële verantwoordelijkheid en het politieke primaat?

Wilmink stelt dat verantwoordelijkheden en bevoegdheden bij elkaar moeten passen en dat een minister niet verantwoordelijk moet zijn als zij/hij niet over de bijbehorende bevoegdheden beschikken kan (Wilmink *et al.*, 1995). De verantwoordelijkheid van de Minister kan volgens hem enkel ingeperkt worden als:

- de belangen van derden gewaarborgd worden middels een onafhankelijk oordeel en onafhankelijke uitvoering en
- de belangen van derden rechtstreeks in het bestuur tot uiting komen.

Hybride organisaties en vervlochten sectoren ontlenuen macht en gezag aan politieke, private, maatschappelijke en professionele verantwoordelijkheden die hen zijn toebedeeld of die ze hebben opgeëist. Het probleem ontstaat bij de (politieke) aanspreekbaarheid op die verantwoordelijkheden. Een afbakening van de ministeriële verantwoordelijkheid naar te onderscheiden domeinen van verantwoordelijkheid en bevoegdheid is daarom zinvol. In de gezondheidszorg zijn dat vooral de volgende domeinen van verantwoording: professionele competentie, legaal en ethisch handelen, financiële uitvoering, toegankelijkheid en het bevorderen van de volksgezondheid (Emmanuel *et al.*, 1996). Differentiatie naar verschillende typen en niveaus van verantwoording brengt meer helderheid in de discussie omtrent het politiek primaat (zie ook hoofdstuk 5).

Aanspreekbaarheid en verantwoordelijkheid van de Minister

Rond de ministeriële verantwoordelijkheid zijn veel discussies gaande over de vraag hoe ver deze reikt (of moet reiken). Vaak

Maatschappelijk ondernemen in de zorg

wordt gesteld dat door de vervlechting in de Nederlandse bestuurscultuur en bestuursstructuur het politieke primaat zoek is. Auteurs als Hemerijck en Duyvendak relativeren in een recente publicatie van Toonen en Hendriks over het 'schikken en plooiën' in de traditionele Nederlandse publieke-private bestuurlijke verhoudingen, dat vervlechting en hybriditeit (en de daarmee samenhangende onduidelijkheden) het politieke primaat aan zouden tasten. Het vervlochten publiek-private besturingssysteem draagt volgens hen echter een waarborg in zich voor openheid voor veel verschillende belangen en de continuïteit van beleid en bestuur (Hendriks en Toonen, 1998). Des te belangrijker is de specificering naar verantwoordelijkheidsgebieden en het definiëren van het politieke primaat.

Het 'schikken en plooiën' in de Nederlandse bestuurscultuur tast niet per definitie het politieke primaat aan

Professionele autoriteit

Bij de professionele autoriteit in de zorg staan vertrouwen, gezamenlijke belangen en medewerking tussen arts en patiënt centraal (Emmanuel en Emmanuel, 1996). Dit komt bij uitstek naar voren in het primaire zorgproces. De kwaliteit en deskundigheid van de zorgverlening staan daar centraal. De autoriteit om het zorgproces te leiden komt daaruit voort. Dit botst met economische belangen als daarin het maximaliseren van winsten via de markt centraal staat. Het kan al botsen als prikkels voor marktwerking een inbreuk dreigen te maken op de professionele onafhankelijkheid en ethiek. Dit speelt bij kwesties rond leven en dood, maar ook bij het verlenen van voorrangszorg aan werknemers. Publieke en private normen/regels rond de kwaliteit en doelmatigheid van de zorgverlening kunnen botsen met het oordeel van de professie en/of de klant/zorgvrager.

Professionele ethiek kan botsen met economische eisen aan zorgverlening

Autoriteit van de patiënt

De participatie en verantwoordelijkheid van de zorgvrager staat steeds vaker centraal, bijvoorbeeld via de inspraakprocedures, het gebruik van keurmerken en inzichtelijke kwaliteitscriteria. Het economische gedachtegoed vermengt zich hier met professionele normen. Ze grijpen op elkaar in. 'Managed competition' houdt in dat zorgvragers kostenbewuste consumenten zijn die op zoek gaan naar de beste kwaliteit voor de laagste prijs. Aanbieders van zorg 'concurreren' vaker om de gunst van de klant. De goede, snelle en goedkope zorg is in deze context dan de verantwoordelijkheid van de markt (komt naar voren in contracten). Dat botst soms met professionele belangen, zoals zorgvuldigheid, gelijkheid, en onafhankelijkheid. Het veroorzaakt ook spanningen met publieke waarden als solidariteit, toegankelijkheid, rechtvaardigheid, professionaliteit en gelijkheid (zie de discussie rond de

De patiënt als 'klant' weerspiegelt economische denken

Maatschappelijk ondernemen in de zorg

bedrijvenpoli's, de wachtlijsten en de privé-klinieken).

➤ **Verschuivingen in autoriteit**

De professie kenmerkt zich door toenemende specialisatie en deskundigheid. Zorgaanbieders werken meer strategisch samen en integreren. De grenzen tussen zorgvormen vervagen en de complexiteit neemt daardoor toe. Met het nastreven en het inbouwen van meer marktprikkels in de Nederlandse gezondheidszorg komen bovendien de economische belangen sterk naar voren: verzekeraars moeten doelmatig inkopen bij (met elkaar concurrerende) aanbieders; instellingen en verzekeraars moeten transparanter en competitiever worden; benchmarking wordt een steeds belangrijker middel om producten te vergelijken; de patiënt/consument krijgt instrumenten om aanbieders en verzekeraars te controleren en relaties te leggen tussen producten en prijzen (al valt daar nog een lange weg te gaan) via de kwaliteits- en inspraakregels, via keurmerken en vergelijkende gegevens over die kwaliteit (in de toekomst over bijvoorbeeld de lengte van wachtlijsten). Dit staat niet haaks op de publieke en professionele waarden, maar de verhouding tussen overheid, markt en particulier initiatief verschuift wel in aard en intensiteit. De spanningen ontstaan wanneer de professionele ethiek en beroepsuitoefening in het gedrang komen of als bijvoorbeeld de gelijke toegang niet langer waar te maken is. Daar botsen publieke, private en professionele verantwoordelijkheden en bevoegdheden. Kortom, er is sprake van meervoudige bevoegdheids- en verantwoordelijkheidsstructuren die kunnen botsen met elkaar. Door de verschuivingen in verantwoordelijkheden ontstaan er onduidelijkheden in de bestuurlijke verhoudingen. Wie doet wat en waarom? Wie waarborgt een aantal fundamentele waarden in de zorg? Wie heeft de regie? Het managen van de fricties, voortkomend uit de meervoudige herkomst van bevoegdheden en verantwoordelijkheden van hybride organisaties, richt zich op het verschaffen van duidelijkheid en 'common understanding' rond de verdeling van bevoegdheden. Daaraan gekoppeld is ook het bewaken en bevorderen van draagvlak voor de uitoefening van die bevoegdheden. Het managen van de samenhang tussen al deze facetten is de opgave binnen de bestaande beleidsnetwerken (Leat, 1990) (zie hoofdstuk 5).

Patiënten krijgen meer invloedsmogelijkheden

Een divers pakket van verantwoordelijkheden komt samen in de zorg

Problemen met de regie van de samenhang tussen verantwoordelijkheden en bevoegdheden

4.4 'Performance': spanningen rond het functioneren en presteren

Efficiëntie op de markt is iets anders dan in de publieke of publiek-private sector. Publiek-private sectoren en hybride

Maatschappelijk ondernemen in de zorg

organisaties kunnen slechts in beperkte mate terugvallen op nieuwe markten en winsten om zo steeds hun doelmatigheid verder te vergroten. Het publieke belang staat vaak waarborg voor het voortbestaan van de hybride organisatie. Toch kunnen deze organisaties niet steeds rekenen op overheidssteun bij tegenvallende prestaties. De hybride organisatie is zowel onafhankelijk als afhankelijk (in termen van effectiviteit en legitimiteit) van economische performance. Doordat doelrationaliteit minder centraal staat dan in 'for profit organisaties' is het echter gemakkelijker om doelformulering en doelbereiking van elkaar te scheiden. Dit vergroot de kans op continuïteit van de organisatie (los van doelbereiking). Maar wat zijn dan de maatstaven voor effectiviteit die we de hybride organisatie en de publiek-private sector opleggen?

Effectiviteit en efficiëntie

Het is te eenvoudig om over één economische efficiëntie en effectiviteit te spreken. Er is differentiatie mogelijk naar ten minste drie typen economische efficiëntie:

Drie typen economische efficiëntie

- Allocatieve efficiëntie betreft het reageren op markten, prijzen en behoeften om de output te maximaliseren ten opzichte van de input. Vraag en aanbod moeten op elkaar aansluiten en een organisatie maakt daarbij gebruik van bijvoorbeeld specialisatie.
- Keynesiaanse efficiëntie betekent dat het marktprijsmechanisme verstoord wordt. De vraag wordt gestimuleerd, waardoor de allocatieve efficiëntie verminderd. Redenen zijn bijvoorbeeld een grote werkloosheid, economische crises of oorlogen. Het ingrijpen in de vraag op de markt kan vanuit economisch oogpunt dan toch efficiënt zijn.
- Een derde type is de Schumpeteriaanse efficiëntie. Ten bate van bijvoorbeeld technologische innovatie en economische vooruitgang worden constructies op de markt gevormd (bijvoorbeeld kartels) die de concurrentie en het prijsmechanisme weerstaan. Vanuit het oogpunt van innovatie en vooruitgang kan ook dat economisch efficiënt zijn (Kuttner, 1997).

De differentiatie in typen economische efficiëntie is van belang om te bezien met welke maatstaven we de doelmatigheid van de hybride organisaties moeten/kunnen beoordelen. Deze organisaties 'overleven' vaak *vanwege* een andere waardering voor efficiëntie en responsiviteit. Er is sprake van een andere waardering voor het functioneren van die organisaties, bijvoorbeeld op basis van hun bijdrage aan gelijkheid en solidariteit in de samenleving (Seibel, 1989; Meyer en Zucker, 1989). Door de nadruk op marktgericht werken in de zorg komt de, in vroeger tijden bereikte en in institutionele verbanden vastgelegde, 'trade-off' tussen gelijk-

'Trade off' tussen gelijkheid en doelmatigheid in de zorg

Maatschappelijk ondernemen in de zorg

heid/rechtvaardigheid en doelmatigheid soms onder druk te staan.

"Thus, one either assumes (...) that long term organizational behavior in the third sector (publiek-private sector, KP) is similar to that of the private enterprises and/or public bureaucracies, because of the functional responsiveness and efficiency; or, one assumes that organizational behavior in the third sector differs substantially from organizational behavior in the private or the public sector, because of functional necessities other than organizational responsiveness and efficiency. The former hypothesis presupposes organizational isomorphism (d.w.z. dat het gebrek aan effectiviteit op de markt of bij de overheid door de publiek-private sector gecompenseerd zou moeten worden, KP) as an explanatory variable for the third sector, while the latter hypothesis allows for resistance by third sector organizations against the isomorphic pressures of the private-competitive and the public-administrative environment". (Seibel, 1989).

Het citaat verduidelijkt dat, als we publiek-private vervlechting verklaren vanuit de tekortkomingen van de markt en de overheid, dat er dan altijd sprake is van een suboptimale wijze van functioneren. Er zijn hoge transactiekosten voor zowel de publieke als de private actoren. Het ideale doelmatige en responsieve gedrag van marktorganisaties, alswel de dienstbaarheid en betrouwbaarheid van taakorganisaties zijn afwezig. Er moeten altijd informatie- en communicatiekosten en besluitvormings- en afstemmingskosten gemaakt worden. Als deze echter te hoog worden dan vormen ze een bedreiging voor de continuïteit van de organisatie. Doelmatigheid en aanvaardbare ondoelmatigheid (in economische termen) staan in de zorg in een bepaalde verhouding met elkaar.

Effectiviteit en efficiëntie in de zorgsector

In de gezondheidszorg gaat het bij doelmatigheid onder meer om:

- de afweging van economische doelmatigheid met waarden zoals gelijkheid, omvang, spreiding, kwaliteit en rechtvaardigheid in/van zorgverlening;
- de afweging met een rechtvaardige inkomensverdeling;
- kostenbeheersing in de uitvoering en financiering van zorg;
- de morele bezorgdheid over de verdeling van gezondheid(szorg).

Een andere waardering voor doelmatigheid in de zorg ten opzichte van doelmatigheid op een 'markt'

Doelmatig gedrag kan op verschillende wijzen worden bereikt en gemeten:

Het meten van doelmatig gedrag

Maatschappelijk ondernemen in de zorg

- via financiële prikkels;
- via investeringen ter bevordering van de gezondheid;
- via de koppeling van middelenallocatie en inkomensverdeling;
- via de (politieke) afweging tussen economische efficiëntie, gelijkheid, doelmatigheid en billijkheid in het licht van gezondheidswinst.

Na deze afwegingen kan de performance van een organisatie alsnog 'doelmatig' zijn (Van Doorslaer, 1998; Simon, 1990). Leibenstein (1966; 1976) spreekt in dit verband over X-efficiëntie en X-inefficiëntie: op een inerte markt zoeken concurrenten elkaar op en maken afspraken rond de meest gunstige verhouding tussen kosten en productie in relatie tot andere waarden. Deze organisaties proberen hun omgeving te beïnvloeden door bijvoorbeeld wetgeving af te dwingen, waarin ze beschermd worden tegen al te grote concurrentie, of middels het verkrijgen van subsidies. In de inerte gebieden die op de markt ontstaan, is het aanpassingsvermogen voor allocatieve efficiëntie deels uitgeschakeld. Het aanpassingsvermogen ten aanzien van impulsen uit de maatschappij, de professie of de politiek wordt echter groter. Er kunnen daarbij negatieve gevolgen optreden, zoals oneerlijke concurrentie en bureaucratiesering om die negatieve effecten te voorkomen (veroorzaakt starheid).

Aanpassingsvermogen in inerte gebieden op de markt

Als we bij de sturing van de zorg dan spreken over 'performance criteria', over doelmatig werken en over kostenbeheersing, dan is het besef van deze meervoudige betekenis van doelmatigheid van belang.

De organisatie van (on)doelmatigheid en meervoudigheid

In het overleg tussen overheid en particulier initiatief (gezamenlijke besluitvorming) en in de gerichtheid op compromissen en consensusvorming (hetgeen niet altijd een optimaal resultaat voor de partijen tot gevolg heeft) wordt duidelijk dat bij de besturing van de zorg een zekere allocatieve ondoelmatigheid aanvaardbaar is. De verdeling van transactiekosten is van belang bij het opvangen van de risico's daarvan. Actoren moeten er voordeel bij hebben dat een compromis gesloten wordt. Er kan bij het sluiten van compromissen wel een dilemma van legitimiteit in de richting van de achterban of binnen de eigen organisatie ontstaan (Badelt, 1990; Seibel, 1989). Bepaalde waarden (economische) komen soms namelijk prominenter naar voren komen, waardoor andere waarden (solidariteit en gelijkheid) in het gedrang kunnen komen. De druk op het vermogen van organisaties en sectoren om met die spanningen om te gaan neemt dan toe.

Dilemma's van effectiviteit en legitimiteit

Maatschappelijk ondernemen in de zorg

"In the West German system of hospital funding, the easing of tensions between institutions could not take place without the loose coupling of interorganizational relations within the polyarchical system of government (state), hospitals (public or private-nonprofit), and insurance companies (private or para-governmental). The continuing bargaining processes between these partners stabilize the interpolable balance within the polyarchical system, inevitably leading to inefficient behavior of the hospitals. This economically inefficient behavior, however, becomes tolerable x-inefficiency, because hospitals inhabit a niche of institutional compromise." (Seibel, 1989).

Uit het citaat blijkt dat stabiliteit, continuïteit en waarborg van waarden zoals solidariteit, toegankelijkheid, betaalbaarheid en professionaliteit een zekere allocatieve inefficiëntie en een bepaald gebrek aan legitimiteit en eenduidigheid rechtvaardigen. Er is sprake van een voortdurend onderhandelingsproces dat gericht is op consensus en compromisvorming tussen publieke, private en professionele actoren. Organisaties 'koppelen' zich daarbij enigszins 'los' van de individuele belangen en nemen het grotere algemene (belang) mee in hun afwegingen. Vroeger gebeurde dat binnen neocorporatistische structuren die gericht waren op consensus en compromis. Daarbinnen werd een aanvaardbaar optimum tussen 'publiek en privaat en professioneel' gevonden. In de huidige bestuurspraktijk wordt in toenemende mate een beroep gedaan op de organisaties zelf (decentraal) om dat optimum te vinden. In deze paragraaf bleek dat er verschillende maatstaven zijn om de prestaties van deze organisaties te beoordelen. Dit kan spanningen in de organisaties opleveren.

Consensus en compromis door gedeelde belangen centraal te stellen

Dit gebeurt steeds vaker op decentraal niveau

Voor het beoordelen van het functioneren en de prestaties van organisaties in de zorg is het inzicht in het meervoudige karakter van presteren nodig. Hoofdstuk 5 zet de zoektocht voort naar de wijze waarop met deze meervoudigheid (en de spanningen die het op kan leveren) kan worden omgegaan.

Onduidelijke en tegenstrijdige eisen veroorzaken spanningen bij het beoordelen van de prestaties van organisaties

4.5 Toezicht en controle: verantwoording voor handelen

Toezicht en controle

Bij de dichotomie tussen publiek en privaat zijn de politieke controle (in een hiërarchie) en de tucht van de markt de klassieke manieren om toezicht en (ook sociale) controle te plegen. Waar gaan de controle en het toezicht over?

- De regels voor toetreding en vestiging van een organisatie tot

Domeinen van toezicht op een markt

Maatschappelijk ondernemen in de zorg

- een bepaalde orde/markt,
- de missie en doelen van een organisatie,
- de goederen en diensten die in het geding zijn,
- geografische aspecten,
- de klanten/consumenten,
- technologie en procedures voor uitvoering,
- prijzen of vergoedingen voor goederen en diensten.

"Many of these domain elements are precisely those on which hybrid forms such as public corporations are granted increased autonomy even as they are made more subject to markets for their outputs." (Rainey, 1993).

Dit citaat roept interessante vragen op over toezicht en controle op hybride organisaties (Montfort en Andeweg, 1998). Organisaties zijn onderworpen aan toezicht dat is verspreid over verschillende van de bovengenoemde domein-elementen. Bij belangrijke beslissingen op deze terreinen is er in de gezondheidszorg soms sprake van een overwicht van politieke, dan wel economische controle of professioneel toezicht. Bij hybride organisaties is er een beperkte controle vanuit zowel de markt als de overheid. Tegelijk is er de controle vanuit de professie, de politiek, de maatschappelijke groeperingen en andere sectoren.

Hybride organisaties worden gecontroleerd vanuit het publieke, private en professionele domein

Redenerend vanuit het eigen karakter van de Nederlandse zorgsector is er sprake van meervoudig toezicht, vanuit zowel het publieke, private als professionele domein. Dat relativeert de autonomie die sommigen toeschrijven aan hybride organisaties. De commissie-Cohen benadrukte de problematische controle op oneerlijke concurrentieposities (ten opzichte van andere private partijen op de markt). Op het terrein van toetredingsregels en mededingingsregels moeten verzelfstandigde organisaties (bijvoorbeeld ZBO's) en andersoortige publiek-private organisaties niet onrechtmatig bevoordeeld worden door de overheid, aldus de commissie-Cohen (Commissie Cohen, 1997). Daarop is toezicht nodig. De commissie wekt de indruk uit te gaan van een dichotomie in toezicht: toezicht door de overheid versus de markt. De vraag is welke wijzen van toezicht in de hybride beleidspraktijk in de zorg (nog meer) voorkomen.

"(...) it may be argued that the classical mechanisms of guidance and control are substituted for in the nonprofit sector by other types of social coordination: altruism, solidarity, professionalism, polyarchical structures, and so on" (Seibel,

Maatschappelijk ondernemen in de zorg

1989).

Bij hybride organisaties zijn ook andere typen controle en toezicht aan de orde dan op de markt en bij de overheid. Daar gaat de commissie-Cohen aan voorbij, hetgeen geen recht doet aan de bestaansredenen voor, en de prestaties van, hybride organisaties. In de mix van de drie P's ligt namelijk het eigene van het toezicht op die organisaties besloten. Verschuivingen op het gebied van verantwoordelijkheden (bijvoorbeeld naar het instellingsmanagement) kunnen door publieke en private, maar ook door professionele of maatschappelijke mechanismen van toezicht en controle worden opgevangen. Het gedrag van marktpartijen kan men afdwingen met verboden. Maar ook gedragsregels beïnvloeden het handelen (In 't Veld, 1998). In het kader van de Wet Economische Mededinging spreekt men over mededingingsregels, ordeningsregels en deregulering.

- Ordeningsregels: vergunningverlening na aanbesteding, vergunningverlening na veiling, naasting/(de)nationalisatie, normeren van de toetreding (kwaliteitseisen en vergunningsstelsel), ordenende gedragsregels.
- Mededingingsregels: kartelverbod, het houden van toezicht op concentratievorming, het houden van toezicht op economische machtsposities (In 't Veld, 1997).

Meervoudig toezicht op het functioneren en presteren van hybride organisaties kan plaatsvinden via procesregels, gedragscodes, kwaliteitseisen en concurrentieregels. Het proceskarakter van controle en toezicht is, in verband met zich snel wijzigende omstandigheden in de omgeving van de zorg, belangrijk (De Bruijn, Ten Heuvelhof en In 't Veld, 1998). Het organiseren van het meervoudige toezicht is deels ook sectorafhankelijk en kan via bijvoorbeeld zelfstandige bestuursorganen (COTG, CTU), agent-schappen of diensten gebeuren. Daarin vervulden jarenlang de professie, maar ook maatschappelijke groeperingen of patiënten/consumenten, een belangrijke rol. In de dichotomie 'markt-overheid' staan al snel de controle door ofwel de overheid ofwel het vraag en aanbodmechanisme centraal.

Wie controleert wie?

Wie kan er ter verantwoording geroepen worden door wie en wie houdt toezicht op wie?

- Vanuit haar verantwoordelijkheid en bevoegdheid controleert het parlement de verantwoordelijke Minister en Staatssecretaris op de uitoefening van zijn/haar wettelijke bevoegdheden/taken (strafrechtelijke ministeriële verantwoordelijkheid). De politieke verantwoordelijkheid is breder. Er zijn daarbij weinig inhoudelijke beperkingen. Dat roept vragen op over de gedetailleerdheid

Geen dichotomie van toezicht door de markt of door de overheid

In de zorg spelen toezicht door de professie en de maatschappij ook een rol

Controle vanuit de politiek

Maatschappelijk ondernemen in de zorg

waarmee een Minister ter verantwoording geroepen kan en zou moeten worden. Daar ligt een spanningsveld, omdat we zojuist aangaven dat er in de zorg meervoudige verantwoordings-, autoriteits- en legitimeitsstructuren bestaan. Anderen hebben namelijk verantwoordelijkheden op specifieke deelgebieden in de zorg.

- De zelfstandige bestuursorganen (ZBO's) van de overheid, zoals het COTG, de Ziekenfondsraad, het CTU, en het CvZ zijn belangrijke toezichthouders op het gebied van de financiering en uitvoering van zorg. Toezicht vindt onder meer plaats op de besteding van gelden, het toepassen van richtlijnen, en het gebruik van vergunningen en aanwijzingen. Het toezicht vindt plaats in de richting van zorgaanbieders, zorgverzekeraars en professie. De spanning die zich hier voordoet is de spanning tussen toezicht op hoofdlijnen van beleid en management en de gedetailleerde controle op de toepassing van regels en de besteding van middelen. Het ingrijpen door toezichthouders in beleid en management van instellingen kan spanningen oproepen als van hen flexibiliteit en innovatie verwacht wordt. Sectorale toezichthouders
- In toenemende mate vervult de zorgverzekeraar een controlerende rol op het organisatieniveau in de zorg. In de jaarlijkse budgetafspraken/contracten met zorgaanbieders en professionals heeft de zorgverzekeraar vaak een sturende rol (of de mogelijkheid om die rol te spelen) en kan ze kijken naar de effectiviteit van de prestaties van deze actoren. Echter, de instrumenten daartoe zijn (vaak nog) beperkt. Het is indirect en geen onafhankelijk toezicht. Controlerende rol van de zorgverzekeraar
- Binnen instellingen is er de Raad van Toezicht die, vanuit een visie op haar organisatie en de context van die organisatie, een toezichthoudende en controlerende taak heeft op hetgeen er binnen de instellingen gebeurt. Toezicht binnen instellingen
- De professie/de beroepsgroepen hebben eigen gremia waar het professioneel toezicht is geregeld (collegiale toetsing; tuchtrecht). Professioneel toezicht
- Naar de patiënt/consument toe ligt een specifieke verantwoordelijkheid. In de gezondheidszorg heeft de zorgvrager traditioneel een achterstandspositie. De vrager ontbeert vaak cruciale informatie om keuzen te maken en is soms in een situatie waarin die keuzen gemaakt moeten worden door anderen. Het ontbreekt de zorgvrager vaak aan kennis, informatie en macht om de zorgverlener direct te controleren. In die situatie regelen de overheid en de professie het toezicht. De positie van de zorgvrager wordt versterkt door de ontwikkeling van kwaliteitshandvesten, privacyregels, klachtenregels en keurmerken (In 't Veld, 1997; RVZ, 1996). De basis van de verantwoording naar de patiënt ligt uiteindelijk binnen de arts-patiënt relatie. Daar Controle door de patiënt zelf

Maatschappelijk ondernemen in de zorg

ligt geen politieke ministeriële verantwoordelijkheid vanuit professioneel opzicht, anders dan dat de Minister waarborgen stelt voor het onafhankelijke professionele medische handelen en de verantwoordelijkheden van de professie naar de patiënt. De meervoudige toezichtsrelaties richting het publiek, private en professionele domein leveren spanningen op als niet duidelijk is wie waarvoor verantwoordelijk is (en waarop toezicht gehouden moet worden) en van wie hij/zij afhankelijk is om die verantwoordelijkheden na te komen.

Spanningen treden op als toezichtrelaties niet inzichtelijk zijn

4.6 Naar meervoudige sturing

Het probleemoplossende- en leervermogen van organisaties in de gezondheidszorg ligt besloten in de meervoudigheid van de zorgsector: zowel bij de bevoegdheden- en verantwoordelijkheidsstructuur, de legitimiteit, de criteria voor het presteren van organisaties, als bij het toezicht op de praktijk ervan constateren we deze meervoudigheid bij de besturing van zorg. De relaties van de organisatie met de verschillende contexten zijn namelijk cruciaal voor het voortbestaan van deze organisaties. Dit is zo vanuit zowel professioneel, maatschappelijk, economisch, en politiek opzicht. Dit heeft een leervermogen tot gevolg, doordat zowel op impulsen vanuit de markt als van de overheid als vanuit de maatschappij, als vanuit de professie gereageerd moet worden. De hybride organisatie tracht steeds tot een 'aanvaardbaar' compromis te komen tussen de verschillende eisen uit de omgeving. Elke context vraagt om aparte antwoorden op eisen en wensen. De organisaties spelen daar door ervaring op in en leren van de mogelijkheden en beperkingen die de context hen biedt (bijvoorbeeld bronnen, middelen, onderhandelingen).

Meervoudigheid zorgt voor leervermogen ...

Er kan een stabiele cultuur ontstaan als de meervoudigheid tot een duurzaam compromis op structureel en cultureel gebied leidt. Als dit evenwicht niet bereikt wordt en er bijvoorbeeld tegenstrijdige eisen voor legitimiteit en effectiviteit worden gesteld, ontstaan er spanningen rond het functioneren en presteren van die organisaties. De aard van die spanningen is in dit hoofdstuk op diverse velden aangegeven.

... maar kan ook spanningen veroorzaken die de effectiviteit en legitimiteit van het handelen bedreigen

Van 'passende sturing' is in dit rapport sprake als de risico's van vervlechting, voortkomend uit het meervoudige karakter, betuigd (of gespreid) worden en als het probleemoplossende vermogen van organisaties vergroot c.q. benut wordt om meerwaarden te genereren. Daartoe is meervoudige sturing van belang ten aanzien van het houden van toezicht, het verdelen van

Maatschappelijk ondernemen in de zorg

verantwoordelijkheden en bevoegdheden, het verwerven van legitimiteit en het beoordelen van prestaties.

'Passende sturing' lijkt geboden

5 Maatschappelijk ondernemen in de zorg

Het regeerakkoord voor de periode 1998-2002 van het tweede paarse kabinet spreekt over maatschappelijke ondernemingen in de zorg: *'Zorginstellingen en zorgverzekeraars stellen zich op als maatschappelijke ondernemingen: private organisaties die op een maatschappelijk verantwoorde wijze publieke taken uitvoeren'*. Op basis van de inzichten uit de eerdere hoofdstukken, wordt nu uiteengezet wat 'maatschappelijk ondernemerschap' is, wie maatschappelijk ondernemers zijn, waarom en wanneer maatschappelijk ondernemen zinvol is en hoe maatschappelijk ondernemerschap ten uitvoer kan worden gebracht. Het gaat er niet om te stellen dat maatschappelijk ondernemerschap 'moet' of 'zou moeten'. Het gaat erom handvatten te vinden voor het omgaan met de spanningen van vervlechting en hybriditeit in de praktijk van besturing, en om de meerwaarden ervan te benutten.

5.1 Maatschappelijk ondernemen: meervoudigheid als uitgangspunt

De drie P's als uitgangspunt voor (be)sturing

De sterke wederzijdse afhankelijkheden in de zorg hebben tot gevolg dat een top-down sturingswijze, in een beslismodel van bovenaf, niet werkt. De actoren in de zorg zijn voor vele zaken van elkaar afhankelijk en er is niet een bestuurlijk centrum dat de regio in handen heeft. Vanwege de noodzaak tot meervoudige legitimatie en verantwoording, welke we in het vorige hoofdstuk constateerden, zijn er mechanismen ontstaan om zinvol en doelbewust informatie uit te wisselen om te komen tot consensus en compromissen. Deze zijn niet enkel ontleend aan overheid of markt. Deze mechanismen zijn bijvoorbeeld het voeren van overleg en het onderhandelen tussen overheid en privaat initiatief. Instellingen leggen verantwoording af richting de overheid voor bijvoorbeeld de bouw en het aantal bedden. Ze doen het richting de professionals voor de capaciteitsverdeling en budgetmaatregelen. Ze doen het richting de zorgverzekeraars voor de inkoop, doelmatigheid en productie. En tenslotte in de richting van de patiënt voor de kwaliteit en bijvoorbeeld de beschikbaarheid van zorg. Instellingen houden zoveel als mogelijk met al die belangen rekening en zoeken naar een evenwicht/compromis. Daarin in schuilt een probleemoplossend en leervermogen.

Meervoudigheid zorgt voor zingeving bij besturing

Gegeven de huidige afhankelijkheden in de zorg zijn de actoren genoodzaakt om samen te werken, rekening te houden met elkaars

Afhankelijkheden maken samenwerking noodzakelijk

Maatschappelijk ondernemen in de zorg

belangen, naar elkaar een zekere verantwoording af te leggen en openheid te betrachten, en samen de kaders te scheppen voor sturing. Het levert zowel voor de overheid als de markt en het particulier initiatief voordelen op om samen te werken, informatie uit te wisselen, draagvlak voor het handelen te vergroten, middelen uit te ruilen en macht te delen.

Meervoudigheid van afhankelijkheidsrelaties binnen de zorg

Spanningen in het management van organisaties ontstaan als zij in hun besluitvorming zowel onderhevig zijn aan een beslismodel (de overheid legt belangrijke besluiten op) als aan een interactiemodel (de uitkomsten van besluitvormingsprocessen hangen af van onderhandelingen, consensusvorming en overeenkomsten) en als er vervolgens geen mechanismen zijn om de meerwaarden van de samenhang en synergie tussen deze modellen te benutten (Van Montfort, 1996; In 't Veld, 1995; 1997). Enige 'regie' is daarvoor nodig. Regie betekent niet dat er een dominante overheid moet zijn, maar wel dat richtlijnen voor interacties van belang is.

Regie om samenhang te bewaken in de besturing

Wat betekent dat voor de afhankelijkheidsrelaties tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars en verzekerden?

- De relatie tussen zorgverzekeraars en verzekerden wordt grotendeels bepaald door het verzekeringstelsel. Zowel overheidsregels en richtlijnen, als de behoeften op de verzekeringsmarkt bepalen deels de ruimte voor de verzekeraar om deze relatie te structureren.
- In de relatie tussen verzekeraars en aanbieders is er het overeenkomstenstelsel. Daarbij is zelfregulering een belangrijk begrip, omdat de partijen zelf een eigen verantwoordelijkheid hebben voor voldoende aanbod van zorg, spreiding, doelmatigheid, en samenhang in een bepaald geografisch gebied (Boot en Knapen, 1993). Daartoe sluiten de partijen overeenkomsten en contracten met elkaar. Via wettelijke regelingen en vergunningenbeleid stelt de overheid de kaders daaromtrent vast.
- De relatie tussen zorgaanbieders en zorgvragers krijgt vorm via een kwaliteitsstelsel, waarbij de overheid een corrigerende rol inneemt, wanneer aan bepaalde eisen niet wordt voldaan.

Door kostenbeheersing, bezuinigingen, decentralisatie van verantwoordelijkheden rond de realisatie van vraaggestuurde zorgverlening en voor zorgvernieuwing is de regie in deze relaties soms onduidelijk. De overheid speelt steeds wel een rol maar is voor de effectiviteit van de zorgverlening afhankelijk van de andere partijen. Momenteel ligt veel nadruk op het organiseren van een zorgcontinuüm: de juiste zorg, op de juiste plaats, op het juiste tijdstip, voor de juiste zorgvrager. Daaraan verbonden is dat

Zorg op maat heeft gevolgen voor besturing en samenhang

Maatschappelijk ondernemen in de zorg

zorgaanbieders meer intensief samenwerken met elkaar en met zorgverzekeraars. Verschillende sturingsprincipes lopen dan door elkaar. De samenhang tussen de overeenkomsten, richtlijnen en kwaliteitsnormen wordt belangrijker. Een grotere transparantie van relaties, informatiestromen, verantwoordingslijnen, bevoegdheidsstructuren en prestatie-indicatoren is van belang om het inzicht in deze complexe bestuurlijke verhoudingen te bevorderen. Zorg op maat en flexibiliteit op lokaal en regionaal niveau hebben dan ook gevolgen voor het toezicht op het functioneren van instellingen en verzekeraars. Het beïnvloedt de maatstaven waarmee we hun prestaties meten. Als er echter tegengestelde eisen rond de financiering en de uitvoering van zorg worden gesteld (of als het toezicht niet mee verandert met het takenpakket van instellingen) ontstaan problemen in het functioneren van de organisaties in de zorg (die onder meer door de commissie-Cohen werden geschetst).

Dynamiek in de context van besturing

De grenzen tussen organisaties zijn niet altijd helder te trekken. Dat heeft verscheidene oorzaken. Hybride organisaties en sectoren maken deel uit van vele beleidsnetwerken. Dit zijn 'min of meer stabiele patronen van sociale relaties tussen wederzijds afhankelijke actoren, die zich conformeren rondom beleidsproblemen en/of beleidsprogramma's' (Kickert, Klijn en Koppenjan *et al.*, 1997; Van der Grinten, 1997). Elke actor heeft zijn/haar positie en rol binnen de publiek-private-professionele beleidsnetwerken van de gezondheidszorg. In de beleidsnetwerken zijn actoren soms zowel het bestuurd orgaan als het besturende orgaan. Daarin ligt ook het verschil in sturing en besturing besloten. Besturen is 'het ordenen tussen verschillende actoren, belangen en waarden en tussen bestendigheid en tijdelijkheid' en dit vertalen in management- en organisatie-issues en besluitvormingsprocessen (Van Montfort, 1996). In de recente geschiedenis verliep dit in Nederland via de neocorporatistische en verzuilde structuren. De aard en de intensiteit van de afhankelijkheden daarbinnen verschuiven op dit moment, onder meer doordat nieuwe actoren met eigen doelen en belangen de zorgarena betreden. Besturen betekent dat daarop ingespeeld moet worden. Door verticale en horizontale ontwikkelingen (transmurale zorg, strategische allianties, informatisering, meer transparantie, netwerkvorming) vindt er een toenemende 'vervaging' van organisatiegrenzen plaats. Er komen veel verantwoordelijkheden op het niveau van het management van organisaties in de zorg terecht, waardoor de instellingen en zorgverzekeraars als 'spin' in een web van (regionale) afhankelijkheden opereren. Ze vervullen in dat web verschillende rollen (zie verder) (Meurs, 1997). Er wordt daarbij een toenemend beroep gedaan op hun maatschappelijke verantwoordelijkheden en

probleemoplossend vermogen.

Netwerkmanagement is in een dergelijke context belangrijk. De conclusie is dat de ontwikkelingen *binnen* de sector en *buiten* de zorg consequenties hebben voor het takenpakket van de betrokken actoren, maar ook voor de toezichtsrelaties en de criteria waarmee we de prestaties van deze actoren beoordelen. Als daar geen samenhang tussen bestaat ontstaan er problemen bij het legitiem en effectief functioneren van het zorgsysteem.

Netwerkmanagement om de relatie van de zorgsector met de context samenhangend te bedienen

5.2 Sturing: maatschappelijk ondernemerschap in de gezondheidszorg

Wie, wat en hoe bij maatschappelijk ondernemen?

Om te voorkomen dat maatschappelijk ondernemerschap te pas en te onpas wordt gebruikt voor allerlei ontwikkelingen in de zorg geven we hier de definitie van dit sturingsconcept. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg geeft in een aantal adviezen, bijvoorbeeld in adviezen over het ziekenhuis en de verzekeraar, aan dat het bij maatschappelijk ondernemerschap gaat om het 'ondernemen in het publieke belang, dus het nemen van risico's, het stimuleren van innovatie, het creatief inspelen op ontwikkelingen in de omgeving, en dit alles binnen een kader van publieke normen rond solidariteit, toegankelijkheid en gelijkheid' (RVZ, 1996; 1998; Van der Grinten, 1996; 1997). Maatschappelijk ondernemerschap is een sturingsconcept dat op het macroniveau van besturing, het meso(organisatie)niveau en het microniveau (de manager en professional) uitwerking en verdieping behoeft. De samenhang tussen de verschillende besturingsniveaus is van belang (De Waal, 1996; De Gouw en Westering, 1997).

Definitie maatschappelijk ondernemen

➤ Macrosturing: kaderstelling

Spelregels tussen overheid, markt en privaat initiatief

Een zekere mate van marktwerking, zelfregulering en onderhandelingszin op het besturingsniveau van de instellingen, zorgverzekeraars en zorgvragers is noodzakelijk voor kostenbeheersing, doelmatigheid, innovatie en creativiteit. Tegelijk is er enige regie nodig om de afweging van de vele belangen, doelen en eisen in goede banen te leiden. Daartoe stelt de overheid de macrokaders in samenspraak met het veld vast. De rol voor de politiek is bij het vaststellen van die kaders zeker niet afwezig. Bij de politiek ligt het primaat voor het maken van de fundamentele keuzen aangaande de oriëntatie op marktwerking en overheidssturing. In een oriëntatie op gezondheidszorg en haar publiek-private context horen ook de 'nieuwkomers' op het toneel,

Maatschappelijk ondernemen op het macro besturingsniveau:

- overleg overheid en veld

- politieke visie

- netwerkmanagement

Maatschappelijk ondernemen in de zorg

zoals banken en aanpalende beleidssectoren (bijvoorbeeld: sociale zaken, volkshuisvesting). Welke rol gaan deze actoren innemen? Een politieke visie kan hier leidend zijn. Door het beleidsnetwerk-perspectief te gebruiken om de relaties en interacties tussen de partijen (en de verschuivingen in de intensiteit en de aard daarvan) meer inzichtelijk te maken, kunnen de overheid, de politiek en het veld de verantwoordelijkheden invullen naar de eisen die aan hen worden gesteld. Daarbij kan de overheid de rol van netwerkmanager op zich nemen die, in overleg en samenspraak met het veld, de macroregels vaststelt voor de uitvoering, financiering en besturing van de sector. Een (binnen en buiten de sector) breed gedragen kader voor 'ondernemen' in de zorg kan het resultaat zijn.

De te stellen kaders en de daaraan verbonden afspraken en regels hebben vooral betrekking op de gevaren en de risico's van vervlechting en daarmee het voorkomen van:

- onduidelijke afbakening van bevoegdheden en verantwoordelijkheden;
- gebrek aan meervoudig draagvlak voor beleid;
- een tegenstrijdige set van criteria voor het beoordelen van zowel de prestaties als de legitimiteit van de performance van hybride organisaties;
- gebrek aan toezicht (of juist tegenstrijdig toezicht) waardoor het handelen van organisaties niet legitiem en/of effectief beschouwd wordt.

Vanwege de risico's die vervlechting met zich brengt, is het maatschappelijk ondernemerschap enkel mogelijk onder een aantal specifieke condities. De RVZ heeft deze in het advies Verzekeraars op de zorgmarkt de drie T's genoemd: trust, transparantie en toezicht (RVZ, 1998). Spelregels over het afleggen van verantwoording en het betrachten van openheid zijn van belang, alsmede het vertrouwen dat overheid en veld in elkaar moeten hebben. Toezicht is daarbij onmisbaar om publieke, private en professionele doelen mee te laten wegen in de organisatie en besluitvorming van de zorgsector. De drie T's komen terug in 'spelregels' op elk van de gebieden waarop we spanningen constateerden in hoofdstuk 4:

- Een zo helder mogelijke bevoegdhedenverdeling tussen overheid, markt en veld. Dit kan door delegatie en sturing op afstand te plegen (Kickert en Van Vught, 1995). De overheid stuurt dan op hoofdlijnen. In een *zorgakkoord* kunnen de partijen afspraken vastleggen, en invulling geven aan de bijzondere rol van de overheid en de maatschappelijke verantwoordelijkheid van het particulier initiatief (RVZ, 1998). In sommige dossiers zou de overheid de regie op zich kunnen nemen (bijvoorbeeld

Trust
Transparantie
Toezicht

Heldere verdeling van taken,
bevoegdheden en verantwoorde-
lijkheden

Maatschappelijk ondernemen in de zorg

bij afspraken over arbeidsvoorwaarden en personeel; definiëring van wat gelijke toegang betekent). In het naleven van contracten rond het volume en de tarieven van zorgverlening kan de zorgverzekeraar een meer centrale rol spelen. In de spelregels worden de rollen gedefinieerd. Daar is commitment, openheid en vertrouwen voor nodig. De complementariteit van bevoegdheden van overheid en particulier initiatief (en niet van tegenstrijdigheid of conflict) is het uitgangspunt voor het overleg en de consensusvorming. Het management van informatiestromen van en naar het meer marktgerichte domein en het meer overheidsgerichte domein, de activering van communicatielijnen, en de inzet van deskundigheid op meerdere velden zijn daarbij van belang (zie verder) (Teisman en In 't Veld, 1992; Ministerie van Financiën, 1998).

- Maatstaven voor het handelen. Het gaat niet enkel om economische doelmatigheid en doelgerichtheid van het handelen. Een bepaalde mate van allocatieve ondoelmatigheid is aanvaardbaar, wanneer in het macrokader de keuzen voor een rechtvaardige inkomensverdeling, gelijke toegang tot de zorg of het reduceren/voorkomen van tweedeling in de zorg gemaakt worden. Dit krijgt vertaling in normen voor proces- en netwerkmanagement. Op het organisatieniveau krijgen deze een invulling. De criteria/normen kunnen op hoofdlijnen per deelsector of per type 'marktpartij' worden vastgelegd in spelregels en procesregels, bijvoorbeeld door het stellen van eisen rond het organiseren van openheid, patiëntgerichtheid en het stellen van eisen en randvoorwaarden voor behoorlijk bestuur. Eisen rond het registreren en uitwisselen van gegevens en het vergroten van de vergelijkbaarheid tussen organisaties (bijvoorbeeld aangaande wachtlijstgegevens; kwaliteitsgegevens/keurmerken; benchmarking) zijn hier voorbeelden. Ook informatisering kan een rol spelen bij het vergroten van de transparantie (bijvoorbeeld uniformering van registratiesystemen). Volledige openheid is echter onmogelijk. Enige geslotenheid is voor elke actor van belang. Dat is ook voor een 'gezonde' dosis concurrentie en voor het inbouwen van prikkels voor doelmatig werken van belang. De spelregels op macroniveau gaan over de redelijke mate van openheid tussen partijen.
- Het toezicht is in de zorg verdeeld over verschillende toezichthouders (zie hoofdstuk 4). De spelregels rond het toezicht gaan over de besteding van middelen en bijvoorbeeld de toetreding van (nieuwe) actoren in de netwerken van zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Het gaat ook over toezicht op kwaliteit van zorg, privacy van zorgvragers en het tegengaan van oneerlijke concurrentie en 'spelverruwing'. De Wet Economische Mededinging is hier een belangrijk instrument om kartelvorming

Management van informatiestromen

Duidelijke maatstaven waarmee de prestaties van organisaties in de zorg beoordeeld worden

... via proces- en gedragsregels voor openheid, patiëntgerichtheid en behoorlijk bestuur

... en door stroomlijnen informatie en communicatie

Maatschappelijk ondernemen in de zorg

tegen te gaan. Bij maatschappelijk ondernemerschap worden controle-standaarden vooraf vastgelegd, maar vindt het toezicht vooral achteraf plaats (RVZ, 1996; 1998). Hiermee worden het innovatief en leervermogen niet op voorhand restricties opgelegd. De toezichtsdomeinen sluiten aan bij het bestaande vergunningenstelsel, overeenkomstenstelsel en kwaliteitsstelsel in de relaties tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars en zorgvragers. In het kader van maatschappelijk ondernemerschap passen daar ook de volgende instrumenten bij: vergunningen, kwaliteitseisen, keurmerken, protocollen, standaarden en codes van behoorlijk bestuur. Toezicht zal overigens in toenemende mate over de grenzen van de zorg heen plaatsvinden, door afstemming met bijvoorbeeld de volkshuisvesting en de sociale zekerheid. Door precies de toezichts- en afhankelijkheidsrelaties te benoemen en ook de samenhang te bevorderen in het toezicht kunnen politieke, maatschappelijke en bijvoorbeeld economische risico's effectief gespreid worden. Een ontwerpwet rond het toezicht is ingediend door de Minister van VWS (1998). Het organiseren van onafhankelijk toezicht is belangrijk om toezicht op toezicht te voorkomen (In 't Veld, 1995; 1997).

Door het inzichtelijk maken van toezichtsrelaties kunnen risico's gespreid worden

- Een interactief sturingsmodel is gericht op het bereiken van overeenstemming en draagvlak in (nieuwe) verhoudingen tussen de overheid en het veld. Deze verhoudingen worden niet enkel bepaald door neocorporatistische stuursignalen van bovenaf. Transparantie rond bevoegdhedenverdelingen, performance criteria en controle- en toezichtsmechanismen, is van belang om het noodzakelijke draagvlak voor sturing en beleid te verwerven. Overleg- en communicatiestructuren bij publiek-private vervlechting (en bijvoorbeeld rond het eerder genoemde Zorgakkoord) bieden een platform voor draagvlakverwerving. Dit is sturend en zinvol wanneer de partijen met elkaar tot het compromis kunnen komen. De overheid heeft hierbij een faciliterende en managende rol. Veldpartijen komen onderling niet altijd tot een oplossing en een bevredigende afweging. Het waarborgen van (de meerwaarden van) verscheidenheid en meervoudigheid vraagt dus ook om enige regie en ordening. De overheid houdt de hoofdlijnen van beleid in de gaten en (Minister en Parlement maken politieke keuzen).

Coöperatie, consensus en compromisvorming blijven nodig

- Mesosturing: (inter)organisationeel procesmanagement
Hoe kunnen op organisationeel en interorganisationeel (transmurale ketens, samenwerkingsverbanden, allianties) gebied de risico's van vervlechting beteugeld worden? Is maatschappelijk ondernemen daarvoor een geschikt sturingsconcept?

Maatschappelijk ondernemen op het mesobesturingsniveau:

Balans tussen de drie P's

Maatschappelijk ondernemen in de zorg

Op organisatieniveau wordt de balans tussen de drie P's op een maatschappelijk ondernemende wijze gevonden door onder meer:

- Het op een maatschappelijk ondernemende manier invullen van de 'linking pin-rol' van zorgaanbieders en zorgverzekeraars, door risico's te nemen in het aangaan van zorgvernieuwing en investeringen, door creatief te zoeken naar mogelijkheden om wachtlijsten aan te pakken en door technologische en organisatorische innovaties te stimuleren. De maatschappelijk ondernemer komt uit voor de maatschappelijke en bedrijfsverantwoordelijkheid en schuift deze niet af. Daarmee is hij een schakel in de effectuering van maatschappelijke en ondernemersverantwoordelijkheden. In die positie zoekt hij een balans tussen doelmatigheid, kostenbeheersing, kwaliteit, ethiek, toegankelijkheid en gelijkheid. - zorgaanbieders en zorgverzekeraars: 'linking pin' rol
- De prijs/product/kwaliteit verhouding staat centraal als toetsingscriterium voor handelen (Rijksen en Visser, 1996). Instellingen moeten daarbij steeds meer een continuum van zorg (op maat) te leveren. Transmurale zorgverlening is van belang om de doelmatigheid en samenhang in de zorg te bevorderen. - inzicht in de verhouding prijs/product/kwaliteit
- Concurrentievermogen vergroten. Door het eigen handelen te toetsen op de verhouding tussen prijs, product en kwaliteit (mogelijk via het inzicht en de door VWS beoogde financiering via producttypering) kan de concurrentie onder zorgaanbieders en in de richting van zorgverzekeraars verder toenemen. - vergroten concurrentievermogen
- Wisselwerking tussen de interne bedrijfsvoering en het extern management. Strategisch beleid is in zorgnetwerken van belang. Extern management moet in de interne bedrijfsvoering doorklinken. Dat betekent dat de organisatie de eigen kundigheden en specialisaties verder verdiept. Hiermee kan ze in de ketens van zorgverlening, in strategische allianties en in overeenkomsten een speciale positie innemen. Op die manier wordt gebruik gemaakt van de beschikbare kunde en kwaliteit. Een meer flexibele koppeling tussen verschillende kundes is van belang om op veranderende situaties in te spelen. Informatisering kan de transparantie vergroten die nodig is om die koppelingen te kunnen maken. - wisselwerking intern en extern management
- De intensivering van de relatie tussen het management en de professionals versterkt de positie van de organisatie (meer interne en externe stuurmogelijkheden). - verdere intensivering van de relatie management - professie

Hoe waarborgen deze elementen een gewenst spel- en procesverloop waarbij de vele belangen en eisen inderdaad tot een afweging worden gebracht en er tot consensus gekomen wordt?

Toezicht, transparantie en trust

De vrijheid van handelen voor de instellingen kan groter worden

als de overheid kaders schept die ruimte laten voor een flexibele en situationele invulling. Die kaders kunnen op organisationeel niveau onder meer ingevuld worden met:

- Een overheid op afstand en een systeem van toezicht achteraf kunnen samen, zoals de RVZ in eerdere rapporten betoogde, ondernemingszin stimuleren en maatschappelijke waarden tegelijk waarborgen. De innovativiteit en creativiteit in het zoeken naar consensus en oplossingen krijgen meer ruimte als er niet vooraf aan allerlei regels voldaan moet worden (RVZ, 1996; Meurs, 1997). Toetsing achteraf geeft meer ruimte om problemen op een eigen en creatieve wijze aan te pakken. Het commitment van organisaties aan deze regels, alsmede het benutten van de ruimte die ze bieden, is een verantwoordelijkheid op organisatieniveau. - Toetsing achteraf
- Een Raad van Toezicht, en aanspraakmogelijkheden in het kader van kwaliteitsgaranties, zijn belangrijke instrumenten die kunnen worden afgesproken op macroniveau maar ingevuld worden op het organisatieniveau (RVZ, 1996). De sturing richt zich daarbij op aanspraken, omvang van uitgaven, zorgvolume, toegankelijkheid, bouw. Effectiviteit, efficiency en klantgerichtheid kunnen een lokale invulling krijgen binnen de macrokaders. - Interne controlemechanismen
- Op organisatieniveau spelen informatisering, proces- en veranderingsmanagement en netwerkmanagement een belangrijke rol bij de effectuering van transparantie, vertrouwen en toezicht. Het gaat daarbij bijvoorbeeld om: het ordenen en inzichtelijk maken van geldstromen; specialisatie en onderscheiding in de core-business van de organisatie; integraal management van zorgketens; het inzichtelijk maken van wachtlijsten en andere knelpunten in de zorgverlening. - Effectuering van toezicht en controle, vertrouwen en openheid

➤ Microsturing: managers en professionals in de zorg
Op het microniveau van sturing spelen de managers en de professionals een belangrijke rol bij de besturing. Aan deze actoren stelt maatschappelijk ondernemerschap speciale eisen, maar hun werkwijze stelt ook eisen aan maatschappelijk ondernemen. Veel hangt af van hoe managers van zorginstellingen of verzekeringsorganisaties zich opstellen. Ze participeren in verschillende typen netwerken. Er is sprake van 'situationeel leiderschap' (Rijksen en Visser, 1996). Het management pooft daarbij steeds meer de relatie tussen de organisatie en de omgeving op een ondernemende en innovatieve wijze te onderhouden (richting overheid, zorgverzekeraars en andere zorgaanbieders en zorgvragers). Dit vraagt om een besef van de aanwezigheid van veel verschillende belangen, waarden en normen in die context. In de visie, missie en doelen die de manager formuleert komt dit tot

Maatschappelijk ondernemen op het microbesturingsniveau

Maatschappelijk ondernemen in de zorg

uiting. De organisatie moet deze wel dragen en uitwerken in projecten en andere activiteiten. Dit kan enkel als maatschappelijk ondernemerschap aansluiting zoekt bij de werkprocessen op het microniveau. De projecten waarin dat tot uiting komt kunnen bijvoorbeeld betrekking hebben op transmuralisering, het opzetten van bepaalde behandelingscentra met andere zorginstellingen en gezamenlijke registratiesystemen.

Rolverdeling en gedragscodes

Maatschappelijk ondernemerschap krijgt niet alleen vorm via regelgeving, maar ook via gedragscodes en profielschetsen. Temeer omdat er niet bij voorbaat vanuit gegaan kan worden dat managers en beroepsbeoefenaren deskundig zijn in het 'maatschappelijk ondernemen'. Meurs onderscheidt een aantal rollen (1997):

- **Klokkenluider.** De manager kan het maatschappelijk debat aangaan en knelpunten of anderszins belangrijke issues aan de orde stellen. De maatschappelijke verantwoordelijkheid van zorginstellingen wordt dan direct verwoord. Dit is de rol van 'klokkenluider'. Een zekere mate van 'burgerlijke ongehoorzaamheid' kan onderdeel van deze rol zijn: aangeven dat bepaalde regelgeving omzeild wordt in het publieke belang (het behandelen van illegale patiënten). Openheid van zaken geven is ook hier weer van belang. - klokkenluider
- **Grensverlater.** De 'grensverlater' handelt niet meer in termen van de traditionele schotten in de zorg. Transmurale initiatieven, strategische allianties en samenwerkingsverbanden met andere sectoren (zoals de sociale zekerheid) worden in die hoedanigheid aangegaan. Voor zorgvernieuwing en innovatie is deze rol erg belangrijk. - grensverlater
- **Relatiebemiddelaar.** De manager onderhoudt zowel horizontaal (tussen bijvoorbeeld gelijke zorginstellingen of tussen zorgmanagers en medici) als verticaal (bijvoorbeeld tussen verschillende zorgvormen) relaties binnen en buiten de zorg. Intern speelt het management een motiverende en stimulerende rol in de bedrijfsvoering en het primaire proces (bijvoorbeeld naar patiënten/verpleegkundigen/artsen). - relatiebemiddelaar

Managers en professionals vervullen verscheidene rollen:

Maatschappelijk ondernemerschap betekent dat de manager/professional ook in staat gesteld moet worden, c.q. de condities moet scheppen, om deze rollen te kunnen vervullen. De overheid kan ervoor zorgen dat de manager in deze rollen niet belemmerd wordt door tegenstrijdige regelgeving op het gebied van financiering en uitvoering. Het is voor de manager en de organisatie demotiverend als bijvoorbeeld initiatieven voor zorgvernieuwing worden afgeblazen of teruggedraaid vanwege financiële onmogelijkheden

Maatschappelijk ondernemen in de zorg

en tegenstrijdige regelgeving, nadat de organisatie uiteindelijk moeizaam was overtuigd door de manager van het nut van het initiatief (en de gevolgen ervan voor de werkwijze in het primaire proces wilde accepteren). Vanuit de zojuist beschreven rollen is voor de manager enige ruimte nodig om in te kunnen spelen op lokale werkwijzen, codes en behoeften.

Het management heeft ruimte nodig om in te kunnen spelen op lokale codes en behoeften

De volgende karakteristieken zijn de kenmerken van een maatschappelijk ondernemer:

- een aan een sterk maatschappelijk en ethisch besef ontleende motivatie,
- een op de omgang met professionals gerichte attitude,
- een relatiegericht gedrag,
- een vermogen tot inspirerend leiderschap,
- een vermogen tot creatief denken,
- een resultaatgerichte instelling en
- commerciële vaardigheden (Rijksen en Visser, 1996; Meurs, 1997).

Profiel van een 'maatschappelijk ondernemer'

Via proces- en netwerkmanagement, neergelegd in profielen en codes, kunnen de doelen van maatschappelijk ondernemen bereikt worden. Dat neemt niet weg dat er ook enige rechtskracht/verplichting zal moeten uitgaan van bepaalde codes en regels, om actoren er desnoods toe te bewegen/dwingen om de gestelde doelen in het kader van maatschappelijk ondernemerschap na te streven die passen binnen de macrokaders, en niet enkel te profiteren van grotere vrijheden. Maatschappelijk ondernemers en ondernemingen moeten bereid zijn om op een systematische niet vrijblijvende wijze maatschappelijke verantwoording afleggen voor het gevoerde beleid (De Waal, 1997).

Niet vrijblijvend verantwoording afleggen

Er zijn hierbij tal van voorbeelden te noemen voor het bevorderen van openheid over resultaten en consumenteninformatie (benchmarking; Michelingids voor ziekenhuizen), het goed regelen van het interne toezicht (Raad van Toezicht, klachtencommissies, keurmerken), het afleggen van verantwoording (publiekelijk) over gevoelige taken en bevoegdheden en het helder regisseren van financieringsstromen (en zo mogelijk gescheiden registreren) (De Waal, 1997; Den Boer, 1998). De 'nieuwe' rollen van het management leggen de nadruk op het verantwoorden van hun handelen en het verwerven van draagvlak op vele vlakken. "(...) *we stellen vast dat het ziekenhuismanagement op velerlei terreinen publieke verantwoording aflegt en moet afleggen voor het gevoerde beleid.*" (Rijksen en Visser, 1996).

Vele vormen van publieke verantwoording

Maatschappelijk ondernemen in de zorg

5.3 Maatschappelijk ondernemerschap: verbindend bestuur?

Maatschappelijk ondernemerschap functioneert enkel onder de condities van de drie P's en de drie T's. De verbinding tussen de drie P's komt tot uiting in (oude en nieuwe) sociale verbanden, waar de oude (neocorporatistische) structuren soms van minder belang worden. Om de risico's van vervlechting en hybriditeit te voorkomen zijn de drie T's van belang. Maatschappelijk ondernemerschap richt zich constant op het inzichtelijk maken van bestaande bestuurlijke verhoudingen, middels proces- en netwerkmanagement gericht op trust, transparantie en toezicht. Daarbij moeten we wel aantekenen dat transparantie en helderheid moeilijk voor de volle 100% te bereiken zijn. Proces- en gedragsregels zijn behulpzaam bij het bereiken van overeenstemming en consensus, het bevorderen van transparantie en vertrouwen, en het beperken van te grote spanningen in de besturing.

Verbinding van de 3 P's in een kader van 3 T's

Maatschappelijk ondernemerschap bereikt dan een zinvolle verbinding tussen actoren in de zorg:

- De verbinding/samenwerking tussen de centrale actoren in de zorg (zorgaanbieders, zorgverzekeraars, patiënten en overheid) en de complementariteit van bevoegdheden en verantwoordelijkheden verschaffen meer inzicht wederzijdse afhankelijkheden en de noodzaak van samenwerking.
- De verbinding tussen de (on)mogelijkheden in de praktijk van besturing en de wenselijke situatie in het kader van maatschappelijk ondernemen: de 'fit' daartussen is van belang.
- De verbinding tussen publiek, privaat en professie en het vinden van handvatten teneinde de meerwaarden (zie terug) ervan te benutten.

Maatschappelijk ondernemen bereikt een verbinding tussen:

- actoren in de zorg (samenwerking)
- de praktijk van besturing en de wenselijke situatie
- de 3 P's en de 3 T's

Bovens *et al.* spreken van zogenaamd 'bindend bestuur', als er een responsieve overheid is die regels stelt aangaande verantwoording en legitimiteit, en tegenstellingen tracht te overbruggen. Maatschappelijk ondernemerschap gaat daarvan uit en ziet de verschillende besturingsniveaus als complementair aan elkaar. De overheid behoudt een ordenende taak in de zin van het vastleggen van verantwoordelijkheden, controleprocedures en het organiseren van een maatschappelijk debat (bijvoorbeeld omtrent het domein van de ministeriële verantwoordelijkheid) (Bovens *et al.*, 1995). De overheid claimt niet de dominante positie zoals bij hiërarchische sturing en er heerst ook niet het zelfsturingsmechanisme van de markt. Maatschappelijk ondernemerschap vindt een middenweg

Maatschappelijk ondernemen in de zorg

door ruimte te laten voor ondernemerschap en regie aan te brengen inzake de door alle partijen gedeelde maatschappelijke verantwoordelijkheden. Maatschappelijk ondernemerschap is daarom geen 'next-best' alternatief voor aanbodregulering en marktwerking. Het gaat om de waarde de vervlechting en hybriditeit op zichzelf kunnen hebben. Vanuit een handelingsperspectief benut maatschappelijk ondernemen in de zorg de meerzijdigheid van vervlechting en hybriditeit ten behoeve van de organisatie en het management van de sector. Maatschappelijk ondernemen zoekt naar een functionele aanpak voor de spanningen die daarbij in de praktijk van besturing optreden.

Maatschappelijk ondernemen is geen 'next best' alternatief

6 Maatschappelijk ondernemen bij de van wachtlijsten

aanpak

De wachtlijstproblemen raken de kern van de Nederlandse gezondheidszorg: ze vormen een risico voor een voor iedereen toegankelijke, hoogwaardige, doelmatige, solidaire en betaalbare zorgverlening. Bij de wachtlijstproblemen zijn publieke, private en professionele belangen in het geding. Zorgaanbieders, zorgverzekeraars, overheden, politieke partijen, patiënten, werkgevers en artsen zijn wederzijds van elkaar afhankelijk voor het aanpakken van de wachtlijstproblematiek. Voor de oplossing van de wachtlijstproblemen is samenwerking daarom van belang.

De wachtlijstproblematiek raakt de basiskenmerken van ons zorgstelsel

6.1 Wachtlijsten en omzeilende initiatieven in de zorg

De context van sturing bij de wachtlijstproblematiek

Een aantal ontwikkelingen dragen bij aan de wachtlijstproblematiek, onder meer:

- de schaarste in de zorg;
- de noodzaak van kostenbeheersing;
- de verdergaande individualisering in de maatschappij en in de zorg (zorg op maat);
- toenemende vergrijzing;
- stijgende kosten.

Druk op het stelsel

De problemen worden nog complexer door de volgende ontwikkelingen in de context van de zorg:

- de emancipatie van patiënten (meer mondigheid);
- ondernemerschap en concurrentie bij en tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars;
- privatisering van de Ziektewet en de druk op werkgevers om het ziekteverzuim en de arbeidsongeschiktheid terug te dringen, en dientengevolge
- de introductie van 'nieuwe' actoren binnen de gezondheidszorg (zoals werkgevers).

Toename complexiteit van besturing

Er spelen zo een aantal belangrijke sturingsvraagstukken: Hoe kunnen wachtlijsten structureel aangepakt worden? Hoe gaan de partijen in het veld en de overheid daarmee om? Wie heeft de regie in handen? Welke sturingsmethoden zijn geschikt in de dynamische context rond de wachtlijstproblematiek?

Wachtlijstomzeilende initiatieven

Vanwege de lange wachttijden voor bepaalde behandelingen zijn verschillende initiatieven ontstaan om patiënten sneller te kunnen

Maatschappelijk ondernemen in de zorg

behandelen. Zorgvernieuwing en een meer doelmatige organisatie zijn belangrijk daarbij. Er zijn ook initiatieven ontstaan om bepaalde groepen zorgvragers sneller te behandelen (zoals bedrijvenpoli's en telefonische hulpdiensten). De NRV (Nationale Raad voor de Volksgezondheid) definieerde destijds de wachtlijstomzeilende initiatieven als volgt: 'Activiteiten met als doel sommige personen sneller te laten onderzoeken of te behandelen dan andere. Deze voorrang vindt plaats op grond van niet-medische criteria'(NRV, 1995). Volgens de NRV zijn de argumenten vóór snellere hulpverlening van bepaalde groepen:

Argumenten voor wachtlijstomzeiling

- financiële voordelen voor werkgevers en de maatschappij;
- terugdringing ziekteverzuim binnen de reguliere zorg is te beperkt; daarom is het private initiatief toelaatbaar;
- extra zorgcapaciteit en extra gelden, komen ook ten goede aan reguliere zorg;
- het is in het belang van werknemers dat ze korter ziek zijn en dat de kans op arbeidsongeschiktheid afneemt.

De NRV noemt ook een aantal argumenten tegen snellere hulpverlening:

Argumenten tegen wachtlijstomzeiling

- de behoefte aan gezondheidszorg is zo fundamenteel van aard dat solidariteit en gelijkheid gegarandeerd moeten worden;
- wachtlijsten moeten structureel opgelost worden en niet enkel voor bepaalde groepen;
- extra capaciteit creëren in de zorg is lastig, waardoor onbenutte capaciteit snel opgebruikt zal zijn en omzeilende initiatieven daardoor ten koste van de reguliere zorg zullen gaan;
- snellere hulp is niet in het belang van de werknemer - patint omdat rechten zoals de vrije artskeuze en het recht op relevante informering onder druk komen te staan (NRV, 1995).

De wachtlijstomzeilende initiatieven raken de kern van het zorgstelsel: de gelijke toegankelijkheid, de betaalbaarheid, de solidariteit tussen inkomens en de onafhankelijke professionele behandeling van patinten. Waarom ontstaan dergelijke initiatieven? Het antwoord op deze vraag vinden we in de pluriformiteit van belangen en belanghebbenden bij de zorg.

6.2 Wachtlijsten: publieke, private en professionele belangen

Een pluriform pakket van belangen en doelen

Een divers pakket van publieke, private en professionele belangen, eisen en wensen zijn aan de orde bij de wachtlijstproblematiek:

Publieke belangen

Publieke belangen in de

Maatschappelijk ondernemen in de zorg

- Gelijkheid in behandeling en toegankelijkheid.
- Rechtvaardigheid in de behandeling en betaling.
- Economisch nut: doelmatigheid van de zorgverlening.
- Vrije artskeuze voor patiënten.
- Waarborgen kwaliteit van de zorgverlening.
- Noodzaak tot kostenbeheersing.
- Bindende verdeling van schaarste.
- Voorkomen van tweedeling in de zorg.
- Gezondheidsschade als gevolg van wachttijden moet voorkomen worden.

wachtlijstdiscussie

Private belangen

- Snellere hulpverlening om aan vraag tegemoet te komen (verzekeraar/patiënt).
- Doelmatiger omgaan met incurante uren in ziekenhuizen (benutten overcapaciteit).
- Ziekte en arbeidsongeschiktheid beperken is een economisch belang van werknemers/werkgevers.
- Extra inkomsten voor zorginstellingen en verzekeraars (komen deze ten goede aan reguliere zorg?).
- Het bieden van extra diensten en services (worden kosten doorberekend in tarieven?).
- Zorgaanbieders en verzekeraars willen zich op de zorgmarkt 'onderscheiden' (producten/prestige).
- Efficiënte middeleninzet en het genereren van extra middelen over het creëren van meer financiële en/of materiële ruimte.

Private belangen in de wachtlijstdiscussie

Professionele belangen

- Professionele autonomie bij indicatiestelling en behandeling behouden en waarborgen.
- Professionele inbreng in beleids- en besluitvorming, in organisatie en in management.
- Medisch-ethische criteria bepalen de urgentie van een ingreep (medische gedragscodes).
- Bij gelijke urgentie: wie het eerste komt, wie het eerst maalt.
- Vrije artskeuze moet gewaarborgd blijven.
- Recht op zelfbeschikking van patiënten waarborgen (informatieverstrekking, keuzen kunnen maken).
- De ondeelbaarheid van het individu is een fundamenteel uitgangspunt.
- Het economische belang van professionals bij organisationele autonomie bij zorgverlening: inkomenspositie.

Professionele belangen in de wachtlijstdiscussie

Artsen, de Minister, de Tweede Kamer, zorgaanbieders, zorgverzekeraars, patiënten, werkgevers, werknemers, bedrijfsgezondheidsdiensten en sociale diensten hebben allemaal eigen

Maatschappelijk ondernemen in de zorg

belangen bij een snelle, doelmatige, kwalitatief hoogstaande gezondheidszorg. Bij de een domineert een economisch perspectief op het al dan niet aangaan van wachtlijstomzeilende initiatieven, en bij de ander een medisch-ethisch of maatschappelijk perspectief. Deze kunnen op gespannen voet met elkaar staan. In een tijd dat de liberalisering van de gezondheidszorg verder gaat, en marktwerking en concurrentie steeds meer voet aan de grond krijgen, zijn veel van de genoemde actoren genoodzaakt te zoeken naar een snelle, effectieve en goede behandeling van patienten (mede onder druk van contracten). Daar ligt een gezamenlijk belang vanuit de verschillende invalshoeken van belanghebbers.

Verschillende perspectieven staan op gespannen voet met elkaar

Pogingen tot afstemming van belangen

De NRV constateerde in 1995 de noodzaak van een gedeeld referentiekader bij het oplossen van de wachtlijsten en over de problemen bij het verlenen van voorrang aan bepaalde groepen (bijvoorbeeld werknemers). In de periode 1995-1998 zijn verscheidene pogingen gedaan om tot een gezamenlijke aanpak te komen. Belangrijke punten bij de ontwikkeling van een referentiekader waren de openheid, transparantie, duidelijkheid en de uniformering van de registratie van wachtlijsten. Er leek in 1995 een vrij grote mate van overeenstemming te bestaan over een structurele aanpak en een tijdelijke voorrangsregeling voor werknemers. Echter, de Minister en de Tweede Kamer stelden zich later op tegen de tijdelijke voorrang voor werknemers en daarmee bleef het gemeenschappelijke referentiekader uit. Het initiatief lag toen bij de Minister van VWS. Deze kwam in 1996 met een notitie over de wachtlijsten (Ministerie van VWS, 1996). VWS stelde een wachtlijstbrigade in, bestaande uit een aantal adviseurs die onder meer over het algemene beleid aangaande wachtlijsten adviseren, als wel over meer concrete maatregelen zoals de besteding van extra gelden ('inhaalslag'). In januari 1998 werd door VWS een ronde tafelgesprek gehouden met het veld over de wachtlijstproblematiek, alweer om te komen tot richtlijnen voor behandeling en een referentiekader voor de bestrijding van wachtlijsten. Men kwam er daar nog niet uit; de verschillende belangen botsen. Daarop kwam het veld in maart 1998 met een eigen plan van aanpak (zie verder).

Moeizame afstemming van belangen: een brede aanpak blijft uit

Botsing van belangen

Welke debatten worden er gevoerd omtrent de wachtlijstproblemen, waarin de botsing van belangen tot uiting komt?

- *Debat: de professie tussen overheid en markt.* De onafhankelijk medisch-professionele betrokkenheid staat op zichzelf los van

De professie tussen overheid en markt

Maatschappelijk ondernemen in de zorg

het domein van de overheid of het domein van de markt. Het professionele belang is te voorkomen dat commercialisering van de wachtlijst-problematiek botst met de medische ethiek en dat de overheid een keurslijf van regels, waarborgen en procedures het vrije medische beroepsuitoefening belemmert. De volgende (medische) criteria bepalen namelijk wie er met voorrang behandeld wordt:

- medische urgentie op basis van medisch-professionele indicatie;
 - bij gelijke urgentie geldt: wie het eerst komt, wie het eerst maalt;
 - pas daarna worden sociaal-medische criteria eventueel belangrijk.
- *Het solidariteitsdebat.* Met name het laatste punt zorgt voor controverses. Door de privatisering van de Ziektewet worden sociale criteria voor een aantal actoren (werkgevers/werknemers) in de zorg steeds meer van belang. De vraag is of van de gezondheidszorg gevraagd mag worden om het criterium van de arbeidsparticipatie systematisch te hanteren bij de behandeling van patiënten. We komen dan terecht in de tweespalt tussen 'minder betekenisvolle' patiënten en 'meer betekenisvolle' patiënten op grond van het economisch nut dat aan de individuele gezondheid kan worden toegekend (Van Dartel, 1997). Bij een strikt vasthouden aan solidariteit als basisprincipe past geen voorrangbehandeling op grond van niet-medische criteria. Vanuit een meer economisch perspectief wordt gewezen op de extra gelden die, door het verlenen van voorrangszorg aan bijvoorbeeld werknemers, tegoed zouden kunnen komen aan de reguliere zorg, zodat ook daar de wachttijden verkort kunnen worden. Daar staat tegenover dat de behoefte aan zorg volgens sommigen zo fundamenteel van aard is dat de samenleving solidair moet zijn en gelijke toegang moet garanderen. De vrees is dat de capaciteit die voor de snellere behandeling wordt gecreëerd of vrijgemaakt ten koste gaat van de capaciteit voor de reguliere zorgverlening. Ook de rechten van patiënten, zoals de vrije artskeuze, kunnen onder druk komen te staan.

Het solidariteitsdebat:
hoe waarden we
gezondheidszorg?

Publieke, private en professionele belangen ten aanzien van de wachtlijstomzeiling botsen regelmatig met elkaar in deze debatten. De verschillende betrokkenen hebben verschillende perspectieven op de oplossing van wachtlijsten. Er zijn meerdere manieren van denken over gezondheid en het verbeteren van de gezondheidstoestand. Dit komt naar voren bij de volgende vraagstellingen:

Maatschappelijk ondernemen in de zorg

- Wordt genezen onderdeel van het arbeidsproces?
- In wiens opdracht werkt een arts?
- Welke contacten hebben bedrijfsartsen en huisartsen?
- Hoe verhouden patiëntenrechten zich tot een arbeidscontract?
- Welke keuzen en afwegingen maken artsen en patiënten ten aanzien van behandelingen in het licht van het arbeidsproces en het contract met de werkgever?

Arbeid en gezondheid;
een complexe relatie

Vanuit een economisch perspectief op gezondheid is het probleem dat er behoeften bestaan waaraan de zorg op dit moment niet aan kan voldoen. Vanuit dit perspectief komen we bij de voorrang voor werknemers in de zorg. We kunnen ook gezondheid als een waarde in zichzelf beschouwen of als voorwaarde zien voor mensen om zich te uiten, op andere manieren dan enkel via loonarbeid. Bedrijvenpoli's liggen dan niet voor de hand. Vanuit een bedrijfseconomische optiek is het probleem het wachtlijstbeheer en de doelmatige (vervangende) zorgverlening. Vanuit de juridische invalshoek is de onrechtvaardige verdeling van verantwoordelijkheden. Beleidsmatig doen zich sturingsproblemen voor: dubbele plaatsingen op lijsten, gebrekkige informatie, substitutie van zorg, prikkels voor doelmatig werken ontbreken en de afstemming tussen organisaties is vaak gebrekkig. Kortom, het is in de debatten lastig om al deze zaken in één kader te brengen en tot een gezamenlijke probleemdefinitie te komen.

De debatten leiden niet steeds tot een gedeeld perspectief op de aanpak van wachtlijsten

Van Dartel geeft het belang aan van explicitering van het gehanteerde perspectief op gezondheid voordat er sturingsinstrumenten worden ingezet: "(...) de vraag is of via een omweg niet een praktijk wordt geïntroduceerd die nagenoeg dezelfde effecten heeft als de politiek gewraakte praktijk. Wanneer wachttijd in het reguliere circuit of daarbuiten 'weggekocht' kan worden door ieder die ervoor wil betalen, zal immers beslissend zijn wie er voor kan betalen" (Van Dartel, 1997). In het licht van 'maatschappelijk ondernemerschap' zijn dit relevante discussies, omdat ze direct de verhouding betreffen tussen *ondernemen* in de economische zin van het woord en het behoud en de versterking van *maatschappelijke*, ethische, politieke en bijvoorbeeld sociale normen en waarden.

Onder druk van de volgende factoren lukte het in 1998 wel om tot een gezamenlijke aanpak te komen:

De druk wordt opgevoerd

- de debatten leiden tot een besef dat een structurele en gezamenlijke aanpak nodig is waarbij alle betrokkenen verantwoordelijkheid dragen;
- de druk vanuit het klantenperspectief;

Maatschappelijk ondernemen in de zorg

- de gezamenlijke maatschappelijke verantwoordelijkheid van actoren in de zorg;
- het groeiproces: draagvlak werd langzaam-aan gecreëerd voor een gezamenlijke aanpak vanuit een maatschappelijk besef.

De verschillende veldpartijen kwamen na uitvoerige debatten in maart 1998 met het volgende kader van uitgangspunten:

- uniforme registratie en transparantie zorgaanbieders, zorgverzekeraars en verwijzers over wachtlijsten en toegangstijden;
- transparantie voor het publiek;
- zorgbemiddeling;
- het bevorderen van de ontwikkeling en de toepassing van een doelmatiger logistieke organisatie van de zorg;
- het wegnemen van belemmeringen in de bekostiging door het COTG en de verzekeringsfinanciering;
- meer kennis en aandacht in de curatieve sector voor relatie patiënt en arbeid;
- samenwerking tussen arbodiensten met curatieve en geestelijke gezondheidszorg, een betere arbo-infrastructuur, meer gespecialiseerde aandoeningsgerichte zorg;
- meer geld van de overheid is nodig om een inhaalslag te kunnen maken;
- normering van levertijden om tijdige hulp te waarborgen, en - initiatieven van zorgaanbieders en verzekeraars voor tijdige hulp moeten breder bekend worden gemaakt.

Elk van deze elementen wordt in het plan van aanpak vergezeld van een pakket maatregelen en draagt volgens de veldpartijen bij aan de structurele aanpak van wachtlijsten (Nota veldpartijen, 1998).

In 1998 bereiken de veldpartijen wel onderling overeenstemming over uitgangspunten

6.3 Spanningsvelden bij de besturing van de wachtlijstproblematiek

Er staat steeds meer druk op de zorg vanuit de sociale zekerheid. Werkgevers, zorgaanbieders, verzekeraars en transmurale partners hebben belangen bij wachtlijsten of de oplossing ervan. Als de werkgevers de verantwoordelijkheid hebben om zorg te dragen voor het terugbrengen van het ziekteverzuim, dan is het niet vreemd dat zij proberen om hun werknemers zo snel als mogelijk te laten behandelen. Is gelijkheid en toegankelijkheid van de zorg ondergeschikt aan economische doelmatigheid en arbeidsparticipatie? Sommigen wijzen met nadruk op de fundamentele rechten op gelijkheid en rechtvaardigheid in de zorg en het gevaar van tweedeling tussen werkenden en niet-werkenden in de maatschappij die zou ontstaan door voorrangbehandeling. De

Maatschappelijk ondernemen in de zorg

spanningen rond de oplossing van de problemen liggen op het terrein van een heldere verdeling van verantwoordelijkheden en bevoegdheden, het aanboren van noodzakelijk draagvlak, de effectiviteit van de aanpak en het toezicht op het correct nakomen van de afspraken en verantwoordelijkheden.

Verantwoordelijkheden en bevoegdheden

Ten aanzien van de verdeling van verantwoordelijkheden voor (het oplossen) van de wachtlijstproblemen constateren we het volgende:

- De verantwoordelijkheden van werkgevers zijn groter zijn geworden. Ze draaien (deels) op voor de kosten van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid.
- Voor de kostenbeheersing in de zorg neemt de overheid vaak de verantwoordelijkheid samen met zorgaanbieders, zorgverzekeraars, patinten, en anderen. Op dit gebied wordt gewerkt aan meer doelmatigheid en beheersing van uitgaven.
- Voor de capaciteit en spreiding van zorg geldt hetzelfde.
- Voor de toedeling van budgetten zijn de overheid en de uitvoeringsorganen (COTG) verantwoordelijk. Deze budgetallocatie sluit niet altijd goed aan bij de eis van zorg op maat en transmuralisering.
- Voor de uiteindelijke wijze van besteding van middelen ligt een grote verantwoordingsplicht bij zorgaanbieders en verzekeraars. Al is hier ook het vorige punt van belang.
- Maatschappelijke verantwoordelijkheden en patiëntenrechten worden in het geheel vaak onderbelicht.
- Professionele verantwoording vindt vooral richting de beroepsgroep en het instellingsmanagement en zorgverzekeraars plaats.

Divers pakket van verantwoordelijkheden verdeeld over diverse publieke, private en professionele actoren:

- werkgevers
- overheid en veldpartijen
- uitvoeringsorganen en toezichthouders
- patiënten
- beroepsbeoefenaren

Er is een divers geheel van verantwoordelijkheden en verantwoordingslijnen van en naar publieke, private en professionele actoren. Deze zijn in het geding bij bedrijvenpoli's en andere initiatieven om de wachtlijsten te omzeilen. Het gaat om zowel publieke, private als professionele verantwoordelijkheden. Dit pakket van verantwoordelijkheden en bevoegdheden maakt het lastig zo niet onmogelijk om één hoofdverantwoordelijke aan te wijzen.

Als we kijken naar de (juridische) bevoegdheden van actoren komen bij de wachtlijstproblematiek de volgende vragen naar voren die voor problemen zorgen:

- Welke activiteiten zijn toegestaan? In hoeverre kan gebruik gemaakt worden van extra-budgettaire middelen van voorzieningen die met publieke middelen zijn bekostigd?
- Wanneer komt het principe van gelijke behandeling in gevaar bij het streven naar doelmatigheid (efficiency-equity trade-off)?

Wie doet wat, hoe en wanneer?

Maatschappelijk ondernemen in de zorg

- Wie is verantwoordelijk voor het maken van dergelijke afwegingen? Wie maakt die afwegingen uiteindelijk?
- Hoe beoordelen we het presteren van organisaties inzake de wachtlijstbestrijding?
- Hoe houden we toezicht op de voortgang van de wachtlijstbestrijding en de legitimiteit en effectiviteit van het handelen daarbij?
- Aansluitend: hoe voorkomen we incidentenpolitiek?

De incidentenpolitiek (rond bijvoorbeeld zaken die in of uit het pakket moeten, en bijvoorbeeld rond het al dan niet toestaan van bedrijvenpoli's) levert problemen op: wie is verantwoordelijk waarvoor, welke visie op sturing wordt gehanteerd, wie heeft de regie daarbij (op onderdelen) in handen? Als dit alles onduidelijk is dan is het moeilijk om te komen tot een gezamenlijke aanpak voor wachtlijsten.

Incidentenpolitiek leidt tot onduidelijkheid

Legitimiteit en draagvlak

Een aantal kwesties belemmeren het bereiken van voldoende draagvlak voor beleid. Dit is weer terug te voeren op tegengestelde belangen:

- Extra geld versus/en meer doelmatigheid. Zorgaanbieders en artsen vinden dat er extra geld bij de zorg moet komen om de schaarste te verminderen, terwijl zorgverzekeraars, overheid (en werkgevers) vaak benadrukken dat eerst door doelmatigheid van organisatie en management winst behaald moet worden en vervolgens bekeken kan worden hoeveel meer geld er moet komen. Ook hier is een duidelijk omschrijving van verantwoordelijkheden, alsmede van de rol van de politiek, van belang.
- Ondernemerschap versus/en maatschappelijke verantwoordelijkheid. Instellingen en zorgverzekeraars maken keuzen. Welke wachtlijsten laat men oplopen en welke niet? Waarin investeert men? Dat zijn vragen die niet ondenkbeeldig zijn. Wat gebeurt er bovendien als het winstgevende deel van de taken van bijvoorbeeld zorgaanbieders vanuit financiële redenen de voorrang krijgen boven andere zaken? Zorgaanbieders zouden een beloning krijgen als ze hun werk niet goed doen en bijvoorbeeld de keuze maken om bepaalde 'winstgevende' wachtlijsten op te laten lopen of af te bouwen. Maatschappelijke en gezondheidsbelangen botsen in die gevallen met ondernemersbelangen. Dit levert spanningen op ten aanzien van de legitimiteit en effectiviteit van de aanpak.
- Openheid versus/en geslotenheid. Transparantie kan strijdig zijn met het ondernemersbelang. Voor zorgaanbieders en verzekeraars is het van belang veel ruimte voor beleid te krijgen, meer te doen met hetzelfde geld, meer middelen te verwerven en

Meer geld of meer doelmatigheid?

Ondernemerschap of maatschappelijke verantwoordelijkheid?

Openheid of geslotenheid

Maatschappelijk ondernemen in de zorg

professionele behandelingen te leveren. Transparantie kan er toe leiden dat de klant naar de 'buren' gaat, bijvoorbeeld als door alle openheid blijkt dat bij het naburige ziekenhuis de wachtlijst voor een bepaalde behandeling een stuk kleiner is. Het maatschappelijk belang om patinten en anderen te laten weten waar en hoe ze snel en goede zorg geleverd krijgen, kan botsen met het individuele ondernemersbelang van zorgaanbieders. Een oplossing, anders dan de regulering van transparantie en het afspreken van proces- en spelregels, is moeilijk rond dit dilemma. Instellingen willen de ondernemersvrijheid, maar leggen soms het probleem bij de overheid neer als er dan meer transparant gewerkt moet worden. Transparantie zou volgens sommige instellingen niet mogelijk zijn. Het is echter vaak het ondernemersbelang dat zich daartegen verzet. In de ruimte die instellingen hebben/krijgen voor innovativiteit, flexibiliteit en creativiteit moeten ze prioriteiten stellen en bereid zijn om publieke verantwoording af te leggen over de besteding van publieke middelen en over de organisatie van het goed 'gezondheidszorg'. Openheid en geslotenheid staan met elkaar op gespannen voet, ook in de wachtlijstproblematiek.

Performance criteria

De spanning bij de wachtlijstproblematiek heeft ook te maken met de spanning tussen sturing op hoofdlijnen versus sturing in detail. De maatstaven waarmee de prestaties van instellingen en verzekeraars, om de wachtlijsten aan te pakken, kunnen worden gemeten weerspiegelen dit. Aan de ene kant is innovatie en flexibiliteit op het organisatieniveau gewenst om op lokale behoeften in te kunnen spelen en de wachtlijsten op een lokale/regionale wijze aan te pakken. Sturing vindt vanuit dit perspectief op hoofdlijnen plaats. Aan de andere kant beoordeelt de overheid (en uitvoeringsorgaan COTG) de organisaties aan de hand van budgetparameters die de toegankelijkheid, gelijkheid en solidariteit in de zorg moeten waarborgen. Deze roepen spanningen op als de innovatie en creativiteit om wachtlijsten aan te pakken geen of weinig ruimte krijgen.

Spanning: sturing op hoofdlijn versus in detail

Hoe wordt een gezamenlijk perspectief op een effectieve en legitieme aanpak van wachtlijsten bereikt, ondanks alle dilemma's en spanningen, en hoe kan men elkaar op de afspraken aanspreken?

6.4 Maatschappelijk ondernemen en wachtlijsten

Waarom en hoe maatschappelijk ondernemen?

Maatschappelijk ondernemen in de zorg

De huidige benadering van de wachtlijsten bestaat uit een aantal elementen: een nadruk op transparantie (registratie, informatie en inzicht), gerichte extra gelden (zogenaamde 'inhaalslag'), aandacht voor de 'zorgkloof' en het benadrukken van wederzijdse afhankelijkheden en het inzichtelijk maken van elkaars posities. Het is van belang dat een referentiekader rond de wachtlijstaanpak vorm en inhoud krijgt met criteria voor transparantie en codes voor ondernemingsgericht handelen in een maatschappelijke context. Hoe werkt dit uit op de verschillende besturingsniveaus?

Aanpak wachtlijsten op macroniveau bij maatschappelijk ondernemen

Op macroniveau betekent maatschappelijk ondernemen het afspreken van de macrospelregels voor bijvoorbeeld:

Op macroniveau:

- Het formuleren van politieke visie(s) op de verhouding tussen bijvoorbeeld gelijkheid, individualiteit, rechtvaardigheid, solidariteit, flexibiliteit en doelmatigheid. Dit is bij de wachtlijsten van belang gezien het ontstaan van wachtlijstomzeilende initiatieven.
- Het vertalen van die politieke visie in gedrags- en procesregels aangaande bijvoorbeeld de toetreding van werkgevers tot de zorgmarkt; het organiseren van overleg en debat; het zoeken naar de gemeenschappelijke taal tussen actoren; het verrichten van marktactiviteiten; het regelen van de informatie- en communicatievoorwaarden en -relaties (wie beschikt over welke informatie met welk doel).
- Het maken van concrete afspraken tussen de partijen in de zorg omtrent het commitment aan deze gedrags- en procesregels, alsmede omtrent het wederzijdse commitment om urgente problemen aan te pakken. In een 'zorgakkoord' kan dit worden neergelegd. De RVZ heeft dit voorgesteld in het advies Besturen in overleg (RVZ, 1998).

- visies

- procesregels

- commitments

De aanzet voor het referentiekader is door de veldpartijen inmiddels gegeven (zie verder). De overheid vervult een bijzondere rol door de interacties te organiseren en te managen. Dit om te komen tot dat referentiekader, zeker als anderen dat niet doen (of onvoldoende). Het plan van aanpak dat de veldpartijen formuleerden omtrent de wachtlijstproblemen kwam uiteindelijk vanuit het veld zelf (na pogingen van de overheid om tot een gedeelde aanpak te komen). Via interactieve sturing (door bijvoorbeeld de overheid als netwerkmanager) kan het nodige draagvlak aangeboord worden.

Interactieve sturing ...

Differentiatie is daarbij zinvol in de discussie, bijvoorbeeld tussen zorg die essentieel is en zorg die dat niet is, maar bijvoorbeeld ook tussen aanvaardbare wachttijden in de cure-sector apart van de care-sector en wellicht naar type professie. Als alle betrokken

Maatschappelijk ondernemen in de zorg

actoren (dus ook over de grenzen van de zorgsector heen!) op een interactieve wijze met elkaar werken aan een gedeeld perspectief kan precisering van belangen en doelen plaatsvinden. Dat is overigens geen garantie voor succes, maar wel een voorwaarde voor draagvlakverwerving.

... geen garantie, wel een voorwaarde voor succes

De veldpartijen hebben inmiddels een belangrijke stap gezet door het opzetten van een gezamenlijk plan van aanpak:

- Objectieve en algemeen aanvaardbare criteria voor medische behandeling.
- Een visie op het verdelingsvraagstuk rond schaarste in en buiten de zorg.
- Informatiestromen in en buiten de zorg: transparantie en openheid.
- Onder meer: uniformering, codering, publicatieplicht van lijsten (via nieuwe technieken).
- De ontwikkeling van codes voor ondernemingsgericht handelen in de maatschappelijke context.
- Fundamentele kaderstelling rond gelijkheid, rechtvaardigheid, solidariteit.
- Bevoegdhedenverdeling rond registratie, toedeling, vrije keuzen, rechten.
- Criteria voor performance en bijvoorbeeld gelijke behandeling.
- Regelen van het (onafhankelijk) toezicht op bevoegdheden-uitoefening/verantwoording.
- Organisatie van het fundamentele debat over de criteria voor behandeling.
- Differentiatie naar cure/care.

De totstandkoming van het plan van aanpak van de veldpartijen laat dat zien

De veldpartijen hebben de ingrediënten aangereikt voor het formuleren van een (politieke) visie rond de wachtlijstproblemen. Dit vormt een basis voor de uitwerking in regels, codes en commitments op organisatie- en managerniveau.

Op het organisatieniveau in de zorg zullen:

Op organisatieniveau:

- Spelregels verder ingevuld en toegepast moeten worden (*vooraf*) omtrent bijvoorbeeld de openheid en transparantie van zorgondernemers, tot uiting komend in bijvoorbeeld het publiceren van wachtlijsten en jaarverslagen en het informeren van patinten via informatie- en communicatietechnologie.
- Effectief en onafhankelijk toezicht (*achteraf*) is daarbij belangrijk, alsmede het organiseren en stimuleren van vertrouwen tussen actoren dat de afspraken en regels worden nageleefd. Daar hoort bij dat op of vanaf het macroniveau het toezicht niet dusdanig dichtgespijkerd kan zijn zodat geen rekening kan worden gehouden met lokale/regionale omstandigheden en initiatieven.
- Strategieën voor proces- en netwerkmanagement ten aanzien

- toepassing spelregels: openheid middels publicatiebeleid en ICT

- toezicht achteraf: niet vooraf dichtspijkeren

- proces- en netwerkmanagement

Maatschappelijk ondernemen in de zorg

van wachtlijsten behoren tot de handvatten op dit niveau. Dat houdt in: het zoeken van partners voor samenwerking; het werken aan een gemeenschappelijke registratie van de wachtlijsten; het organiseren (intern en binnen het netwerk) van debat en discussie over aanvaardbare wachttijden in de lokale en regionale situatie; aangeven welke taken, capaciteit en gelden in een zorgnetwerk of regio het meest doelmatig kunnen worden ingezet ter bestrijding van wachtlijsten; melding maken van derde compartmentsactiviteiten en daarover afspraken maken; het werken aan zorgvernieuwing in zorgnetwerken.

Op het microniveau van de zorg (professionals en managers) betekent maatschappelijk ondernemen:

- Het ontwikkelen van codes voor professioneel en ondernemingsgezinnd handelen in een maatschappelijke context. Daarbij kunnen profielschetsen voor managers worden ontwikkeld.
- Het gaat soms om de herordening en herinterpretatie van bestaande wet- en regelgeving. De (hernieuwde) omgang met allerlei beleidsinstrumenten om op een creatieve en legitieme wijze wachtlijsten te bestrijden is minstens zo van belang.
- In de rol van klokkenluider kan de maatschappelijk ondernemer de uitwassen van wachtlijstproblemen in het maatschappelijk debat brengen en daarbij op een creatieve manier oplossingen aandragen die tegen de heersende wet- en regelgeving indruisen ('burgerlijk ongehoorzaam'), maar wel het publieke belang dienen.
- De netwerkmanager richt op het onderhouden van de relaties met anderen in het zorgnetwerk, bijvoorbeeld door horizontale en/of verticale (transmurale) samenwerking te bevorderen. Intern maken maatschappelijk ondernemers via contractmanagement afspraken rond prestaties/output en de manier waarop die output te bereiken is. Via samenwerking op basis van transparantie, toezicht en trust kan men dan zo effectief als mogelijk op de behoeften uit de context inspringen.

Op microniveau:

- codes voor handelen bij wachtlijstproblematiek
- herinterpretatie wet- en regelgeving
- creatief gebruik beleidsinstrumenten
- aankaarten misstanden en uitwassen
- intern en extern de netwerkrelaties onderhouden ten behoeve van een effectieve en legitieme aanpak van wachtlijsten

De randvoorwaarden voor maatschappelijk ondernemerschap zijn: toezicht, transparantie en trust (de drie T's). Dit zijn ook bij het aanpakken van de wachtlijstproblemen belangrijke condities voor maatschappelijk ondernemen op de onderscheiden bestuurniveaus.

6.5 Wat levert maatschappelijk ondernemen bij de wachtlijstproblematiek op?

Voor de het aanpakken van de wachtlijstproblemen is maatschappelijk ondernemerschap een relevante conceptie. Dat blijkt

Maatschappelijk ondernemen in de zorg

uit de volgende factoren:

- Maatschappelijk ondernemen in de zorg maakt de afhankelijkheidsrelaties tussen de drie P's op verschillende bestu-
ringsniveaus inzichtelijk, zodat er gewerkt kan worden aan
consensusvorming en draagvlak voor de gezamenlijke
aanpak van de wachtlijstproblematiek. Voor een even-
wichtige afweging van publieke, professionele en private
belangen zijn er (al dan niet formeel) afspraken nodig die
het private en professionele handelen in een publiek kader
plaatsen. Deze moeten voldoende ruimte laten voor inno-
vativiteit en flexibiliteit, vooral op het organisatieniveau.
De sterke wederzijdse afhankelijkheden leidden in dit geval
tot een gemeenschappelijk referentiekader. Dit is een basis
voor consensus- en compromisvorming rond de aanpak van
wachtlijsten. Inzicht en begrip als basis voor
draagvlak voor beleid en consensus

- Maatschappelijk ondernemen in de zorg biedt handvatten op Handvatten voor besturing
verschillende bestu-
ringsniveaus om met de wachtlijst-
problemen om te gaan. Het voordeel daarvan is de aan-
sluiting bij de praktijk van besturing, organisatie en ma-
nagement. Op het macroniveau ligt de nadruk op 'besturen
in overleg'. Op het mesoniveau zijn de verschillende opties
voor proces- en netwerkmanagement van belang. Op het
microniveau komen profielschetsen en gedragscodes voor
managers en professionals voor het voetlicht. De regels die
op het macroniveau worden afgesproken, rekening houdend
met de processen op de werkvloer en de betekenis van
maatschappelijk ondernemen aldaar, krijgen een uitwerking
in de verdeling van bevoegdheden en verantwoordelijkhe-
den, maatstaven voor handelen en een effectief toezicht.
Dat laatste wil zeggen: toetsbare afspraken en de
mogelijkheden om elkaar aan te spreken en te corrigeren op
de verantwoordelijkheden en de prestaties.

- Maatschappelijk ondernemen in de zorg is een effectieve en Randvoorwaarden voor legitiem en
effectief besturen
legitieme wijze van besturing van de wachtlijstproblematiek
wanneer wordt voldaan aan de condities van transparantie,
toezicht en trust. Helderheid van afspraken en transparantie
in de uitoefening van verantwoordelijkheden en taken zijn
belangrijke condities voor effectieve en legitieme probleem-
oplossing op elk van de bestu-
ringsniveaus. Daar is vertrou-
wen tussen actoren voor nodig en toezicht op het nakomen
van gemaakte afspraken. De verschuiving van verant-
woordelijkheden, op het terrein van de financiering en uit-
voering van zorg naar het organisatieniveau, heeft gevolgen

Maatschappelijk ondernemen in de zorg

voor de wijze van toezicht. Als er van organisaties innovatie en flexibiliteit verwacht wordt bij de oplossing van wachtlijsten is de volgende stap dit door te laten klinken in de aansturing en beoordeling van die organisaties. Transparantie en vertrouwen zijn nodig om dit te kunnen realiseren.

Door de differentiatie van taken en verantwoordelijkheden over besturingsniveaus worden actoren gericht aangesproken op hun maatschappelijke verantwoordelijkheden. Maatschappelijke, politieke en economische risico's worden zo gespreid over de verschillende besturingsniveaus. Een referentiekader (zoals bijvoorbeeld door de veldpartijen opgesteld ten aanzien van de wachtlijstaanpak) heeft daarbij een 'regulerende' werking. Bovendien verbindt zo'n plan van aanpak de verschillende besturingsniveaus met elkaar door de complementariteit van bevoegdheden en verantwoordelijkheden. Dat is een vorm van '(ver)bindend' bestuur, waardoor het draagvlak voor besturing vergroot kan worden.

Spreading van verantwoordelijkheden en risico's

De casus wachtlijsten levert een empirische basis voor maatschappelijk ondernemen in de zorg

Deze studie wijst uit dat er met maatschappelijk ondernemen in de zorg resultaten geboekt kunnen worden. Er is door de overheid en veldpartijen stap voor stap gewerkt aan een gemeenschappelijke aanpak van wachtlijsten, waarbij innovatie, klantgerichtheid, doelmatigheid, en het nemen van risico's het uitgangspunt zijn naast de gelijke toegang, solidariteit en betaalbaarheid. Dit heeft veel inzicht opgeleverd omtrent ieders belangen bij het oplossen van wachtlijsten in de zorg. Er is zo meer begrip gekweekt voor elkaars posities en belangen (ook van bijvoorbeeld werkgevers). Afstemming, transparantie en samenwerking bleek noodzakelijk om tot een gedeelde aanpak van wachtlijsten te komen. Daarnaast is een aantal zorginhoudelijke en organisatorische problemen hoog op de agenda geplaatst door de verschillende belangen en spanningen zichtbaar te maken. Dat is ook een functie van maatschappelijk ondernemen in de zorg.

Maatschappelijk ondernemen in de zorg

Bijlagen

Bijlage 1

Actoren in de Nederlandse gezondheidszorg

In deze bijlage passeren de belangrijkste actoren de revue die een rol spelen bij de medebesturing van en in de gezondheidszorg. Steeds meer nieuwe actoren, zoals banken, werkgevers, arbodiensten en beleggers betreden de zorgmarkt. De traditionele actoren in de zorg zijn:

Overheid

Het directoraat-generaal Volksgezondheid is een soort 'pressiegroep' voor het sectorbelang richting andere onderdelen van de overheid (zoals Financiën, Onderwijs, Sociale Zaken, Algemene Zaken en Economische Zaken) en tevens is het gezagsdrager richting de actoren in het veld. De minister van VWS is verantwoordelijk (ook constitutioneel) voor de solidariteit, toegankelijkheid, betaalbaarheid, kwaliteit en doelmatigheid van de zorg. Zij is echter van anderen afhankelijk om de verantwoordelijkheid waar te maken.

Zorgaanbieders en koepels

Er bestaat een scala van organisaties in deze categorie, zoals de artsenorganisaties en koepels van instellingen die de aanbieders in de zorg representeren. De professionele autonomie is een belangrijke factor van macht in het maatschappelijk middenveld van de gezondheidszorg. Belangrijke koepelorganisaties van ziekenhuizen zijn bijvoorbeeld de NZf (Nederlandse Zorgfederatie), de NVZ (Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen), de NVZD (Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisdirecteuren). Op het terrein van de thuiszorg spelen bijvoorbeeld de LVT (Landelijke Vereniging Thuiszorg) en de regionale thuiszorgorganisaties die daaronder vallen een rol. Bij de huisartsen kennen we bijvoorbeeld de LHV (landelijke Huisartsen Vereniging) en bij de specialisten de LSV (Landelijke Specialisten Vereniging).

Zorgverzekeraars en koepels

De zorgverzekeraars beheren de collectieve gelden in de zorg. Belangrijke spelers in het veld van de verzekeraars zijn de ziekenfondsen en de particuliere verzekeraars. Zorgverzekeraars Nederland is een belangrijke belangenorganisatie.

Consumenten en patiënten

Patiënten/consumenten zijn de uiteindelijke afnemers van de zorg.

Dit verschaft hen een machtspositie, maar aan de andere kant ontberen ze de professionele kennis die de specialisten en verzekeraars elk op hun eigen terrein wel hebben en hen professionele macht verschaft. Daarnaast zijn de consumenten en patiëntenorganisaties vaak intern danig verdeeld, hetgeen hun positie verzwakt (Ledder, 1997). De zwakke positie heeft vooral te maken met het feit dat de consumenten weinig uit te ruilen hebben in vergelijking tot de andere actoren. Ze zijn meer afhankelijk van hen dan andersom.

Adviesorganen en uitvoeringsorganen

De leden van de bij de wet ingestelde externe adviesorganen werden voorheen gerekruteerd uit de koepelorganisaties (rol van de verzuiling hierbij). Er is in advies- en overlegland het een en ander gewijzigd. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg is een nieuw ingestelde adviesraad, welke een aantal eerder bestaande raden vervangt. Er heeft een sanering van overleg en adviesfora plaatsgevonden, vanwege de volgende redenen (Van der Grinten, 1997):

- De adviesorganen vormden zodanige gesloten circuits die adviezen aan de regering uitbrachten, dat van echte open discussie soms geen sprake meer kon zijn en dat politici zich naar de adviezen moesten richten.
- Door de concentratie van advies, overleg en toezicht en beheer in één orgaan vond teveel machtsconcentratie plaats (bv. Ziekenfondsraad).
Onderhandelaars draaiden zelf veelal niet voor de kosten op, waardoor zogenaamd parasitair gedrag mogelijk werd (afwenteling lasten).
- De representativiteit van de adviesorganen liet te wensen over, bijvoorbeeld door verschillende maten van belangenbehartiging.

Een factor die het geheel vaak gecompliceerd maakt is dat veel actoren in het middenveld tussen de overheid en de individuele aanbieders, verzekeraars en patiënten een zogenaamde *dubbelrol* vervullen. Aan de ene kant voeren particuliere organisaties medebewindtaken van de overheid uit. Aan de andere kant behartigen ze de belangen van hun achterban. Deze rollen zorgen soms voor spanningen. Op hoofdlijnen vervult het maatschappelijk middenveld drie functies, namelijk advisering, medebewind en overleg (Van der Grinten, 1993). Door een langzame erosie van het maatschappelijk middenveld op het macroniveau van besturing, veranderen ook de dubbelrollen van deze organisaties en hebben ze nu geen zitting meer in bijvoorbeeld de RVZ. Ze worden meer en meer serviceverlenende organisaties naar de achterban. In 1995 werd het wettelijk geregelde overleg tussen

koepels en de overheid geschrapt en vindt advisering onverplicht plaats door onafhankelijke deskundigen in de RVZ. De Ziekenfondsraad bestaat binnenkort enkel nog uit Kroonleden en is een zelfstandig bestuursorgaan. Het veld zou enkel nog via bijvoorbeeld kamers of commissies bij het werk van adviesraden betrokken worden. Dergelijke ingrepen zijn ook voor het COTG (Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg) en het CvZ (College voor ziekenhuisvoorzieningen) voorzien. Het COTG is een uitvoeringsorgaan dat bijvoorbeeld budgetten alloceert, toezicht daarop houdt, en de Minister adviseert. Het CTU houdt toezicht op de uitvoering van de ziektekostenverzekeringen.

Bijlage 2

Commissie-Dekker: enkele punten

We lichten hier enkele belangrijke plannen van de commissie-Dekker eruit om aan te geven hoe het sturingsconcept 'marktwerking' invulling kreeg. De commissie was voor een samengaan van AWBZ en ZFW tot een basisverzekering. Deze moest voor elke ingezetene van Nederland zijn (verplicht met premie naar draagkracht naast een nominaal deel). Zo zou de financiële bereikbaarheid van de zorg voor een ieder ontstaan. Hetgeen niet tot het basispakket behoorde moest aan de vrije markt overgelaten worden. Iedereen kan zich dan naar eigen keuze, geheel, gedeeltelijk of niet verzekeren. Betrokkenheid van de overheid bij de premiestelling achtte de commissie alleen noodzakelijk als grenzen werden overschreden. De uitvoering van het gehele verzekeringsstelsel (basisverzekering en aanvullende verzekering met nominale premie) zou in handen van de verzekeraars komen. Het onderscheid tussen ziekenfondsen en particuliere verzekeraars moest komen te vervallen. Concurrentie tussen de verzekeraars zou voorkomen dat vragers van de zorg zwak stonden. Verzekeraars zouden verzekerden werven en in onderhandeling met de aanbieders tot afspraken komen. Verzekeraars zouden vrij zijn bij het afsluiten van overeenkomsten met aanbieders. Dit moest een prikkel zijn tot het zoeken van de meest doelmatige aanbieders. De concurrentie zou volgens de commissie leiden tot kostenverlaging en lagere verzekeringspremies. Het zou de opwaartse kostenspiraal doorbreken. Eigen bijdragen wees de Commissie niet af zolang ze een prikkel vormden tot doelmatige hulp, onder vermijding van onnodige en overmatige zorg (Commissie Dekker, 1987, Grünwald en Van der Kwartel, 1996).

De commissie-Dekker stond wijzigingen voor aan de aanbodzijde, zoals een reductie van het aantal ziekenhuisbedden, versterking van de eerstelijnszorg, financiering en bouw van ziekenhuizen door het particulier initiatief, bewaking van de kwaliteit van de zorg naar beroepsnormen, staatstoezicht daarbij als tegenwicht tegen de belangen van verzekeraars en aanbieders, vereenvoudiging en wijziging en verbreding in reikwijdte van wet- en regelgeving volgens de uitgangspunten van de commissie, een wijziging en vereenvoudiging in de adviesstructuur van de sector, en besparing van de kosten in de gezondheidszorg.

Bijlage 3

Recente rapporten over sturing in de zorg

In 1994 rapporteerde de commissie Modernisering Curatieve Zorg (*commissie-Biesheuvel, 1994*). Deze commissie benadrukte dat een doelmatige curatieve zorg, zorg op maat (op een continuüm) moest kunnen bieden. Hiertoe adviseerde de commissie de intensivering tussen de lijnen van zorg, decentralisering van bevoegdheden en verantwoordelijkheden en de integratie van de medisch-specialisten in het ziekenhuis. Dit zou de samenhang en doelmatigheid van de zorg versterken. De partijen moesten daarnaast zoveel mogelijk contractrelaties aangaan om aan de verantwoordelijkheden gestalte te geven. De commissie meent dat de overheid kaders moet scheppen. Het financieringssysteem moest zoveel mogelijk op productprijzen ontwikkeld worden. Vervolgens maken verzekeraars, ziekenhuizen en specialisten afspraken over de productie-omvang (zoveel mogelijk regionaal). Protocollen en standaarden verhogen het inzicht en de kwaliteit in de zorg.

De *commissie-Koopmans* (1996) onderzocht de mogelijkheden voor marktwerking in de ziekenhuiszorg. Deze commissie adviseerde zoveel mogelijk vrije toetreding tot de ziekenhuismarkt en vrije prijsvorming. Dit laatste zou de ontwikkeling in de richting van outputpricing en de integratie van de medisch-specialisten in het ziekenhuisbudget moeten stimuleren. Met betrekking tot zorgaanpak moest zoveel mogelijk contracteervrijheid worden ingevoerd met financiële relaties tussen staf en directies. Verder zou de mededingingswet onverkort van toepassing moeten zijn op ziektekostenverzekeraars (ook ziekenfondsen) en instellingen. Uiteindelijk stond de commissie ook een afschaffing van de regulering van de toetreding, het volume en de prijsvorming op de topklinische zorgmarkt voor. De commissie hoopte het prijsbewustzijn van burgers te vergroten. Verder zullen er door de overheid een aantal kaders geschapen moeten worden, daar de marktwerking niet onverkort kan worden toegepast. Zo zouden ziekenfondsen risicodragend moeten worden gemaakt en moest concurrentie niet ten koste van kwaliteit gaan.

De *Raad voor de Volksgezondheid en Zorg* (RVZ, 1996) schreef een rapport over Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming. De vrijheid tot handelen voor de ziekenhuizen moet groter worden. De overheid moet kaders scheppen die zich richten op het bevorderen van openheid en het afleggen van verantwoording. Een Raad van Toezicht in het ziekenhuis en aanspraakmogelijkheden in het kader van kwaliteitsgaranties horen daar volgens de RVZ bij. De overheid zou veeleer achteraf moeten sturen in plaats van

vooraf. Deze sturing richt zich vooral op aanspraken, omvang van uitgaven, toegankelijkheid en bouw. Transmuralisering en 'ontschotting' van de zorg zijn daarbij belangrijke maatstaven. Het ziekenhuis draagt zorg voor de totstandkoming van een publiek goed. Om dit op een zo ondernemend mogelijk wijze te doen maakt het ziekenhuismanagement een afweging tussen publieke en private belangen bij het uitstippelen van beleid. Een afweging kan op een ondernemende wijze gemaakt worden refererend aan publieke normen van solidariteit, toegankelijkheid en doelmatigheid (RVZ, 1996).

Overige rapporten, zoals bijvoorbeeld van de Commissie-Cohen, en het rapport Verzekeraars op de zorgmarkt van de RVZ zijn ook van belang. Deze worden in de studie verschillende keren aangehaald en toegelicht (Commissie-Cohen, 1997; RVZ, 1998). Ook het rapport Het ziekenhuis: a human enterprise (MDW-werkgroep ministerie van VWS, 1998) gaat op deze thematiek in.

Bijlage 4

Publiek-privaat: kort internationaal

Een korte vergelijking tussen een aantal landen laat zien dat (semi)collectieve goederen op vele wijzen worden voortgebracht en georganiseerd. In *Frankrijk* spreekt men over 'social economy organizations'. Deze werden belangrijk toen in de jaren tachtig het traditioneel centralistische beleid werd vervangen door decentralisatie-impuls. Voorheen stond men in Frankrijk erg argwanend tegenover het particulier initiatief en tegenover bijvoorbeeld de vakbonden als producenten en organisatoren van (semi) collectieve goederen. Samen met de lokale 'communes' werden ze recentelijk belangrijker voor het organiseren en alloceren van werkgelegenheid, welzijn, onderwijs, gezondheidszorg en cultuur (Archambault, 1990). In *Duitsland* is de derde sector (Dritte Sector) in de historie sterk en continu aanwezig. De derde sector komt voort uit de relatie tussen de overheid en de kerk. Er heeft altijd veel pragmatisme bestaan in het oplossen en vermijden van conflicten tussen de overheid, kerk, vakbonden en bedrijfsleven in Duitsland. Het corporatisme heeft het bedrijfsleven en het particulier initiatief veel invloed en macht gegeven. Anheier stelt: "(...) the third sector is both the terrain and result of the conflict between organized religion, political opposition, and the state over the division of labor and spheres of influence" (Anheier, 1990). Gezondheidszorg, sociale zekerheid en openbaar vervoer zijn belangrijke onderdelen van de Duitse Dritte Sector. In de *Verenigde Staten* en bijvoorbeeld in *Israël* speelden redenen van economische aard een rol, alsmede het vermijden van bureaucratie. De flexibiliteit van de dienstverlening stond centraal en deze werd deels in de private sector gevonden. In *Engeland* werden particuliere 'voluntary agencies' actief, omdat de 'Local Authority Social Service Departments' niet de geschikte, gespecialiseerde en toereikende middelen hadden om non profit activiteiten adequaat uit te voeren. In Engeland ontwikkelden zich een publieke en een private sector van gezondheidszorg naast elkaar.

Het was in deze bijlage niet de bedoeling om een uitvoerige internationale vergelijking te maken. Een kleine uitstap naar het buitenland verduidelijkt dat de verklaring voor het bestaan

en de omvang van de publiek-private sector deels te vinden is in de historisch ontwikkelde en geïnstitutionaliseerde verhoudingen

Maatschappelijk ondernemen in de zorg

tussen overheid, particulier initiatief, het bedrijfsleven en bijvoorbeeld de kerk.

Bijlage 5

Lijst van afkortingen

AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BNP	Bruto Nationaal Product
CAO	Collectieve Arbeids Overeenkomst
COTG	Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg
CTU	Commissie Toezicht Uitvoeringsorganen
CvZ	College voor ziekenhuisvoorzieningen
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
LSV	Landelijke Specialisten Vereniging
LVT	Landelijke Vereniging voor Thuiszorg
MDW	Marktwerking, Deregulering en Wetgevingskwaliteit
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
NVZD	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisdirecteuren
NZf	Nederlandse Zorgfederatie
OEM	Organisatie Exclusieve Marktrechten
OMS	Orde van Medisch Specialisten
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WTG	Wet Tarieven Gezondheidszorg
WZV	Wet Ziekenhuishuis Voorzieningen
ZFR	Ziekenfondsraad
ZFW	Ziekenfondswet
ZBO	Zelfstandige BestuursOrganen

Bijlage 6

Literatuur

Anheier, H.K. en Seibel, W. *The third sector: comparative studies of nonprofit organizations*. Berlijn/New York: Walter de Gruyter, 1990.

Anheier, H.K. A profile of the third sector in West Germany. In: Anheier, H.K. en Seibel, W. *The third sector: comparative studies of nonprofit organizations*. Berlijn/New York: Walter de Gruyter, 1990.

Archambault, E. Public authorities and the nonprofit sector in France. In: Anheier, H.K. en Seibel, W. *The third sector: comparative studies of nonprofit organizations*. Berlijn/New York: Walter de Gruyter, 1990.

Badelt, Chr. Institutional choice and the nonprofit sector. In: Anheier, H.K. en Seibel, W. *The third sector: comparative studies of nonprofit organizations*. Berlijn/New York: Walter de Gruyter, 1990.

Bauer, R. Nonprofit organizations in international perspective. In: Anheier, H.K. en Seibel, W. *The third sector: comparative studies of nonprofit organizations*. Berlijn/New York: Walter de Gruyter, 1990.

Boer, N. den. *Ondernemen in de zorg*. Pamflet voor discussie-bijeenkomsten over maatschappelijk ondernemerschap in politiek-cultureel centrum De Balie. Amsterdam: De Balie, 1998.

Boot, J.M. en Knapen, M.H.J.M. *De Nederlandse gezondheidszorg*. 's-Gravenhage: Aula, 1993.

Bovens, M., et al. *De verplaatsing van de politiek: een agenda voor politieke vernieuwing*. Amsterdam: Wiardi Beckman Stichting, 1995.

Bozeman, B. *All organizations are public: bridging public and private organizational theories*. San Francisco: Jossey-bass, 1987.

Bozeman, B. *Public management: the state of the art*. San Francisco: Jossey-bass, 1993.

Braaksmā, S.B. Marktwerking in de gezondheidszorg. *ZM magazine*, 1997, nr. 5, p. 13-18.

Bruine, M. de en Schut, F.T. Overheidsbeleid en ziektekostenverzekering. In: Maarse, J.A.M. en Mur-Veeman, I.M. (red.). *Beleid en beheer in de gezondheidszorg*. Assen: Van Gorcum, 1990.

Bruijn, J.A. de, Heuvelhof E.F. ten en Veld, R.J. in 't. *Procesmanagement: over procesontwerp en besluitvorming*. Schoonhoven: Bedrijfskundige signalen, 1998.

Cohen, J. Markt en overheid moeten uit elkaar blijven. *NRC/Handelsblad*, 7 juni 1997.

Commissie-Biesheuvel (Commissie Modernisering Curatieve Zorg). *Gedeelde zorg: betere zorg*. Rijswijk: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 1994.

Commissie-Cohen (Commissie Markt en Overheid). *Eindrapport werkgroep markt en overheid*. 's-Gravenhage: ministerie van Economische Zaken, 1997.

Commissie-Dekker (Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg). *Bereidheid tot Verandering*. Rijswijk: ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1987.

Commissie-Dunning (Commissie Keuzen in de Zorg). *Kiezen en delen*. Rijswijk: ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1991.

Commissie-Koopmans (MDW-commissie). *Het ziekenhuis ontkend*. Rijswijk: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 1996.

Dartel, H. van. De wachtende werknemer: voor welke gezondheid kiest de gezondheidszorg? *Beleid en Maatschappij*, 1997, nr. 5, p. 221-230.

Dietz, F. *et al. Leerboek algemene economie*. Leiden: Stenfert Kroese, 1990.

Doorslaer, E.K.A. van. *Gezondheidszorg tussen Marx en markt* (oratie). Rotterdam: Erasmus Universiteit, 1998.

Emmanuel E.J. en Emmanuel, L.L. What is accountability in health care? *Medicaid and public issues*, 1996 nr. 2, p. 229-239.

Foldvary, F. *Public goods and private communities: the market provision of social services*. Aldershot: Edward Elgar, 1994.

Gerritsen, J.C. en Linschoten C.P. van (red.). *Gezondheidszorg-beleid: evaluatie en toekomstperspectief*. Assen: Van Gorcum, 1997.

Godfroij, A.J.A. Sturing en marktwerking in de gezondheidszorg. In: Nelissen N.J.M. en Godfroij A.J.A. (red.). *Verschuivingen in de besturing van de samenleving*. Bussum: Coutinho, 1993.

Gouw, J.M.M. de, en Westering, J.C. van. Zorginstellingen gaan voor maatschappelijk ondernemerschap!. *Gezondheidszorg en Management*, 1997, nrs. 7/8, p. 3-6.

Grinten, T.E.D. van der. Macht, tegenmacht, onmacht: de hardnekkige aanwezigheid van het maatschappelijk middenveld in de gezondheidszorg. In: Dekker, E. en Elsinga, E. (red.). *Mensen en machten: gezondheidszorg in de jaren negentig*. Houten: Bohn/Stafleu, 1990.

Grinten, T.E.D. van der. Veranderingen in het maatschappelijk middenveld: over nut en noodzaak van beleidsnetwerken in de Nederlandse gezondheidszorg. *Gezondheid*, 1993, nr. 3, p. 245-263.

Grinten, T.E.D. van der. Publiek domein in de Nederlandse gezondheidszorg. *Health Management Forum*, 1995, nr. 2, p. 10-12.

Grinten, T.E.D. van der. Scope for policy. In: *Fundamental questions on the future of health care in the Netherlands: preliminary study*. 's-Gravenhage: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, 1996.

Grinten, T.E.D. van der. Voorwaarden voor beleid: bewegingen in de bestuursstructuur en bestuurscultuur van de Nederlandse gezondheidszorg. In: Elsinga, E. en Kemenade, Y. van *Revolutie of evolutie: tien jaar stelselherziening in de Nederlandse gezondheidszorg*. Maarssen: De Tijdstroom, 1997.

Grinten, T.E.D. van der. Changing management in health care.

Journal of management in medicine (editorial), 1997, nr. 4, p. 209-213.

Grinten, T.E.D. van der, en Schut, F.T. Schipperen tussen overheid en markt: het gezondheidszorgbeleid van het kabinet-Kok. *Openbare Uitgaven*, 1995, nr. 4, p. 164-165.

Grünwald, C.A. en Kwartel, A.J.J. van der. Ordeningsprocessen in de gezondheidszorg: de ongrijpbare regio. *Beleid en maatschappij*, 1996, nr. 5, p. 223-234.

Hanf, K. en Scharpf F.W. (red.). *Interorganizational policy making: limits to coordination and central control*. London: Sage, 1978.

Hemerijck, A.C. *Historical Contingencies of Dutch Corporatism*. Oxford: Balliol College, 1992.

Hemerijck, A.C. en Verhagen, M. De institutionele factor: de maatschappelijke inbedding van de economie. *Beleid en Maatschappij*, 1994, nr. 5.

Hendriks, J.P.M. *Structuurnota gezondheidszorg*. Leidschendam: ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiene, 1974.

Hendriks, F. en Toonen, Th.A.J. *Schikken en plooiën: de stroperige staat bij nader inzien*. Assen: Van Gorcum, 1998.

Hoogerwerf, A. *Politiek als evenwichtskunst*. Alphen aan den Rijn: Samson H.D. Tjeenk Willink, 1996.

Immergut, E.M. The normative roots of the New Institutionalism: historical institutionalism and comparative policy studies. In: Benz, A. en Seibel, W. *Beiträge zur Theorieentwicklung in der Politik- und Verwaltungswissenschaften*. Baden-Baden: Nomos Verlag (bewerking op internet), 1996.

Jacobs, J. *Systems of survival*. New York: S.n., 1993.

James, E. *The nonprofit sector in international perspective: studies in comparative culture and policy*. New York: Oxford University Press, 1989.

Kickert, W.J.M. en Vught, F.A. van. *Public policy and administration sciences in the Netherlands*. London: Prentice Hall, 1995.

Kickert, W.J.M., Klijn, E.H. en Koppenjan J.F.M. (red.). *Managing complex networks: strategies for the public sector*. London: Sage, 1997.

Kickert, W.J.M. (red.). *Aansturing van verzelfstandigde overheidsdiensten: over publiek management van hybride organisaties*. Alphen aan den Rijn: Samsom H.D. Tjeenk Willink, 1998.

Klazinga, N.S. *Quality management of medical specialist care in the Netherlands: an exploratory study of its nature and development*. Overveen: Uitgeverij Belvedere, 1996.

Kouwenhoven, V.P. *Publiek-private samenwerking: mode of model?* Delft: Eburon, 1991.

Knapp, et al. Public money, voluntary action: whose welfare? In: Anheier, H.K. en Seibel, W. *The third sector: comparative studies of nonprofit organizations*. Berlijn/New York: Walter de Gruyter, 1990, p. 183-218.

Koninklijke Nederlandsche Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst. *Wachttijden in de zorg: verslag van een invitationale conference*. Utrecht: KNMG, 1995.

Kramer, R.M. Nonprofit social service agencies and the welfare state: some research considerations. In: Anheier, H.K., en Seibel, W. *The third sector: comparative studies of nonprofit organizations*. Berlijn/New York: Walter de Gruyter, 1990, p. 255-268.

Krasner, S.D. Approaches to the state: alternative conceptions and historical dynamics. *Comparative Politics* 1984, p. 223-246.

Krasner, S.D. Sovereignty: an institutional perspective. *Comparative Political Studies*. 1988, vol. 21 (1), p. 66-94.

Kuttner, R. *Everything for sale: the virtues and limits of markets*. New York: Alfred A. Knopf, 1997.

Leat, D. Voluntary organizations and accountability: theory and practice. In: Anheier, H.K., en Seibel, W. *The third sector: comparative studies of nonprofit organizations*. Berlijn/New York: Walter de Gruyter, 1990.

Ledder, C. Patiënten- en consumentenorganisaties in de Neder-

landse gezondheidszorg. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 1997.

Leibenstein, H. *X-inefficiency xist-reply to an xorcist*. Harvard: University, 1966/1976.

Lokin, M.A.H.F., Middeldorp, J. en Werff, M. van der. Opereren op de markt? *ZM magazine*, 1996, nr. 5, p. 2-12.

Maarse, J.A.M. en Kerkhoff, A.H.M. The politics and administration of Dutch health care. In: Kickert, W.J.M. en Vught, F.A. van, *Public policy and administration sciences in the Netherlands*. London: Prentice Hall, 1995.

Marmor, T.R. *Understanding health care reform*. New Haven/London: Yale University Press, 1994.

Martin, J.P. *Aspects of social policy*. Oxford: Blackwell, 1975.

Meyer, M.W. en Zucker, L.G. *Permanently failing organizations*. London: Sage, 1989.

Meurs, P.L. *Nobeles wilden: over verantwoordelijkheden van directeuren van instellingen in de gezondheidszorg*. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 1997.

Mierlo, J.G.A. van. *Particulier initiatief in de gezondheidszorg*. Assen: Van Gorcum, 1991.

Ministerie van Financiën. *Meer waarde door samen werken: eind-rapportage projectbureau Publiek-private samenwerking*. 's-Gravenhage: ministerie van Financiën, 1998.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Wachttijden in de curatieve zorg*. Rijswijk: ministerie van VWS, 1996.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Het ziekenhuis: a human enterprise?* Rapportage van de MDW-werkgroep Ziekenhuiszorg. Rijswijk: ministerie van VWS, 1998.

Montfort, C.J. van. Bestuur en politiek in beweging. *Beleid en maatschappij*, 1996, nr. 5, p. 264-270.

Montfort, C.J., en Andeweg, A.M. Toetspunten voor hybride organisaties en een toepassing op de terreinen zorg en zekerheid. *Beleidsanalyse*, 1998, nr. 1, p. 5-13.

Nationale Raad voor de Volksgezondheid. *De wachtende werknemer: achtergrondstudie over snellere hulpverlening in de gezondheidszorg*. Zoetermeer: NRV, 1995.

Noordegraaf, M., Ringeling, A.B. en Zwetsloot F.J.M. (red.). *De ambtenaar als publiek ondernemer*. Bussum: Coutinho, 1995.

Okma, G.H. *Studies in Dutch health politics, policies and law*. Utrecht: Universiteit, 1997.

Okma, G.H. *Concurrentie, markten en marktwerking in de gezondheidszorg*. Rijswijk: ministerie van VWS, 1997.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. *Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming*. Zoetermeer: RVZ, 1996.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. *Besturen in overleg*. Zoetermeer: RVZ 1998.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. *Naar een meer vraaggerichte zorg*. Zoetermeer: RVZ, 1998.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. *Verzekeraars op de zorgmarkt*. Zoetermeer: RVZ, 1998.

Rainey, H.G. *Understanding and managing public organizations*. San Francisco: Jossey-bass, 1993.

Rhodes, R.A.W. Policy networks: a British perspective. *Journal of Theoretical Politics*, 1990 nr. 2, p. 293-317.

Rijksen, W.P. en Visser, G.R. Ondernemend besturen. *ZM magazine*, 1996, nr. 3.

Ringeling, A.B. *The public-private distinction and its limits*. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 1995.

Rogier, J.J.H. *Wisselwerking tussen organisatie en markt*. Ridderkerk: Ridderprint, 1998.

Salamon, L.M. *Partners in public service: government-nonprofit relations in the modern welfare state*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1995.

Saltman, R.B. Balancing the state and market in health care re-

form. *European Journal of Public Health*. 1997 nr. 2, p. 119-120.

Schut, F.T. *Competition in the Dutch health care system*. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 1995.

Seibel, W. The function of mellow weakness: nonprofit organizations as problem nonsolvers in Germany. In: James, E. *The nonprofit sector in international perspective: studies in comparative culture and policy*. New York: Oxford University Press, 1989.

Simon, M. *De strategische functietypologie*. 's-Gravenhage: Sdu Uitgeverij, 1990.

Simon, M. Taakorganisaties, marktorganisaties en de twilight zone. In: Noordegraaf, M. *et al.* (red.). *De ambtenaar als publiek ondernemer*. Bussum: Coutinho, 1995.

Snellen, I.Th.M. *Boeiend en geboeid*. (oratie). Alphen aan den Rijn: Samson H.D. Tjeenk Willink, 1987.

Snellen, I.Th.M. *Gezondheidszorg en management: beleidsvragen in de gezondheidszorg*. Alphen aan den Rijn: Samsom Uitgeverij, 1987.

Stichting Toekomstscenario's Gezondheidszorg. *Toekomstbeelden voor de curatieve gezondheidszorg*. Zoetermeer: STG, 1997.

Stiglitz, J.E. *Economics of the public sector*. New York, Norton, 1988.

Structurele aanpak van wachttijden in de zorgsector (geschreven door verschillende veldpartijen) S.I.: S.n., 1998.

Swaan, A. de. *Zorg en de staat: welzijn, onderwijs en gezondheidszorg in Europa en de Verenigde Staten in de nieuwe tijd*. Amsterdam: Uitgeverij Bert Bakker, 1993.

Teisman, G.R. en Veld, R.J. in 't. *Over effectieve structuren tussen overheid en bedrijfsleven: mogelijkheden van en voorstellen tot een gemeenschappelijke publiek-private aanpak van maatschappelijke problemen*. 's-Gravenhage: Vuga, 1992.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. *Kabinetsformatie 1998*. 's-Gravenhage: Sdu Uitgeverij, vergaderjaar 1997-1998. 26024, nr.

Maatschappelijk ondernemen in de zorg

10.

Veld, R.J. in 't. Hybride organisaties: een hachelijke onderneming. *Staatscourant*, 1995, nr. 49.

Veld, R.J. in 't. *Spelen met vuur: over hybride organisaties*. 's Gravenhage: Vuga, 1995.

Veld, R.J. in 't. Noorderlicht: over scheiding en samenballing. 's Gravenhage: Vuga, 1997.

Visser, G.R., Rijksen W.P. et al. *Ondernemend besturen: ziekenhuismanagement van overmorgen*. Assen: Van Gorcum, 1996.

Waal, S.P.M. de. Moeizaam middenbestuur en maatschappelijk middenveld. *Gezondheidszorg en management*, 1996, nr. 4, p. 28-29.

Waal, S.P.M. de. Maatschappelijk ondernemen: de harde consequenties voor verzekeraars, in: *Besturen op leven en dood*. Maarssen: De Tijdstroom, 1997.

Walsh, A.H. *The public's business: the politics and practices of government corporations*. London: MIT Press, 1978.

Wilmink, H. De ambtenaar en zijn zaak. In: Noordegraaf, M., Ringeling, A.B. en Zwetsloot, F.J.M. (red.). *De ambtenaar als publiek ondernemer*. Bussum: Coutinho, 1995.

Wolfson, D.J. *Leren we het ooit: een methodologische verkenning, als oefening in bescheidenheid*. Deventer: Kluwer, 1998.

Zwan, A. van der, Noordegraaf, M. *Back to basics*. Paper. S.l.: s.n., 1996.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Postbus 7100
2701 AC Zoetermeer
Tel 079 368 73 11
Fax 079 362 14 87

Colofon

Ontwerp: 2D3D, Den Haag
Fotografie: Eric de Vries
Druk: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg,
Zoetermeer;
De Longte Klomp & Bosman Drukkers,
Dordrecht, omslag
Uitgave: 1998
ISBN: 90-5732-039-8

*U kunt deze publicatie bestellen door overmaking van f25,-
op gironummer 132937 ten name van de RVZ te Zoetermeer onder
vermelding van publicatienummer 98/07*

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg