

Professie, profijt en solidariteit

**Over het nut en de noodzaak van
draagvlak voor zorg met
winstoogmerk**

Dr. K. Putters

Achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor de
Volksgezondheid en Zorg bij het advies Winst en
gezondheidszorg

Zoetermeer, 2002

Inhoudsopgave

1	Inleiding	5
1.1	Aanleiding voor deze achtergrondstudie	5
1.2	De centrale concepten in deze studie	6
1.3	Werkwijze en leeswijzer	9
1.4	Samenvatting	9
2	Achtergronden bij zorgverlening met winst-oogmerk	12
2.1	Toenemende druk op het huidige zorgsysteem	12
2.2	Winstoogmerk als oplossingsrichting?	13
2.3	Besluit	16
3	De waarde(n) van draagvlak	17
3.1	Vermenging van waardencomplexen	17
3.2	Simultane realisatie van waarden	18
3.3	Botsende belangen en belanghebbenden	20
3.4	Nut en noodzaak van draagvlak	22
3.5	Besluit: draagvlak voor winstoogmerk	26
4	Professie, profijt en solidariteit	27
4.1	Tussen profijt en professie	27
4.2	Tussen profijt en solidariteit	30
4.3	Besluit	36
5	Botsende waarden in de praktijk	37
5.1	Ziekenhuiszorg	37
5.2	De commerciële ggz	43
5.3	Ouderen- en thuiszorg met winstoogmerk	47
5.4	Besluit	51
6	Draagvlak verklaard	54
6.1	Complexiteit en turbulentie in de omgeving	54
6.2	Wijze van uitvoering	57
6.3	Aard van het product	57
6.4	Synopsis: gedifferentieerd draagvlak	60
7	Conclusies	62
7.1	Welke waarden staan centraal in de discussie?	62
7.2	Verschilt het draagvlak voor winstoogmerk in diverse deelsectoren?	64
7.3	Hoe zijn verschillen in draagvlak voor winstoogmerk te verklaren?	64
7.4	Wat zijn de lessen voor de toekomst?	69
7.5	Afsluiting	78

Bijlagen

1.	Verantwoording	83
2.	Lijst van afkortingen	85
3.	Literatuur	87
4.	Overzicht publicaties RVZ	93

1 Inleiding

1.1 Aanleiding voor deze achtergrondstudie

Voorbij de retoriek

Spreeken en schrijven over gezondheidszorg met winstoogmerk roept meestal veel vragen en emoties op. Voorstanders wijzen op evidente voordelen, zoals meer klantgerichtheid en keuzemogelijkheden voor zorgvragers, meer doelmatigheid en bedrijfsmatigheid in de zorginstellingen en meer innovatie en creativiteit bij zowel aanbieders als verzekeraars.

Tegenstanders wijzen met klem op negatieve gevolgen, zoals een tweedeling in de zorg tussen degenen die (luxere en duurdere) zorg kunnen betalen en diegenen die dat niet kunnen. Daarnaast wijzen ze op een tanende solidariteit in de samenleving tussen zieken en gezonde mensen. Bovendien zou de winst in termen van doelmatigheid en kwaliteit zeer onzeker zijn, vanwege verwachte uitgavenstijgingen en een snellere dienstverlening ten koste van de kwaliteit. In het kort is hiermee de retoriek in het debat over het winstoogmerk in de zorgsector neergezet. Het debat tussen de voor- en tegenstanders roept echter allerlei vragen op zoals: Mag in de gezondheidszorg winst worden gemaakt, c.q. is het gepast? Zijn waarden als gelijke toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid strijdig met commerciële doeleinden? Bestaat er draagvlak voor winstoogmerk en is dat ook noodzakelijk?

Het doel van deze studie is om door de retoriek heen te prikken en uiteen te leggen waar potentiële botsingen tussen waarden zich voordoen, of dat erg is en hoe ermee omgegaan wordt c.q. kan worden. Specifieke aandacht gaat in deze studie uit naar het belang van draagvlak voor het beleid dat de overheid voert ten aanzien van gezondheidszorg met winstoogmerk. Als vraagstelling in de studie is daarom gekozen voor de volgende vraag:

Welke waarden en normen staan centraal in de discussie over commerciële zorg en in welke mate spelen ze een rol bij de acceptatie van 'zorgverlening met winstoogmerk'?

Vanuit de centrale vraag zijn de volgende deelvragen geformuleerd:

1. Welke waarden staan centraal in de discussie over winstoogmerk in de gezondheidszorg?

2. Hoe worden deze waarden in verschillende deelsectoren van de gezondheidszorg gewogen en in welke mate wordt winstoogmerk geaccepteerd?
3. Hoe zijn eventuele verschillen te verklaren?
4. Hoe noodzakelijk is het om steun te verwerven voor het toelaten van winstbeogende zorginstellingen en wat zijn de mogelijkheden om het draagvlak te vergroten?

Deze deelvragen worden in het vervolg van deze studie beantwoord.

1.2 De centrale concepten in deze studie

Winstoogmerk

Gezondheidszorg met winstoogmerk wil in dit rapport zeggen dat er sprake is van financiering vanuit de markt, waarop private ondernemingen met elkaar concurreren, gericht zijn op winst maken en deze winsten uitkeren aan aandeelhouders. Er wordt dus gestreefd naar een positief bedrijfsresultaat dat wordt uitgekeerd aan aandeelhouders. In de zorg is daarvan vooralsnog in zeer beperkte zin sprake.

Box 1.1 Definitie van gezondheidszorg met winstoogmerk

Van *winstoogmerk* in de zorg is sprake bij:

- een private onderneming die met private gelden de zorg financiert en/of uitvoert;
- en dit doet onder het beding van concurrentie met andere mogelijke aanbieders en/of financiers;
- en daarbij eventuele winsten uitkeert aan aandeelhouders.

Daarbij komt de vraag naar voren wat concurrentie dan precies is.

Marktwerking en concurrentie

De introductie van marktwerking in sociale sectoren zoals de gezondheidszorg is een onderdeel van de beweging naar meer eigen verantwoordelijkheid voor het eigen handelen van burgers en naar decentralisatie van de verantwoordelijkheid voor de kosten in de zorg naar aanbieders en verzekeraars. Deze organisaties en de zorgvragers zouden meer handelingsvrijheid moeten krijgen. De vooronderstelling is veelal dat marktwerking de klantgerichtheid in de zorg

bevordert. De aanbieders en verzekeraars zouden daartoe geprikkeld moeten worden via een concurrentie faciliterende structuur. Concurrentie veronderstelt aldus een zekere vrijheid van actoren, aan zowel de aanbodkant als de vraagkant. Met andere woorden, de zorgvragers moeten een reële exit-optie hebben, de optie om over te stappen naar een andere aanbieder of verzekeraar. Deze overstap zou zonder al te veel problemen plaats moeten kunnen vinden en elke aanbieder of verzekeraar zou er de 'pijn' van moeten kunnen voelen. Is daaraan voldaan dan is er sprake van concurrentie.

Box 1.2 Concurrentie in de zorg

Van concurrentie is sprake als:

- zorgvragers reële exit-opties hebben om over te stappen naar een andere zorgaanbieder of zorgverzekeraar;
- deze zorgaanbieders en zorgverzekeraars de dreiging en het gevolg voelen van deze eventuele overstap.

Hetzelfde principe geldt op de zorginkoopmarkt, waar zorgaanbieders en zorgverzekeraars contracten afsluiten. Ook daar zouden beide partijen de mogelijkheid moeten hebben naar een ander te gaan, bijvoorbeeld om redenen van doelmatigheid of kwaliteit. Op de zorgverzekeringsmarkt geldt hetzelfde voor de exit-optie van de verzekerde. Pas dan is er sprake van een concurrentie faciliterende structuur.

Draagvlak voor beleid

Constateren dat er al dan niet sprake is van een concurrentie faciliterende structuur is niet voldoende. Zelfs als er concurrentie bestaat en er winsten gemaakt worden, zegt dat nog niets over het gegeven *of* aanbieders en verzekeraars ook daadwerkelijk met elkaar gaan concurreren en waar ze de winsten voor gebruiken. Het is daarom van belang dat gekeken wordt naar het feitelijk gedrag van deze actoren bij profijtelijk zorgverlening:

- Worden er winsten geboekt en waarom (bestaan er incentives om dit te doen)?
- Indien er winsten worden geboekt, hoe worden ze dan ingezet? Wat is de betekenis ervan?

In het empirisch onderzoek van deze studie wordt, voor zover mogelijk, ingegaan op deze vragen over het feitelijk gedrag. In de door de RVZ gehouden enquête onder private initiatieven in de zorg wordt hierop nader ingegaan. In deze studie ligt de nadruk op de noodzaak van draagvlak voor zowel het beleid

als voor het gedrag dat wordt vertoond op de markten in de zorg. Het feitelijk gedrag zal namelijk cruciaal zijn voor de mate van acceptatie van winstoogmerk in de zorg.

Box 1.3 Draagvlak voor winstoogmerk

Onder draagvlak voor winstoogmerk in de zorg wordt verstaan:

- de acceptatie van het uitgevoerde of nog uit te voeren beleid en van huidige en voorgestelde beleidsmaatregelen (in dit geval gericht op het toelaten van winstoogmerk in de zorg);
- met inbegrip van de consequenties van dat beleid of die maatregelen.

Het gaat bij draagvlak dus om de mate waarin de winstgerichte activiteiten ondersteuning krijgen vanuit de omgeving van de organisatie die de activiteiten onderneemt (politiek, regio, burgers, media) en de ondersteuning vanuit de eigen (interne) organisatie.

Botsende waarden én feitelijk marktgedrag

Bij het bestuderen van het draagvlak voor activiteiten met winstoogmerk wordt in deze studie gekeken naar botsende waarden. Het waardenpatroon van de gezondheidszorg kenmerkt zich vanwege haar publiekprivate karakter door interferentie, dat wil zeggen dat het is samengesteld uit delen die met elkaar interfereren. Een daarvan is het publieke domein met waarden zoals gelijke toegankelijkheid, rechtvaardige middelenverdeling en doelmatigheid. Daarnaast is er het professionele domein met waarden zoals de professionele deskundigheid van beroepsbeoefenaren, de ethische norm van weldoen en de kwaliteit van de zorg. Tenslotte het private (markt) domein met waarden zoals economische efficiëntie, innovatie en bedrijfsmatigheid van de organisatie en uitvoering van de zorg. Kijkend naar de introductie van zorgverlening met winstoogmerk, betekent dit bestuurlijk gezien dat er marktpartijen aan het bestuurlijke palet van de gezondheidszorg worden toegevoegd. Het betreft voornamelijk private – commerciële – financiers en uitvoerders die commerciële activiteiten ondernemen. Daarmee is de introductie van zorgverlening met winstoogmerk ook waardengeladen. De interferentie tussen de domeinen en hun waarden is namelijk niet neutraal. Winst maken, winst uitkeren aan aandeelhouders en bedrijfsmatige principes raken vermengd met de professionele en publieke

waarden in de zorg. Deze waarden kunnen onderling tegenstrijdig zijn. De identiteit van het ene domein kan (deels) strijdig zijn met de identiteit van het andere.

In deze studie wordt bekeken welke waarden met elkaar strijden, hoe de marktpartijen daar feitelijk mee omgaan (indien mogelijk) en wat de betekenis daarvan is voor de noodzaak en omvang van het draagvlak voor zorgverlening met winstoogmerk.

1.3 Werkwijze en leeswijzer

Deze studie is als volgt opgezet. Allereerst is bestudeerd waarom zorgverlening met winstoogmerk toeneemt en welke discussies dit oproept (hoofdstuk 2). Vervolgens wordt ingegaan op de waarden in ons zorgsysteem. Hoe worden zij gerealiseerd en wat is hun betekenis voor het verwerven van draagvlak (hoofdstuk 3)? Daaruit komt een aantal centrale waardendiscussies naar voren. Het gaat vooral om het debat tussen profijt en professie en tussen profijt en solidariteit (hoofdstuk 4). Vervolgens wordt geanalyseerd of het draagvlak voor winstoogmerk tussen subsectoren van de gezondheidszorg verschilt: de ziekenhuiszorg, de geestelijke gezondheidszorg, en de ouderen- en thuiszorg (hoofdstuk 5). In hoofdstuk 6 worden de verschillen in draagvlak en de verschillende uitkomsten van de geschetste waardendiscussies en -conflicten verklaard. Tenslotte worden de vragen beantwoord die in deze inleiding zijn gesteld. Een aantal lessen voor de toekomst worden tenslotte voor de beleidspraktijk geformuleerd (hoofdstuk 7).

1.4 Samenvatting

De RVZ beantwoordt in zijn advies de vraag of 'for profit' voorzieningen tot de reguliere gezondheidszorg moeten worden toegelaten. Deze achtergrondstudie gaat in op het draagvlak voor een dergelijk beleid. Een studie daarnaar is gewenst omdat de gevolgen groot kunnen zijn, er nog niet veel zicht is op de voor- en nadelen en de media veel aandacht aan het onderwerp schenken. Draagvlak is dan nodig. Verder hebben veel mensen 'strong feelings' over het onderwerp. Winst maken op gezondheidszorg kan namelijk op gespannen voet komen te staan met professionele waarden in de zorg of met publieke waarden als solidariteit en rechtsgelijkheid.

Waar ga je voor en waar sta je voor? Winst willen maken is uit economisch oogpunt rationeel, maar artsen en andere hulpverleners moeten zich in de eerste plaats door hun beroepsethiek laten leiden. Medici kunnen in hun professionele afwegingen tot op zekere hoogte economische criteria, zoals de kosten van een behandeling, meenemen. Maar het tast bijvoorbeeld hun professionaliteit aan wanneer zij een noodzakelijke behandeling uitsluitend vanwege de daaraan verbonden kosten achterwege laten. Er is met andere woorden een 'zone of acceptance' waarbinnen artsen met economische overwegingen rekening kunnen houden. Deze 'zone of acceptance' is niet voor alle onderdelen van de gezondheidszorg even groot. Bij een niet-spoedeisende behandeling is er bijvoorbeeld meer ruimte voor economische overwegingen dan in acute situaties. De arbeidsgerelateerde zorg laat daarvan voorbeelden zien. In veel situaties sluiten commerciële activiteiten aan bij de wensen van medici om specifieke deskundigheden verder te ontwikkelen, betere arbeidsvoorwaarden te creëren en flexibeler te werken. Commercie levert verder een bijdrage aan innovatie en het verkorten van wachtlijsten.

Een soortgelijk verhaal is te vertellen over winst en de publieke sector. Gezondheidszorg is voor iedereen beschikbaar via een stelsel van ziektekostenverzekeringen. Het behoort daardoor tot het publieke domein. In het publieke domein gelden waarden als rechtsgelijkheid en solidariteit die bij strijdigheid met winst oogmerk voorrang horen te krijgen. Bij arbeidsgerelateerde zorg kunnen bijvoorbeeld spanningen optreden tussen 'profijt en solidariteit'. Het is economisch gezien rationeel dat werkgevers en werknemers die belang hebben bij snelle hulpverlening, voorrang kopen door een hogere prijs te betalen. Het is anderzijds in strijd met het gelijkheidsbeginsel dat artsen werknemers zonder medische noodzaak sneller behandelen. De botsing tussen beide benaderingswijzen is de kern van de zogenaamde 'tweedelingsdiscussie'.

Wie instellingen met winst oogmerk toegang wil geven tot de reguliere gezondheidszorg moet rekening houden met een instabiel en onevenwichtig draagvlak. Onstabiel, omdat aanvankelijk steun voor zo'n beleid tijdens de uitvoering kan wegvallen of juist kan toenemen. Bedrijvenpoli's hebben daar de nodige ervaring mee kunnen opdoen. Onevenwichtig, omdat zo'n beleid op het ene terrein op instemming kan

rekenen en op het andere juist niet. Commerciële thuiszorg kan bijvoorbeeld op meer steun rekenen dan commerciële traumazorg. Waar hangt dat van af? Drie factoren zijn vooral van belang.

1. De aard van het product: het maakt verschil hoe afhankelijk de patiënt is van de zorgverlener, hoe specifiek het product kan worden getypeerd, hoe groot de mogelijkheden zijn om zorg en andere diensten aan elkaar te koppelen en of het product al eerder in de markt is gezet zodat beter kan worden ingeschat wat de mogelijke gevolgen van winstoogmerk kunnen zijn.
2. De wijze waarop de commerciële zorg wordt uitgevoerd: wordt cherry picking voorkomen, is er een level playing field en is er sprake van goed werkgeverschap?
3. De mate waarin publieke en professionele waarden worden gerespecteerd: staat gezondheidswinst voorop of financieel gewin, voorziet de zorg in een maatschappelijke behoefte, wordt in het belang van de patiënt gewerkt?

Tezamen bepalen deze factoren het draagvlak voor zorginstellingen met winstoogmerk. Als besloten wordt om deze instellingen toegang te geven tot de reguliere zorg, is het van belang om voor dat beleid steun te verwerven. Daarvoor zijn informatie en communicatie essentieel. Er moet zicht komen op de activiteiten en resultaten van deze instellingen, de wijze waarop zij werken en hoe zij met professionele en publieke waarden omgaan. 'The proof of the pudding is in the eating.'

2 Achtergronden bij zorgverlening met winstoogmerk

Het doel van dit hoofdstuk is om in vogelvlucht een aantal belangrijke trends te schetsen tegen welke achtergrond de ontwikkeling van zorgverlening met winstoogmerk geplaatst kan worden.

2.1 Toenemende druk op het huidige zorgsysteem

Trend naar meer marktwerking en vraagsturing

Er bestaat een aantal ontwikkelingen in de brede context van het zorgstelsel die een toenemende druk veroorzaken op de financiering, uitvoering en organisatie. Ze versterken de trend naar meer privatisering, economisering en het toelaten van commercie in de zorg. De ontwikkelingen zijn te groeperen:

- a de druk van *binnenuit* het stelsel van aanbodregulering en
- b de druk van *buitenaf* uit de omgeving van de zorgsector.

De druk van binnenuit (ad a) neemt toe doordat de vraag naar zorg sterk stijgt bij een in sterke mate beperkt aanbod. Het aanbod is gereguleerd, waardoor de sociale ziektekostenverzekering geen verzekering in de strikte zin van het woord (meer) is. Het is eerder een instrument van de overheid geworden om de kosten en het aanbod te reguleren en in de hand te houden (RVZ, 2000). De aanbodregulering heeft zich verder geuit in de regulering van opleidingen en beperkingen in de toelating tot opleidingen, de rantsoenering van het volume van zorg en de regulering van de prijzen en de productie. Dit systeem had de voordelen van de kostenbeheersing die het bewerkstelligde, alsmede de brede toegankelijkheid en kwaliteit die het voortbracht. Door de sterk stijgende vraag is dit systeem echter onder grote druk komen te staan, met als meest pregnante uitingsvorm de lange wachtlijsten. Het sterk verstatelijkte (bureaucratisch) institutionele bolwerk vertoont scheuren (Putters en Van der Grinten, 2001). Via de introductie van prikkels voor ondernemerschap en marktwerking wordt gepoogd het systeem meer adequaat op de vraag te laten reageren (Schut, 1997; 1998; VWS, 2001).

De meest evidente uitingsvorm van het falen van het huidige systeem om op al deze trends in te spelen zijn de almaar groeiende wachtlijsten en het zeer beperkte antwoord dat het zorgsysteem daarop heeft. Vraag en aanbod sluiten niet op elkaar aan, sterker nog, ze lijken steeds verder uiteen te lopen (RVZ, 2000). Dat komt onder meer door een aantal ontwikkelingen die van buitenaf op het zorgsysteem afkomen.

De druk wordt mede veroorzaakt door de druk die van buitenaf op de zorg afkomt (ad b). Een aantal belangrijke trends daarbij zijn de vergrijzing, liberalisering, individualisering, economisering en het consumentisme. Al deze trends wijzen erop dat de zorgvrager zich steeds meer als een reële zorgvrager zal gaan opstellen in een open Europese markt voor gezondheidszorg (RVZ, 1999). Dit voert de druk binnen het zorgsysteem verder op, omdat de instituties in de zorg niet zijn gericht op de vraag, maar op het aanbod. Andere externe ontwikkelingen zijn de groeiende technologische veranderingen en mogelijkheden in de zorg die steeds omvangrijkere eisen (zowel technologisch als financieel en personeel) stellen aan de zorg. Daarbij komen de zogenaamde nieuwe risico's (BSE) die ongreijpbaar lijken te zijn, maar wel belangrijke nieuwe eisen en verwachtingen aan het zorgsysteem opleggen. Een laatste niet onbelangrijke trend die als ontwikkelingen genoemd dient te worden is de vervaging van de identiteit van de zorgsector. Steeds vaker staan de grensvlakken tussen zorg, zekerheid, arbeid en wonen centraal. Woonzorgcombinaties, arbozorg en dergelijke zijn belangrijke behoeften waar onder meer de zorgmarkt op in moet spelen (Vos, 1999). De privatisering van de Ziektewet heeft bijvoorbeeld tot gevolg gehad dat werkgevers een direct belang kregen bij een snelle terugkeer van zieke werknemers in het arbeidsproces. Hun roep om snellere zorg was en is krachtig en leidde tot verschillende initiatieven tot voorrangszorg, zoals bedrijvenpoli's, arbeidsgeneeskundige spreekuren en private klinieken (NRV, 1995; Van Dartel, 1997; Bergs, 2001). Een aantal van de zojuist genoemde ontwikkelingen dragen bij aan de eerder aangeduide wachtlijstproblematiek,

2.2 Winstoogmerk als oplossingsrichting?

De huidige praktijk van zorgverlening met winstoogmerk

Vanwege de lange wachttijden voor bepaalde behandelingen zijn verschillende initiatieven ontstaan om patiënten sneller te kunnen behandelen. Activiteiten op het gebied van de

zorgvernieuwing en het realiseren van een meer doelmatige organisatie en uitvoering binnen de reguliere zorg zijn daarbij belangrijk. Er zijn echter ook buiten de reguliere zorg reeds initiatieven ontstaan om bepaalde groepen zorgvragers sneller te behandelen. 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). Veel van deze wachtlijstomzeilende initiatieven hebben een commercieel karakter. Het betreft bijvoorbeeld activiteiten voor arbozorg, geestelijke gezondheidszorg, woonzorgcombinaties, sportgeneeskunde of anderszins in bedrijvenpoli's, private klinieken en via telefonische hulpdiensten. Het betreft aldus activiteiten binnen de reguliere zorg om doelmatiger en meer klantgericht met de middelen om te gaan (ondernemerschap in het publieke domein), alsmede activiteiten buiten de reguliere zorg op de (commerciële) markt om extra gelden te genereren en activiteiten binnen de organisaties in de zorg om meer ondernemend in te kunnen spelen op de vragen vanuit de omgeving.

De Stichting Toekomstscenario's Gezondheidszorg maakte eerder een inventarisatie van reeds bestaande activiteiten. Daarvan wordt hier een verkorte weergave gegeven.

Privatisering van zorg en/of dienstverlening

Het STG verdeelt de commerciële activiteiten in twee categorieën onder: private activiteiten in de directe patiëntenzorg en private activiteiten gericht op dienstverlening. Een kenmerk van de huidige zorgsector is dat de grenzen naar andere sectoren, zoals wonen, sociale zekerheid en dienstverlening flinterdun worden. Ziekenhuizen richten bedrijvenpoli's of soortgelijke arrangementen op om arbozorg te leveren, storten zich op woonzorgcombinaties en bieden extra services aan patiënten. De private activiteiten richten zich daarop, omdat de behoeften op de markt daarom vragen. Bovendien liggen de mogelijkheden voor private activiteiten met winst oogmerk vooral in de dienstverlening om de directe zorg heen via aanpalende beleidsterreinen en voorzieningen. Welke activiteiten vinden reeds plaats in de praktijk van de zorg? Publieke zorgaanbieders verrichten private activiteiten rond zorg en dienstverlening, zoals (STG, 1999):

- Private patiëntenzorg door publieke zorgaanbieders.
Voorbeelden: de zorgplus bij ziekenhuizen, thuiszorg en

verpleeghuizen bieden als aanvulling op de BKZ-zorg extra zaken aan in zotels, via klassenverpleging en zorgabonnementen. Daarnaast zijn er verpleeghuizen die in het buitenland verpleeghuiszorg voor overwinteraars regelen, ziekenhuizen die initiatieven ontwikkelen om werknemers sneller te behandelen (bedrijvenpoli's, arbozorgcentra), en RIAGG's die bedrijfszorg organiseren. Dit zijn voorbeelden van diensten voor de specifieke behandeling van werknemers gefinancierd door werkgevers of verzekeraars. Verder zijn er ook de zelfstandige behandelcentra die derde compartimentszorg leveren, zoals fysiotherapie, sportgeneeskunde en arbeidsgerelateerde zorg.

- Private dienstverlening door publieke zorgaanbieders. Voorbeelden: de dienstenplus met extra diensten en services die tegen betaling worden aangeboden zoals alarmering en huisvesting. Ziekenhuizen bieden private dienstverlening aan in sportklinieken, kuuroorden en fitnessvoorzieningen. Daarnaast vindt de bouw plaats van private appartementen in samenwerking met woningbouwcorporaties waarin vervolgens zorg geboden wordt (woon-zorg). Verzorgingshuizen doen dit soms voor tijdelijke opnamen van ouderen die hiervoor zelf willen/kunnen betalen. Verder zijn er de revalidatiecentra die BV's voor orthopedische instrumentenmakerijen en onderzoekscentra starten, fysiotherapeuten aanvullende activiteiten zoals fitness en preventie aanbieden en specifieke instellingen voor wachtlijstbemiddeling. Tevens zien we de verzelfstandiging van dienstonderdelen, zoals laboratoria en facilitaire en technische diensten. Deze diensten kunnen vervolgens worden ingekocht door zowel het ziekenhuis als door andere bedrijven en instellingen.

Private zorgaanbieders verrichten private activiteiten rond zorg en dienstverlening (STG, 1999), zoals:

- Private patiëntenzorg door private zorgaanbieders. Voorbeelden: privé klinieken, private verzorgingshuizen en private verpleeghuizen en particuliere thuiszorgbureau's, private zotels, hospices (speciale instellingen voor begeleiding van terminale patiënten), private aanbieders van tweedelijnsarbozorg zoals rugadviescentra.
- Private dienstverlening door private zorgaanbieders. Voorbeelden: commerciële bedrijven bieden diensten aan zoals telefonie in ziekenhuizen, activiteiten in kuuroorden

en thermen, en voorzieningen voor familie van opgenomen patiënten, zoals in het Ronald McDonaldhuis.

De ontwikkeling van private activiteiten betekent niet altijd dat winst maken expliciet nagestreefd wordt, maar het boeken van een positief bedrijfsresultaat heeft wel een hoge prioriteit. In de door de RVZ gehouden enquête onder private initiatieven in de zorg zijn dergelijke activiteiten geïnventariseerd voor de verschillende zorgmarkten.

In de recente Kabinetsnotitie Vraag aan bod worden deze initiatieven en activiteiten niet op voorhand afgewezen en wordt een positieve benadering van het winstoogmerk in de zorg nagestreefd. Volgens de nota kan het een oplossing bieden om de knelpunten in de zorg op te lossen en de druk op het bestaande stelsel te verminderen (VWS, 2001). Deze studie onderzoekt welke waardenconflicten bij commercie in de zorg een rol spelen en wat dit betekent voor het draagvlak voor het kabinetsbeleid.

2.3 Besluit

Een aantal ontwikkelingen binnen en buiten het zorgsysteem stellen de noodzaak voor veranderingen in de organisatie, financiering en uitvoering van zorg steeds nadrukkelijker aan de orde. Voortgaande individualisering, liberalisering en globalisering conflicteren steeds pregnanter met elementen uit de structuur en het functioneren van het bestaande zorgsysteem. Tegen deze achtergrond is profijtelijk zorgverlenen een poging om tot oplossingen van die conflicten te komen.

In het licht van de vraagstelling in deze studie worden het volgende bestudeerd:

- De waarden die in de zorg in theorie aan de orde zijn en mogelijk met elkaar botsen (hoofdstuk 3 en 4).
- De aard en betekenis van (mogelijke) waardenconflicten *in* de praktijk van commerciële zorg (hoofdstuk 5).

3 De waarde(n) van draagvlak

In dit hoofdstuk staan de conflicterende waarden centraal bij de bevordering van gezondheidszorg met winstoogmerk. Het zijn de discussies hierover die van belang zijn voor het draagvlak voor het hanteren van een winstoogmerk in de zorg.

3.1 Vermenging van waardencomplexen

In de gezondheidszorg is sprake van een gemengd publiekprivaat systeem. Dat uit zich, zoals in eerdere studies ook is vermeld, door een voornamelijk private uitvoering van zorg, een sterke positie voor professioneel autonome professionals, waarbij gebruik gemaakt wordt van publieke middelen (premies en belastinggeld) en waarbij de overheid een grote mate van verantwoordelijkheid draagt voor het realiseren van gelijk toegankelijke, doelmatige en kwalitatief goede gezondheidszorg. Dat resulteert in sterke wederzijdse afhankelijkheden in de publiekprivate zorg. Deze vermenging heeft gevolgen voor de besturing van de sector. Er is namelijk veelal sprake van een mix van overheidssturing, denk aan de aanbodregulering, zelfsturing, denk aan de professie en het particulier initiatief uit de vorige eeuw, en marktwerking, zoals de initiatieven die in deze studie centraal staan.

De vermenging van besturingsmechanismen krijgt vaak de volle aandacht als het gaat om veranderingen in beleid en organisatie in de zorgsector. Bij mogelijke oplossingen voor bestuurlijke knelpunten worden nogal eens oplossingsrichtingen gekoesterd die gaan richting 'meer markt' dan wel 'meer overheid' (In 't Veld, 1995; commissie Koopmans; commissie Cohen, 1997). Het is evenwel zo dat achter deze besturingsmechanismen waardencomplexen schuilgaan. De introductie van andere sturingsprikkel betekent namelijk nog niet dat de traditionele waardencomplexen veranderd zijn. Het is zoals In 't Veld al stelde, namelijk dat een beweging van verstatelijking naar ontstatelijking van publiekprivate sector nog niet betekent dat de organisaties die daarbinnen actief zijn ineens niet meer functioneren temidden van al die waarden die voorheen ook al in het geding waren.

Om welke waarden gaat het in de zorg? Kijkend naar de professie spreken sommige auteurs ook wel van een

gildesysteem (Polder, et al., 1996; 1997). Binnen dat systeem is in de zorg in hoge mate sprake van professioneel onafhankelijke artsen die via zelfsturing door de eigen beroepsgroep onder meer de volgende waarden realiseren (Polder, 1996; Van Oorschot, 1999):

- de competentie van artsen;
- de kwaliteit van zorg;
- het opbouwen van een vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt.

Kijkend naar de waarden vanuit het *publieke* domein die in de zorg in het geding zijn komen we op de volgende waarden:

- toegankelijkheid van gezondheidszorg;
- rechtvaardige verdeling van middelen;
- kwaliteit en volume van zorg;
- doelmatigheid van zorgvoorzieningen.

In het zorgsysteem spreken sommigen ervan dat deze waarden via principes van een plansysteem deze waarden worden gerealiseerd. De aanbodregulering, waarover in het vorige hoofdstuk al het een en ander is gezegd, laat dit zien (Schut, 1997; Polder et al., 1997; RVZ, 1999; 2000).

Kijkend naar de waarden die vanuit het *private* domein in de zorg in het geding zijn valt er een onderscheid te maken naar de variant die gericht is op zelfvoorziening door het particulier initiatief (zelfvoorziening, autonomie en zelfsturing als drijfveren) en de variant die via (gereguleerde) concurrentie en winst maken op de markt gericht is op het realiseren van de volgende waarden:

- doelmatigheid;
- doeltreffendheid;
- winsten genereren en uitkeren aan aandeelhouders;
- innovatie;
- creativiteit;
- bedrijfsmatigheid.

Het gaat bij de sturing van gezondheidszorg met andere woorden om de realisatie van een complex en pluriform geheel van waarden die tegelijk bediend moeten worden.

3.2 Simultane realisatie van waarden

Het risico bestaat dat elk waardensysteem afzonderlijk de waarden uit een ander waardensystemen over het hoofd ziet.

Zo kan het zijn dat een gildesysteem tot op zekere hoogte ongevoelig is voor de doelmatige besteding van middelen, omdat ze hoofdzakelijk gericht is op de medische mogelijkheden en technologie. Andersom kan het zo zijn dat in een gereguleerd marktsysteem het ethische en professionele belang naar de achtergrond verschuiven vanwege argumenten van economische doelmatigheid. De neiging zal bestaan volgens Polder (et al.) om 'to overserve the rich and to under serve the poor' (1996; zie ook Van Dartel, 1997).

In de Nederlandse zorgsector zijn een aantal mechanismen werkzaam die verschillende waarden moeten waarborgen. Op de *zorgmarkt*, waar de relatie tussen instellingen, artsen en patiënten centraal staat, betreft dat het mechanisme van de zelfsturing via de professionele autonomie. Via eigen gedragscodes, tuchtrecht en standaarden tracht de medische professie de kwaliteit zorg, de deskundigheid van artsen en de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt te waarborgen. Op de *verzekeringenmarkt* wordt via een systeem van sociale verzekeringen de toegankelijkheid tot de zorg en de rechtvaardige verdeling van middelen en de solidariteit tussen zieken en gezonden, en tussen werkenden en niet werkenden, en tussen veelverdieners en minima gewaarborgd. Dit heeft geleid tot een planmatig systeem van (bureaucratische) regels en procedures rond onder meer het bouwen van instellingen, het totstandkomen van tarieven en de afspraken over de productie van zorg. Het betreft hier vooral de structurering van de relaties tussen de verzekeraars en de verzekerden. Op de *zorginkoopmarkt* staan de mechanismen van het contracteren en werken aan efficiency centraal. Het betreft hier de relaties tussen de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders. Vooral nog komt de zorgvrager zelf daar welhaast niet aan te pas. Via vormen van pgb's kunnen de zorgvragers zelf wel steeds meer invloed uitoefenen op de zorginkoop.

Zonder op deze plaats diepgaand op elk van de drie deelmarkten in te gaan, is het van belang te constateren dat er binnen het zorgsysteem dus sprake is van de simultane realisatie van waarden en normen via een mix van structuren en deelsystemen. Sommigen bepleiten een vereenvoudiging van dit systeem en bijvoorbeeld meer aansturing door de overheid of juist door meer markt. Anderen menen dat een optimaal zorgsysteem elk van de drie kwaliteitscomplexen moet dienen (Putters, 1998; RVZ, 1998; 1999; Polder, et al., 1996; 1997). In de vorige paragraaf constateerden we in elk geval dat er een grote druk op het gemengde zorgsysteem

staat, waardoor de vraag naar boven komt welke betekenis het hanteren van een winstoogmerk heeft voor een optimale waardenrealisatie.

3.3 Botsende belangen en belanghebbenden

Het ligt voor de hand te veronderstellen dat de vermenging van waarden voor problemen zorgt. In de inleiding werd al gesteld dat interferentie van waarden voor tegenstrijdigheden en botsingen kan zorgen. Hoe herkennen we die botsende waarden? In de praktijk kunnen we dit onderzoeken door te kijken naar de debatten die plaatsvinden tussen belanghebbende actoren vanuit elk van die domeinen die het belang van een bepaalde waarde vertegenwoordigen.

De belangen

Hieronder worden de belangrijkste belangen die in de zorg in het geding zijn opgesomd (o.a. Putters, 1998; RVZ, 2001).

Publieke belangen:

- 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.

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.

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 artsenuitvoering 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.

De belanghebbenden

Artsen, de Minister, de Tweede Kamer, zorgaanbieders, zorgverzekeraars, patiënten, werkgevers, werknemers, bedrijfsgezondheidsdiensten en sociale diensten hebben allemaal eigen belangen bij een snelle, doelmatige, kwalitatief hoogstaande gezondheidszorg. Bij de één 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 van liberalisering van gezondheidszorg zoeken veel actoren naar een snelle, effectieve en goede behandeling van patiënten. Daarom treft men afspraken en sluit contracten. Doordat verschillende principes leidend kunnen zijn voor deze actoren kunnen er conflicten ontstaan.

Verskillende 'leidende' principes

Van groot belang is te constateren dat, komend vanuit een specifiek waardencomplex, er een waarde of principe of belang leidend kan zijn, dat niet leidend is voor een actor komend vanuit een ander waardencomplex. Voorrang voor werknemers kan zeer legitiem zijn voor een actor opererend in het private domein (bedrijven of verzekeraars bijvoorbeeld), maar niet

automatisch voor artsen of voor de overheid. Bij de een zijn de economische principes en waarden leidend in de afwegingen en bij de ander de professionele, ethische of maatschappelijke waarden en belangen. Het totaal van waardencomplexen is voor de zorg van belang, maar bij het maken van beleidskeuzes is het ene waardencomplex veelal doorslaggevend dan het andere.

Profijt, professie én solidariteit

Er worden in het vervolg van deze studie een tweetal 'botsingen' van waarden uitgewerkt die aan de orde zijn bij het stimuleren van gezondheidszorg met een winstoogmerk:

- de botsing tussen profijtelijk zorgverlenen en de professionele medische praktijk;
- de botsing tussen profijtelijke zorgverlenen en maatschappelijke waarden en belangen (solidariteit, toegankelijkheid, kwaliteit, betaalbaarheid);

Via de het bestuderen van de debatten hierover verkrijgen we inzicht in de het nut en de noodzaak van draagvlak voor gezondheidszorg met een winstoogmerk (hoofdstuk 4).

3.4 Nut en noodzaak van draagvlak

Alvorens inhoudelijk te kijken naar de zojuist genoemde waardenconflicten is het van belang om aan te geven wat we onder het begrip 'draagvlak' verstaan. Draagvlak speelt een belangrijke rol bij de wijze waarop in het beleid omgegaan kan worden met botsende waarden. Gezien de pluriformiteit van belangen en waarden in de zorg is het maar de vraag of het beleid wel recht doet aan die verscheidenheid, alsmede *of* dat vereist is. Dus: is er draagvlak voor gezondheidszorg met winstoogmerk? Alvorens dat per deelmarkt te bestuderen wordt eerst het draagvlakbegrip uiteengezet.

Wat is draagvlak voor beleid?

Draagvlak is een begrip dat in politiek Den Haag en in de media met grote regelmaat gebruikt wordt. Heeft de Minister draagvlak voor het aanleggen van de Betuwespoorlijn? Hoe groot is het draagvlak voor de gekozen minister-president? Hoeveel draagvlak bestaat er in de samenleving voor tweedeling in de zorg? Voor het goede begrip van draagvlak moeten we een aantal zaken uiteen trekken. In de eerste plaats is er een onderscheid tussen het aanwezige draagvlak en het benodigde draagvlak. Dat wil zeggen dat er in de politiek of in de samenleving een beleid breed gesteund kan worden, maar

dat dit nog niet betekent dat dit brede draagvlak ook per definitie noodzakelijk is om het beleid te maken en uit te voeren. In de politieke en publieke discussie wordt dit onderscheid nogal eens veronachtzaamd, en gesteld dat draagvlak onmisbaar en noodzakelijk is. Inkomensbeperkende maatregelen in tijden van recessie zijn impopulair en kunnen op weinig draagvlak rekenen in de samenleving, maar kunnen wel noodzakelijk en uitvoerbaar zijn en daarmee in de praktijk gebracht worden. In de tweede plaats is er in het verlengde hiervan een onderscheid te maken tussen politiek en maatschappelijk draagvlak. In een strikt formele benadering kan gesteld worden dat politiek draagvlak bestaat op basis van de verkregen stemmen bij verkiezingen. Dat is echter een te beperkte benadering voor de complexe bestuurlijke praktijk. Wanneer een beleid politieke ondersteuning krijgt, wil dat nog niet zeggen dat het in de samenleving op draagvlak kan rekenen. Maar dat is ook niet altijd noodzakelijk.

Lako en Smelik komen tot de volgende definitie van wat draagvlak voor beleid is, namelijk 'de acceptatie van het uitgevoerde of nog uit te voeren beleid en van huidige en voorgestelde maatregelen, met inbegrip van de consequenties van dat beleid of die maatregelen' (1997: 28). Zij voegen aan de zojuist aangegeven nuancering van het begrip draagvlak nog toe dat het kan gaan om zowel de ontwikkeling van beleid als de uitvoering van beleid. Daarnaast vragen ook zij aandacht voor het feit dat draagvlak niet in alle situaties noodzakelijk hoeft te zijn en kan zijn.

Is draagvlak voor beleid altijd noodzakelijk?

Tabel 3.1 maakt duidelijk dat beleid met voldoende maatschappelijk en politiek draagvlak uitgevoerd kan worden, maar dat dit niet altijd noodzakelijk is. Soms is het al voldoende wanneer er financiële prikkels tegenover staan. Draagvlak hoeft er dan niet per se te zijn, de prikkels zijn voldoende om bepaald gedrag te realiseren. Soms kan er wel maatschappelijk of politiek draagvlak bestaan, maar komt het niet tot beleid. Tenslotte kan het zo zijn dat draagvlak ontbreekt en dat daardoor beleid niet wordt uitgevoerd.

Tabel 3.1 Draagvlak en beleid

	Wel uitvoering van beleid	Geen uitvoering van beleid
Draagvlak is aanwezig	Bijv. ontwikkelingssamenwerking	Bijv. spoorwegtunnels

Bron: Lako en Smelik, 1997

Lako en Smelik vragen zich af wat het voor bestuurders noodzakelijk maakt om over draagvlak te beschikken voor beleid. Ze geven daarvoor een aantal belangrijke factoren aan:

- De ernst van de gevolgen van het beleid: bij ingrijpende gevolgen van het beleid voor burgers is het van belang dat de overheid op voldoende draagvlak kan rekenen.
- De onduidelijke kosten/batenverhouding: als de baten van het beleid op voorhand niet erg duidelijk zijn, dan is het draagvlak bij burgers van groot belang; een voorbeeld zijn hier de wachtlijstgelden, waarbij niet duidelijk is wat precies de bijdrage aan de oplossing van de wachtlijstproblemen is. Het risico is dan dat het draagvlak voor het beleid erodeert.
- De sterke normatieve implicaties van het beleid: als het beleid breekt met belangrijke normatieve uitgangspunten die tot dan toe gehanteerd werden, dan is het van belang voor de beleidsmakers te weten of er draagvlak voor die fundamentele verandering bestaat. Er mag immers weerstand worden veronderstelt. Voorbeelden zijn hier het legaliseren van euthanasie en abortus.
- De verantwoordelijkheid voor gevolgen van het beleid: de mate waarin bestuurders kunnen worden aangesproken op hun verantwoordelijkheden voor de gevolgen van het beleid beïnvloedt het draagvlak. Het gevolg is dat beleidsmakers en politici zich laten beïnvloeden door de publieke opinie. Een voorbeeld is hier geweest het beleid van de overheid rond bedrijvenpolis's, waarbij de Minister onder druk van de publieke en politieke opinie tegen tweedeling in de zorg werd aangesproken op haar positieve beleid ten aanzien van arbozorg (zie ook verderop in deze studie).
- De sterke aandacht van de media; bestuurders worden hiermee soms geconfronteerd, bijvoorbeeld omdat het beleid breekt met eerder beleid of omdat ernstige gevolgen verwacht worden. Draagvlak is volgens Lako en Smelik dan noodzakelijk voor de uiteindelijke uitvoering van het beleid. De factor 'media' treedt in samenhang met de andere genoemde factoren op.

Box 3.1 Noodzakelijkheid van draagvlak

De noodzakelijkheid van draagvlak hangt af van:

- ernst van de gevolgen van het beleid;
- de onduidelijke verhouding tussen kosten en baten;
- de sterke normatieve implicaties;
- de verantwoordelijkheid voor de gevolgen;
- sterke aandacht van de media.

Bron: Lako en Smelik, 1997

Wat belemmert draagvlak voor beleid?

Een aantal zaken staan de ontwikkeling van voldoende draagvlak in de weg. In de eerste plaats levert een gebrek aan consistentie in het overheidsbeleid vaak problemen voor draagvlakverwerving op. In de tweede plaats wordt draagvlak beperkt als beleid ongeloofwaardig wordt gepresenteerd, bijvoorbeeld als de wachtlijsten groeien en patiënten meer eigen bijdragen moeten gaan leveren, terwijl tegelijkertijd onduidelijk is waar de vele wachtlijstgelden blijven en of deze goed besteed worden. In de derde plaats is het van belang om zichtbare resultaten te kunnen tonen. Dat verhoogt de kans op acceptatie. Als dit niet kan, dan dient rekening gehouden te worden met een beperkt en mogelijk op langere termijn beperkend draagvlak. In de vierde plaats is een eerlijke verdeling van de lasten van belang voor draagvlak. Als de premies voor zorg voor bepaalde groepen veel meer omhoog gaan dan voor anderen is er het risico dat het draagvlak voor dit beleid verkleint. Tenslotte zijn er de actuele beleidsproblemen. Als het beleid daar vooral betrekking op heeft kan de overheid laten zien dat ze meteen iets aan de problemen doet en dat verhoogt de acceptatie van het beleid.

Box 3.2 Belemmeringen voor draagvlak

- inconsistent beleid
- ongeloofwaardige communicatie
- onzichtbare resultaten van beleid
- oneerlijke verdeling van de lasten
- gebrek aan actualiteit van het issue

3.5 Besluit: draagvlak voor winstoogmerk

Gezien het voorgaande wordt in het empirisch deel van deze achtergrondstudie voor een aantal deelmarkten in de gezondheidszorg bekeken:

1. op welke wijze conflicten tussen 'professie, profijt en solidariteit' een rol spelen bij het stimuleren van winstoogmerk in de zorg;
2. wat het nut en de noodzaak van draagvlak voor dit beleid zijn.

De assumptie is dat waardenconflicten van belang zijn voor het aanwezig en het noodzakelijke draagvlak voor beleid, en dat dit van belang is voor het welslagen van beleid. Het is daarom van belang nu meer inzicht te verkrijgen in de praktijk van waardenconflicten.

4 Professie, profijt en solidariteit

In dit hoofdstuk worden de twee meest dominante waardenconflicten besproken die een rol spelen bij het bevorderen van winstoogmerk in de zorg optreden: profijt versus professie (4.1) en profijt versus solidariteit (4.2).

4.1 Tussen profijt en professie

"We can no longer speak of fidelity as a benign requirement that the physician refrains from vulgar exploitation of vulnerable patients in order to line his pockets with a little extra gold, or as a simplistic command always to place the patient's interests above one's own and others" (Morreim, 1991).

In deze paragraaf wordt ingegaan op de mogelijke conflicten tussen professionele waarden die in de zorg in het geding zijn en winstoogmerk. Gesproken wordt over de 'medische grondsituatie', waar een aantal typische waardencomplexen aan verbonden zijn die kunnen strijden met het nastreven van winst. Ze zijn van belang voor het draagvlak (of de afwezigheid daarvan) bij profijtelijk zorgverlenen, met name geredeneerd vanuit de professie. Dit wordt geïllustreerd aan de hand van de discussies over de 'wachtende werknemer'.

Ethiek versus economie

Het eerste waardenconflict dat hier wordt besproken in het kader van de introductie van winstoogmerk in de gezondheidszorg is betiteld als het conflict tussen profijt en professie. De discussie gaat over de professionele waarden zoals de deskundigheid van artsen, de vertrouwensrelatie met de patiënten en de professioneel autonome positie in het zorgsysteem, zodat onafhankelijk van markt en overheid de deskundigheid ten behoeve van de patiënt kan worden ingezet. Deze waarden kunnen tegenstrijdig zijn met de economische waarden zoals winst maken, responsiviteit, vraaggerichtheid, bedrijfsmatigheid.

Vanuit zowel een professioneel, maatschappelijk, als een economisch perspectief op gezondheid is het probleem dat er echter behoeften bestaan waaraan de zorg op dit moment niet kan voldoen. Dat geldt zowel voor patiënten, in de sfeer van snelheid, service en kwaliteit, als voor de beroepsbeoefenaren zelf, in de sfeer van arbeidssatisfactie, groeiomgelykheden, en

arbeidsvoorwaarden. Het overheidsbeleid resulteert er daarnaast in dat het belang van de kostenbeheersing botst met het professionele belang zoveel mogelijk mensen te helpen gezond te worden of de ziekte hanteerbaar te maken. Artsen hebben in steeds sterkere mate het gevoel dat de overheid hen in deze professionele en medisch-ethische opdracht belemmert (o.a. De Brauw, 2000). Datzelfde is het geval bij zorgvragers die worden belemmerd in hun zoektocht naar zorgverlening, ondanks hun bereidheid daar extra betalingen voor te doen. Met andere woorden, ook de kostenbeheersing is vanuit een economisch motief ingegeven en kan botsen met de medische en professionele ethiek.

De onafhankelijke medisch-professionele betrokkenheid staat op zichzelf los van het domein van de overheid of het domein van de markt. Het professionele belang is te voorkomen dat commercialisering van bijvoorbeeld de wachtlijstproblematiek botst met de medische ethiek, alsmede dat de overheid via een keurslijf van regels, waarborgen en procedures het vrije medische beroepsuitoefening belemmert. De volgende (medische) criteria bepalen namelijk wie er met voorrang behandeld wordt (NRV, 1995):

- 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.

Met andere woorden, de medische grondsituatie is leidend.

Dat is ook logisch omdat deze erop gericht is hulpbehoevenden in situaties van afhankelijkheid te helpen op een zo deskundig en onafhankelijk mogelijke wijze. De medische grondsituatie is waar een zieke een arts om hulp vraagt. De zieke is een mens die door zijn lichamelijke of geestelijke gesteldheid in nood verkeert. Hij vraagt in die nood de hulp van iemand van wie hij mag veronderstellen dat hij die geven kan en wil (Lindeboom, 1992). In de medische grondsituatie onderscheiden we drie elementen:

- het appel van de patiënt met een bepaalde nood, die hij kenbaar maakt in een klacht;
- de specifieke competentie van de arts;
- het professionele karakter van de medische praktijk.

Vanuit dit perspectief is tenminste noodzakelijk dat getoetst wordt of marktwerking (maar ook kostenbeheersing) effecten heeft op de professionele medische praktijk en in welke mate. In de afgelopen periode hebben we vele voorbeelden in de media voorbij zien komen waarbij tenminste die suggestie werd gewekt. De stakingen onder personeel zijn veelal gepaard gegaan met de effecten van jarenlange beperkingen in het aanbod voor de medische praktijk. Nog niet lang geleden kopten de landelijke dagbladen bijvoorbeeld nog in de sfeer van 'de regering brengt uw gezondheid ernstige schade toe' (Orde van Medisch Specialisten, 1997). Analoog daaraan wordt de discussie over marktwerking gevoerd, waarbij een deel van het personeel en de ondernemers in de zorg van mening is dat marktwerking betere arbeidsvoorwaarden, een gunstiger arbeidsklimaat en meer kwaliteit tot gevolg zal hebben. Het blijft de vraag of dat ook zo is. De onduidelijkheid rond de effecten van marktwerking speelt het draagvlak parten.

Risico's van for profit voor de professionaliteit van de zorgverlening
Brock en Buchanan (1986) wijzen in een onderzoek naar de betekenis van for profit zorg voor de zorgverlening in de Verenigde Staten op deze risico's. Een breekpunt is voor hen dat de arts-patiënt relatie in gevaar zou kunnen komen, net als de kwaliteit van de zorg. Zowel kostenbeheersing als competitie kunnen volgens hen andere dan professionele invloeden in de spreekkamer brengen. Dit kan het vertrouwen dat de patiënt in zijn arts heeft schade toebrengen, wanneer de balans tussen het 'dienen van de patiënt' door de arts en zijn eigen belangen wegvalt.

Volgens Brock en Buchanan kan hierdoor ook het medisch onderwijs onder druk komen te staan van commerciële belangen. Overigens stellen ze ook vast dat een beleid van kostenbeheersing net zo goed het medisch onderwijs in gevaar kan brengen door beperkingen in de toelating en budgetten van overheidswege. Vanuit de medische grondsituatie geredeneerd is het risico van de economisering van het werk van artsen deels een de-professionalisering en een ongewenste ontwikkeling. Desondanks brengt het ook mogelijkheden tot verdere specialisering, betere arbeidsvoorwaarden en flexibilisering met zich mee.

De acceptatiegraad van professionals
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). Dat raakt de discussie over profijt en solidariteit, maar ook de zogenaamde 'zone of acceptance' van de medische beroepsgroepen. Bij een strikt vasthouden aan de waarden die in de medisch grondsituatie als uitgangspunt dienen past geen voorrangbehandeling op grond van niet-medische criteria. Wanneer artsen steeds meer beoordeeld worden op de snelheid waarmee ze behandelen en de services die ze bieden, en minder op hun professionele kwaliteiten en resultaten, treden er meer spanningen op tussen profijt en professie. De vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt komt er mogelijk door in gevaar, zoals ook Brock en Buchanan voor de Amerikaanse situatie schetsen, en de acceptatiegraad versmalt dan. Tevens komen de rechten van patiënten, zoals de vrije artskeuze, mogelijk onder druk te staan wanneer de for-profit-instellingen de zorg meer als een handelsartikel dan als een recht zien, aldus de onderzoekers. Dat gaat ook in tegen de medische grondgedachte. Het is daarom van belang te constateren dat er een zogenaamde acceptatiegraad van for-profit bestaat, een 'zone of acceptance'.

4.2 Tussen profijt en solidariteit

Kabinet en RVZ bepleitten meerdere malen het 'maatschappelijk ondernemen' door zorginstellingen en zorgverzekeraars. Daarbij werd het ondernemen in sterke mate gelieerd aan de realisatie van publieke waarden zoals solidariteit en gelijke toegang. De discussie tussen 'profijt en solidariteit' gaat over de borging van die publieke belangen als er daadwerkelijk sprake is van profijtelijk zorgverlenen. In de definitie van maatschappelijk ondernemen wordt er (gemakshalve) vanuit gegaan dat publieke waarden ook bij organisaties met een winstoogmerk kunnen worden geborgd. Ook de WRR noemt de concurrentie, in deze studie als cruciale voorwaarde gedefinieerd voor profijtelijk zorgverlenen, als een borgingsmechanisme ten behoeve van het publieke belang. Toch blijven een aantal vragen bestaan. Gaat profijtelijk zorgverlenen ten koste van de reguliere zorg? Gaat het ten koste van de gelijke toegang tot zorg en de rechtvaardige verdeling van collectieve middelen? Versterkt

het een tweedeling in de zorg? Dat is wel vaak de vrees en aanleiding voor een (vaak emotioneel geladen) debat over de waarden 'profijt en solidariteit'. In dit hoofdstuk wordt het debat geïllustreerd aan de hand van de opkomst van bedrijvenpoli's en de tweedelingsdiscussie die daarmee gepaard is gegaan. Naar voren komt welke de centrale botsende waarden zijn die van belang zijn voor het draagvlak (of de afwezigheid daarvan) voor profijtelijk zorgverlenen.

Wachlijsten: een veelkoppig monster

Als we gezondheid als een waarde in zichzelf beschouwen of als voorwaarde zien voor mensen om zich te uiten, op andere manieren dan enkel via loonarbeid, dan zijn er aldus veel argumenten tegen voorrangszorg en commerciële bevoordeling in te brengen. Vanuit een bedrijfseconomische optiek is het probleem het wachtlijstbeheer en de doelmatige (vervangende) zorgverlening. Vanuit de juridische invalshoek is de onrechtvaardige verdeling van schaarste een probleem, alsmede de onduidelijke 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.

Er bestaat een grote mate van overeenstemming over de problemen in het stelsel, en dat schept op langere termijn wel draagvlak voor meer experimenteren met commerciële activiteiten en voorrangszorg. Dat is dan echter meer uit nood, dan uit overtuiging. Vooralsnog ligt dit om bovengenoemde argumenten de voorrangszorg dan ook zeer gevoelig. Van Dartel geeft daarom 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). Op langere termijn kan dit betekenen dat het draagvlak voor profijtelijk zorgverlenen (als remedie voor de knelpunten) wegebt. Dit bevestigt nog eens de grote mate van negatieve consensus die er bestaat over knelpunten in het zorgsysteem. Die consensus bestaat (zeker op langere termijn) niet automatisch over oplossingsrichtingen. Daarbij speelt de discussie over tweedeling een belangrijke rol.

Tweedeling verdeelt!

Het voorbeeld van de bedrijvenpoli's is illustratief, omdat daarbij de discussie over tweedeling in de zorg het meest pregnant laat zien dat maatschappelijke en economische waarden kunnen botsen, bijvoorbeeld ten aanzien van de gelijke toegang tot gezondheidszorg.

Werkgevers zijn sinds de privatisering van de Ziektewet direct verantwoordelijk voor de ziektekosten in de eerste periode van ziekte van werknemers. Dat betekent dat zij een direct belang hebben bij een snelle terugkeer van werknemers in het arbeidsproces. Dat geldt ook voor de inkomensverzekeraars. Door deze behoeften van werkgevers en verzekeraars zijn in de afgelopen jaren vele initiatieven ontplooid door henzelf en door zorgaanbieders om in de behoeften te voorzien. Hermans en Brouwer stellen: "Sinds de introductie van marktwerking in de gezondheidszorg zijn zorgverzekeraars en zorgaanbieders steeds meer geneigd mee te werken aan mogelijkheden voor het bieden van versnelde zorg voor (zieke) werknemers. Dat belang loopt parallel met het (financiële) belang van werkgevers bij korte wachttijden voor medische behandeling van hun werknemers (1998: 1095)."

De initiatieven hiertoe behelzen dat werknemers van bedrijven die daarvoor extra betalen een snellere behandeling krijgen dan niet werknemers bij dat bedrijf. Soms heeft een werkgever daarover afspraken met een ziekenhuis. Het gaat dan vaak om het type zorg dat 'gewoon' binnen het publieke zorgpakket valt en uit het ZFW-budget bekostigd wordt. Dat is dan geen private zorg. Soms zijn werkgevers bereid de zorg in een bedrijvenpoli of privé-kliniek te vergoeden en dan spreken we wel over private zorg. De definitie die Hermans en Brouwer aan een bedrijvenpoli geven is de volgende: '(...) poliklinieken die uitsluitend bestemd zijn voor het bieden van snellere hulp aan werknemers van bepaalde bedrijven, waarbij onderzoek wordt verricht of zorg wordt verleend met de medewerking van zorgverleners (bijvoorbeeld door het openstellen van extra capaciteit in ziekenhuizen) en zorgverzekeraars (bijvoorbeeld door het sluiten van collectieve contracten met bedrijven) en die worden betaald uit particuliere middelen' (1998: 1095). Deze studie sluit aan bij deze definitie die aan bedrijvenpoli's gegeven wordt.

Bedrijvenpoli's in een schimmig tussengebied tussen politiek en praktijk

Al liet de Minister zich eerst positief uit over bedrijvenpoli's¹, inmiddels zijn ze als zodanig door de minister van VWS verboden, tenzij binnen de reguliere zorg gebracht. Dit na een periode van grote onduidelijkheid rond bedrijvenpoli's. Illustratief is de volgende opsomming van initiatieven tot het opstarten van bedrijvenpoli's vanaf 1993 tot het moment dat de Minister de initiatieven de reguliere zorg intrekt (Hermans en Brouwers, 1998: 1095-1101; Putters, 2001: 197-208):

- In 1993 start het Arnhems Rijnstate Ziekenhuis als eerste met een bedrijvenpoli op de zaterdagen. Mits ook opengesteld voor andere patiënten dan werknemers, en mits gefinancierd uit private middelen, is de Minister positief hierover.
- Juli 1996: Rode Kruis Ziekenhuis in Beverwijk, ziekenhuis de Weezenlanden in Zwolle en Streekziekenhuis Midden-Twente in Hengelo sluiten contracten met de Achmeagroep voor nieuwe bedrijvenpoli's. Werknemers van bedrijven die bij de Achmeagroep een collectieve ziektekostenverzekering hadden afgesloten konden zo voorrang krijgen bij behandelingen. In reactie op kamervragen geeft de Minister aan dat ze tegen de voorrang van bepaalde groepen is en wanneer anderen er niet voor in aanmerking kunnen komen. Ze stelt: 'Als de bedrijvenpoli alleen toegankelijk is voor werknemers van de desbetreffende bedrijven (en dus niet voor iedereen) vind ik dat in strijd met de ethische principes zoals die verwoord zijn in artikel 1 van de Grondwet en de Wet gelijke behandeling' (TK 1995-1996, Aanhangsel, 1537, p. 3127).
- Oktober 1996: Zorgverzekeraar Groene Land sluit contract voor bedrijvenpoli met de Pantheon zorggroep voor snellere thuishulp voor verzekerden bij het Groene Land. Hierdoor ontstond wel ongelijkheid ten opzichte van verzekerden die bij een andere verzekeraar zijn, maar niet voor verzekerden binnen Het Groene Land. Het is voor alle Groene Land verzekerden. Volgens de Minister is dit niet in strijd met de Wet omdat verzekerden kunnen wisselen en naar Groene Land over kunnen stappen en omdat andere verzekeraars soortgelijke initiatieven kunnen nemen (TK, 1996-1997, Aanhangsel, 291, p. 599).
- Augustus 1997: ziekenfonds Zorg en Zekerheid sluit een contract met de huisartsen in Leiden voor snellere behandelingen van verzekerden bij bepaalde kwalen.

- In de geestelijke gezondheidszorg bestaat een variatie aan initiatieven die op bedrijvenpoli's lijken. Zolang het niet om feitelijke hulpverleningsactiviteiten gaat heeft de Minister er weinig bezwaren tegen als het bijvoorbeeld cursussen en trainingen betreft (TK, 1996-1997, Aanhangsel, 748, p. 1531-1532).
- In 1997-1998 ontwikkelt het Medisch Centrum Leeuwarden een voorstel voor een bedrijvenpoli en bereid daartoe een contract met de Arbo-unie Friesland en de Friesland Zorgverzekeraar voor. Inmiddels nam de politieke en maatschappelijke druk op de Minister toe rond het al dan niet bevorderen van tweedeling in de zorg door de bedrijvenpoli's. De Minister verzoekt het MCL begin 1998 het initiatief uit te stellen en dreigt het later te verbieden.

In de politieke arena zien we dat er ook na 1998 steeds met nadruk op een dreigende tweedeling wordt gewezen door de politiek. De bedrijvenpoli zou een wachtlijstomzeilend initiatief zijn, waarbij werknemers wel en andere groepen niet in staat zouden zijn om sneller geholpen te worden². De politiek wil voorkomen dat voorrang gegeven wordt aan betalende bedrijven. Uit een onderzoek van de Vereniging voor Regionale Zorgverzekeraars (2001) bleek bovendien dat het grootste deel van de verzekerden tweedeling ook afwijst. De keuze van het kabinet is daarom voor de ontwikkeling van kenniscentra op het gebied van arbozorg, preventie, diagnostiek en behandeling. Deze moesten wel gelieerd zijn aan academische ziekenhuizen, omdat de Tweede Kamer duidelijk maakte dat ze principieel tegen tweedeling en ongelijke toegang was, daarin gesteund door de publieke opinie. De toekomst van de bedrijvenpoli bleef zo wat onzeker, omdat ook daar behandelingen en mogelijk snellere behandelingen van werknemers plaats kunnen vinden waarvoor op basis van contracten met de werkgevers financiering plaatsvindt. In dit geval spreken we opnieuw van private zorg³.

Rechtsgelijkheid en rechtvaardigheid

Tweedeling is de situatie waarin er een onderscheid te maken valt tussen mensen die wel en mensen die geen toegang hebben tot snellere zorg of uitgebreidere assortimenten hulp dan de schaarse gezondheidszorg die door de overheid wordt gegarandeerd (Hermans en Brouwer, 1998: 1098). Via de werkgever krijgt men extra toegang tot zorgvoorzieningen.

Enkele argumenten voor dergelijke voorrangszorg zijn:

1. Het rechtvaardigheidsargument. Hermans en Brouwer stellen dat – Rawls aanhalend – een situatie van ongelijkheid aanvaardbaar is wanneer iedereen er beter van wordt. Volgens Van Montfort is daarvan sprake bij bedrijvenpoli's. Hij spreekt over het Robin Hood-scenario, het argument dat met de extra gelden die de bedrijvenpoli oplevert, extra investeringen in de reguliere zorg en in reeds bestaande wachtlijsten gedaan kunnen worden. Bovendien worden reguliere wachtlijsten korter wanneer een deel daarvan sneller weer weg van de lijst is. De doelmatigheid is hierbij dus gebaat.
2. Het rechtsgelijkheidsargument. Iedereen heeft recht op gelijke toegang tot zorgvoorzieningen, ongeacht de wijze van verzekerd zijn. De professionele gedragscode is dat medische urgentie bepalend is voor de snelheid van behandeling en dat pas bij gelijke urgentie en na het hanteren van 'wie het eerst komt die het eerst maalt' sociaal-medische criteria een rol mogen gaan spelen. Tenzij sprake van een geobjectiveerde rechtvaardigheid mag geen onderscheid worden gemaakt tussen mensen door instellingen in de gezondheidszorg. Er is echter volgens Hermans en Brouwer geen expliciet verbod op het maken van een direct onderscheid. Het gevolg is dat voor het maken van onderscheid bij behandeling in verband met spoedhulp in een bedrijvenpoli een geobjectiveerde rechtvaardigingsgrond aangevoerd moet worden, en wel dat zowel werknemers als niet-werknemers sneller geholpen worden.

Een gezondheidsrechtelijk argument dat Hermans en Brouwer nog noemen, en door Van den Brink en Putters (2000) ook wordt aangehaald tegen voorrangszorg is dat beroepsbeoefenaren zich volgens de medische gedragscodes primair laten leiden door de belangen van de patiënt en de medische urgentie. Enkel en alleen het feit dat iemand werknemer bij een bepaald bedrijf is rechtvaardigt geen voorrang op andere patiënten. Het staat op gespannen voet met de medische ethiek.

Een strikt gezondheidseconomische benadering en een strikt gezondheidsjuridische benadering bieden een te beperkt antwoord op de vraag of een bedrijvenpoli tot tweedeling leidt, bijvoorbeeld in sociaal en maatschappelijk perspectief. Het feitelijke gedrag van zorgverzekeraars, instellingen, bedrijven en patiënten dient in de analyse betrokken te worden voordat we mogelijke uitspraken kunnen doen over de gevolgen van

bedrijvenpoli's. We moeten daarom kijken naar de doorwerking van privatisering in het gedrag van organisaties in de beleidsprocessen in de publiekprivate beleidsarena.

4.3 Besluit

De medische grondsituatie en het profijtbeginsel kunnen met elkaar strijden, met name als patiënten in nood verkeren en het vertrouwen tussen patiënt en arts, dat is gebaseerd op de professionele kwaliteit van de beroepsbeoefenaren, en het recht op zo volledig en onafhankelijk mogelijke informatie voor patiënten, in gevaar komen. Desondanks is zorg geen homogeen goed: er is bijvoorbeeld niet altijd sprake van zeer afhankelijke en noodsituaties in de medische hulpverlening. De initiatieven rond arbeidsgerelateerde zorg en in andere specifieke niches in de markt laten dit zien. In die situaties sluiten activiteiten met een winstoogmerk goed aan bij de wensen van medici om specifieke deskundigheden verder te ontwikkelen, arbeidsvoorwaarden te verbeteren en flexibeler te werken. De professionaliteit kan er dan mee gediend zijn. Om zicht te krijgen op de uitwerking van 'profijt en profissie' in de praktijk gaat het volgende hoofdstuk hier verder op in.

'Profijt' blijkt verder met maatschappelijke én professionele waarden te botsen, wanneer ziek zijn en gezond worden onderdeel van het arbeidsproces gaan uitmaken en vooral van economisch belang zijn. Het is twijfelachtig of de extra gelden van bijvoorbeeld werkgevers zullen leiden tot snellere hulp voor anderen dan hun werknemers die op wachtlijsten zijn. Er zijn immers grote personeelstekorten en het risico bestaat dat instellingen met winstoogmerk personeel wegtrekken uit de reguliere zorg. Een onderscheid tussen economisch belangrijke patiënten en patiënten die niet van economisch nut zijn (Van Dartel, 1997), is bovendien politiek en maatschappelijk steeds onacceptabel gebleken. Het roept vragen op zoals: Wordt genezen onderdeel van het arbeidsproces? In wiens opdracht werkt een arts? Welke keuzen en afwegingen maken artsen en patiënten ten aanzien van behandelingen in het licht van het arbeidsproces en het contract met de werkgever?

De geschetste waardenconflicten beïnvloeden de mate waarin draagvlak voor beleid nodig en nuttig is. Het volgende hoofdstuk bekijkt dit in de praktijk.

5 Botsende waarden in de praktijk

Het doel van dit hoofdstuk is inzichtelijk te maken welke rol waardenconflicten in de praktijk van drie deelmarkten in de zorg spelen. Er wordt tevens ingegaan op de betekenis van draagvlak voor zorg met winstoogmerk. Drie factoren worden daarbij steeds aan de orde gesteld: de wijze waarop ingespeeld wordt op ontwikkelingen in de omgeving en de motieven voor profijtelijk zorgverlenen; de betekenis van de producteigenschappen van de zorg voor het draagvlak voor winstoogmerk op de deelmarkten; alsmede de wijze waarop de zorg wordt uitgevoerd. De drie deelmarkten die worden bestudeerd zijn de ziekenhuiszorg, de geestelijke gezondheidszorg en de ouderen- en thuiszorg.

5.1 Ziekenhuiszorg

Ontwikkelingen en motieven

Een van de meest evidente uitingen van een ontwikkeling naar het toelaten van meer winstoogmerk in de ziekenhuiszorg zijn de bedrijvenpoli's en de private klinieken. Deze richten zich op zeer specifieke aandoeningen en bijvoorbeeld arbeidsgerelateerde zorg. De opkomst van de arbozorg moet tegen de achtergrond geplaatst worden van onder meer de privatisering van de Ziektewet en het toenemende belang van werkgevers om zieke werknemers snel weer te reïntegreren in het arbeidsproces. Werkgevers hebben met andere woorden belang bij snelle zorg die arbeidsgerelateerd is. In de afgelopen jaren ontstonden hierdoor verspreid over het land zogenaamde bedrijvenpoli's. Dit leidde tot discussies over de wachtende werknemers, voorrangszorg en tweedeling. Een aantal motieven voor arbozorg via voorrangs- en voordeelarrangementen zijn al kort aangegeven. In de ziekenhuiszorg spelen de volgende argumenten een belangrijke rol:

- In de eerste plaats is een veelgehoord motief samen te vatten als het 'Robin Hood-motief'. Daarmee wordt bedoeld op het genereren van extra gelden via commerciële activiteiten op het gebied van voorrangszorg, welke ten goede komen aan de reguliere zorg via bijvoorbeeld extra investeringen (van Montfort, 1998; Mellema en Blanksma, 1998). Geredeneerd vanuit het maatschappelijk belang is dit een belangrijk motief, en

- eventueel een optie om voorrangszorg aanvaardbaar te krijgen.
- In de tweede plaats is de ontwikkeling van kennis en kunde op het terrein van de arbeidsgerelateerde aandoeningen (zowel psychische als lichamelijke klachten) een belangrijk motief. Geredeneerd vanuit de beroepsgroep is dit een belangrijk motief dat meespeelt in de mate waarin de voorrangszorg en arbozorg aanvaardbaar kan zijn.
 - In de derde plaats dat via de deelname aan expertisecentra gebruik kan worden gemaakt van elders opgedane kennis met arbozorg en commercie. Daarvan kan men dan profiteren.
 - Dat sluit aan bij, in de vierde plaats, het terugdringen van de kosten van ziekteverzuim. Dat is met name voor de werkgevers, geredeneerd vanuit de economische optiek, een belangrijk motief. Via een snellere reïntegratie van werknemers drukken zij de kosten van ziekteverzuim.
 - In de vijfde plaats is een motief om de reguliere productie op peil te houden (destijds via bijvoorbeeld de stichting Cagin). Daarmee wilde men via arbozorg een vorm van voorrangszorg realiseren met als argument tweedeling te voorkomen. Volgens sommigen zorgden de lange wachtlijsten er juist voor dat er ongelijkheid ontstond, omdat de zorginstellingen niet kunnen voldoen aan de behoeften die bestaan. Zorg met winstoogmerk in de sfeer van arbozorg zou een bijdrage kunnen leveren om dat op te lossen.

Aard van het product

Het product van de ziekenhuiszorg is zeer gedifferentieerd en het kan gaan om levensreddende situaties. Tot nu toe gaat het bij winstoogmerk in de zorg niet over dergelijke acute vormen van zorgverlening. In de eerste plaats speelt het vooral bij psychische en lichamelijke arbeidsgerelateerde klachten. De arbozorg ontwikkelt zich vooral in de ziekenhuiszorg en in de geestelijke gezondheidszorg. In de geestelijke gezondheidszorg is meer ervaring met het winstoogmerk bij de zorgverlening, bijvoorbeeld bij de behandeling van stress en psychische klachten, dan in de curatieve zorg. Bedrijvenpoli's als such bestaan in de ziekenhuiszorg echter niet. Ze vallen onder het regime van de algemene ziekenhuizen.

In de tweede plaats zien we het winstoogmerk vooral bij zeer specialistische 'niches' in de markt. De arbozorg is zo'n niche tussen de arbeidsmarkt, de sociale zekerheid en de zorg.

Daarnaast is het opvallend dat arbozorg een zeer specifiek terrein van curatieve dan wel geestelijke zorgverlening is. Het gaat om specifieke aandoeningen op het grensvlak van arbeid en zorg. Op precies dat grensvlak bevindt de behoefte van werkgevers zich, waardoor commerciële instellingen zich op dat specifieke onderdeel richten. Zij verrichten die arbozorg niet op het bredere terrein van de algemene curatieve basiszorg, hetgeen de reguliere instellingen vaak verplicht zijn. Ter illustratie enkele activiteiten van het Rijnstate ziekenhuis te Arnhem:

Box 5.1 Voorbeelden private activiteiten Rijnstate ziekenhuis Arnhem

- Centrum voor huid en arbeid.
- Kapperspoli: de kappersbranche betaalt deel, de werknemer betaalt deel en de verzekeraar betaalt deel.
- Danserspoli: een dermatoloog (huid) en fysiotherapeut hadden interesse voor deze specifieke aandoeningen.
- Sportgeneeskunde (al dekken meeste verzekeraars dat).

In de derde plaats is de belangstelling van de medisch specialist een 'trigger' voor het winstoogmerk in de arbozorg. Bij elk van de activiteiten blijkt steeds dat profiit samenkomen: de specifieke belangstelling van een medisch specialist om zich op een bepaald deelgebied verder te ontwikkelen en de activiteiten uit te breiden worden in de markt gezet. De ontwikkeling van arbozorg is daarmee wel veelal van die belangstelling van individuele medici afhankelijk. Zij kunnen zo hun deskundigheid verder ontwikkelen dan binnen de budgettaire kaders van de reguliere zorg mogelijk is, en daar bovendien in de sfeer van arbeidsvoorwaarden en inkomens ook nog iets aan over te houden.

Proces van uitvoering

Illustratie: arbozorg in Arnhem

Het Rijnstate Ziekenhuis heeft enige ervaringen met de arbozorg in een bedrijvenpoli⁴. Het was een van de eerste initiatieven in Nederland op dit gebied. Het motief om de bedrijvenpoli destijds te starten was dat er lange wachtlijsten bestonden bij de huisartsen om werknemers te helpen met arbeidsgerelateerde klachten. Het duurde daardoor zeer lang voordat zieke werknemers terug in het arbeidsproces kwamen. Voor bedrijven, zoals AKZO, vormde dat een probleem en sinds de privatisering van de Ziektewet een forse kostenpost.

Er werd toen contact gelegd tussen de bedrijfsarts van onder meer AKZO en de orthopeden en neurologen van het Rijnstateziekenhuis. Daardoor konden de lijnen van de patiënt/werknemer naar de behandeling korter. Vanwege deze directe lijnen verliepen behandelingen sneller. Deze praktijk leidde tot een bedrijvenpoli. In de praktijk verliep dit zeer goed. Er werden ongeveer 200 consulten per jaar verricht en de deelnemende bedrijven waren zeer enthousiast. Er was vooral sprake van een consultfunctie. Verrichtingen werden niet verricht of enkel op zaterdag in de vrijstaande uren. Daarmee werden randvoorwaarden ingebouwd om tweedeling en ongelijke behandeling tegen te gaan. Men wilde deze activiteiten in ieder geval niet ten koste van de reguliere zorg laten gaan. De bedrijvenpoli behandelde een grote groep mensen naar tevredenheid van werknemer en werkgever.

Intern in het ziekenhuis was er geen weerstand tegen de scheiding die tussen werkende en niet werkende werd aangebracht. Er was een directeur die zich zeer sterk voor het initiatief inzette. Er was een aparte stichting opgezet die kon verwijzen tegen CTG-tarief. Het ziekenhuis zelf ontving er geen extra gelden voor en de medici deden de behandelingen buiten hun reguliere honorariumbudget om. Op die manier hadden de activiteiten dus geen negatief effect op afspraken over productie omvang met de zorgverzekeraars. Het betrof extra zorg. De motivatie van de medici was hoog daarbij en het management was ondernemend, actief en persoonlijk betrokken.

Kritiek uit maatschappij en politiek vanwege dreigende tweedeling
Er kwam wel veel kritiek op het initiatief met de bedrijvenpoli. De kritiek was vooral gericht op de ongelijke toegang tot zorg die erdoor zou ontstaan. Er kwam een hevige politieke en maatschappelijke discussie over tweedeling in de zorg op gang, onder meer door het initiatief van het Rijnstateziekenhuis, maar ook door andere ziekenhuizen zoals het Medisch Centrum Leeuwarden. Vanwege het rechtvaardigheidsargument en rechtsgelijkheidsargument die sterk in de maatschappelijke en politieke discussie werden gebracht, werd het steeds lastiger om de praktijk van de bedrijvenpoli voort te zetten, met name omdat de artsen gedemotiveerd raakten. Zij werden vervolgd voor economische delicten door hun deelname in de bedrijvenpoli. Tevens werd de Inspectie voor de Volksgezondheid ingeschakeld om de kwaliteit van zorg te onderzoeken, omdat

deze mogelijk te lijden zou hebben van de invloed van commercie, zo werd in het publieke en politieke debat gesuggereerd.

Hierdoor ebde de eerst zo sterke motivatie bij artsen weg. Dit heeft ertoe geleid dat het Rijnstateziekenhuis op achterstand raakte. Ze was voorloper in de initiatieven voor arbozorg, maar na alle commotie is besloten om er niet actief mee verder te gaan of de activiteiten uit te breiden. Het is wel zo dat recent samen met het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis te Nijmegen en ggz-net een ZON-aanvraag is ingediend om een expertisecentrum arbozorg te starten met het CWZ als loket. Maar dat moet verder nog worden ontwikkeld. Men is dus wel voortgegaan met de ontwikkeling van arbozorg, maar in een zeer laag tempo en met terughoudendheid. Opvallend is dat de zorgverzekeraar Amicon bij dit alles weinig betrokken was en dat de bedrijven die hun werknemers in de poli lieten behandelen vooral werkten met eigen verzekeraars. Het is wel zo dat Amicon er meer beleid op aan het ontwikkelen is (met name in eerste lijn) maar in dit geval stelde ze zich meer als boekhouder op en ondersteunde ze de initiatieven niet actief.

Het was voor het Rijnstate ziekenhuis binnen het huidige systeem lastig om met de kritiek om te gaan. De bedrijvenpoli raakte in zeer grote mate gepolitiseerd, waardoor het geheel in een erg negatief daglicht kwam te staan. Bovendien ervaaarde het ziekenhuismanagement de overheidsregelgeving als zeer knellend. De regelgeving rond tarieven, (verplichte) productie en toetreding legt volgens het ziekenhuis belangrijke belemmeringen neer voor profijtelijk zorgverleners.

Draagvlak

Ongelijke uitgangsposities voor nieuwkomers en achterblijvers

Als nieuwe op winst gerichte organisaties bedrijvenpoli's (of andere activiteiten) opstarten, bestaat de kans dat ze in mindere mate te maken met de verplichtingen van een regulier ziekenhuis zoals het Rijnstate Ziekenhuis. De huidige situatie legt allerlei beperkingen op aan de reguliere ziekenhuizen waardoor zij niet in staat zullen zijn op een eerlijke manier te concurreren met de commerciële toetreders. Ze zijn gebonden aan budgetten. Het risico bestaat dat de op winst gerichte organisaties zich onttrekken aan de reguliere zorg en dan enkel de speciale activiteiten doen. Dit terwijl de reguliere instellingen het totaalpakket aan zorg moeten bieden. De voorwaarde zou volgens het Rijnstateziekenhuis moeten zijn dat de concurrentie moet voldoen aan: dezelfde kwaliteit en

het aanbieden van het totaalpakket van zorg. Indien dat laatste niet het geval zal zijn, dan zouden de reguliere ziekenhuizen ook de mogelijkheid moeten krijgen om bijvoorbeeld hogere tarieven te rekenen en meer flexibel met het zorgaanbod om te gaan. Het gevaar bestaat anders dat de commerciële instellingen de krenten uit de pap pikken die veel opleveren.

Beleidsontwikkeling versus beleidsuitvoering

Opvallend in de casus rond het Rijnstate ziekenhuis is dat er lokaal binnen het ziekenhuis en in haar directe omgeving vrij veel ondersteuning bestond voor de bedrijvenpoli en de activiteiten daarbinnen. In de Raad van Toezicht en Raad van Bestuur bestond overeenstemming over de activiteiten en ook de Cliëntenraad kon zich er in vinden. Het ziekenhuismanagement zelf meende een aantal randvoorwaarden ingebouwd te hebben in het functioneren van de bedrijvenpoli die negatieve maatschappelijke effecten tegen moesten gaan, zoals de beperking tot een consultfunctie en de versterkte relaties tussen huisarts en bedrijfsarts. Voor het ziekenhuis was de bedrijvenpoli een van de activiteiten die ze ondernam om de wachtlijsten en andere knelpunten te bestrijden in de zorg. Andere activiteiten richtten zich bijvoorbeeld op ketenvorming of andere activiteiten met winstoogmerk. De politiek lichtte de bedrijvenpoli er echter uit en benadrukte de nadelige effecten op de gelijke toegang tot zorg. Daarmee raakte het ziekenhuismanagement in sterke mate gepolitiseerd en stonden percepties op de activiteiten tegenover elkaar.

Een belangrijke conclusie hierbij is dat percepties op centraal en decentraal niveau over de hanteerbaarheid van de botsende waarden 'profijt' en 'solidariteit' dus verschillen. Lokaal en regionaal kan men het idee hebben de juiste randvoorwaarden in te bouwen, terwijl deze geen voldoende draagvlak op landelijk en politiek niveau kunnen krijgen.

Arbozorg en voorrangzorg zijn twee theoretisch los van elkaar staande zaken, maar in de praktijk betreft de ontwikkeling arbeidsgerelateerde zorg veelal wel de voorrang aan of een voordeel voor werknemers. Praktisch gezien zijn beide dus zeer verbonden aan elkaar door de belangen die meespelen. Hierdoor is er sprake van een botsing tussen profijt en professie, maar ook met maatschappelijke belangen en waarden (tweedeling, ongelijke toegang). Vanuit een economisch perspectief kan gesproken worden van de zogenaamde wachtende werknemer, vanuit een

zorginhoudelijk perspectief van de economisering van de professie, vanuit een maatschappelijk en politiek perspectief over tweedeling en ongelijke toegang en vanuit een juridisch perspectief van een onrechtvaardigheid en ongelijke behandeling. De botsing tussen perspectieven maakt de vraag naar draagvlak buitengewoon relevant en complex.

5.2 De commerciële ggz

Ontwikkelingen en motieven

In de eerste plaats zijn de wijzigingen in de sociale wetgeving, waarmee werkgevers deels de financiële lasten dragen van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid, een motief voor de toegenomen belangstelling om extra te betalen voor psychische hulp en bij bijvoorbeeld stress bij werknemers. Samen met de klachten inzake het bewegingsapparaat zijn de meeste klachten psychisch van aard en de belangrijkste oorzaak van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. De reguliere ggz kan deze toename nauwelijks aan. Dit gecombineerd met de groeiende bereidheid van bedrijven om voor de zorg voor hun werknemers te betalen biedt vele mogelijkheden voor ggz met winstoogmerk.

Er is een financieel belang van de werkgever bij een snelle behandeling, net als in de zojuist arbozorg in de ziekenhuizen. Door deze toegenomen aandacht vanuit bedrijfsleven voor psychische klachten zijn knelpunten in de reguliere zorg pregnant naar voren gekomen. Deze knelpunten (beperking aanbod, wachtlijsten, weinig klantgericht; onvoldoende deskundigheid) zijn over het algemeen aanleiding voor verzekeraars, werkgevers, arbodiensten en uvi's om met de winstbeogende zorgaanbieders in zee te gaan.

Een ander motief is dat dergelijke aanbieders de reguliere geestelijke gezondheidszorg zouden kunnen prikkelen tot meer zakelijkheid, klantgerichtheid, transparantie, duidelijkheid van doelstellingen en een meer geprotocolleerde werkwijze (Van Loy, et al., 1999). Gezien de (soms) lange wachtlijsten in de ggz en het gebrek aan deskundigheid en aanbod op het terrein van de arbeidsgerelateerde problematiek, is de commercie in de ggz de laatste jaren sterk gegroeid.

De ggz met winstoogmerk levert een bijdrage aan de oplossing van een aantal problemen:

- meer ruimte in de budgetten;

- verbetering van de (professionele) organisatie van de zorg;
- meer duidelijkheid over de duur van behandelingen en een versterking van eerstelijns ggz zodat daar het merendeel van psychosociale klachten kan worden opgevangen.

Aard van het product

Wat opvalt is dat het winstoogmerk in de ggz vooral een rol speelt bij de zeer specifieke arbeidsgerelateerde zorg, die niet dermate acuut en zwaar van karakter is, omdat anders doorverwezen wordt naar de reguliere zorg. Hier treedt het gevaar van 'cherry picking' dus op. Er worden wel veel positieve resultaten geboekt met de snelle behandelingen en services aan werknemers en werkgevers. Opvallend is dat de behandelingen in de ggz-instellingen die een winstoogmerk hanteren in duidelijk traceerbare en herkenbare producten en eenheden worden gedefinieerd. De omvang en duur van behandelingen worden vooraf vastgelegd. Dit maakt het inzichtelijk wat de behandeling is, hoe lang deze duurt en wat het kost. Met andere woorden, zeer aantrekkelijk om dergelijke producten op een markt af te zetten waar werkgevers een grote behoefte aan geestelijke zorg hebben voor hun werknemers.

Een ander productkenmerk is dat er bij winstbeogende activiteiten in de ggz, net als in de thuiszorg en verpleeghuiszorg, vaak een combinatie plaatsvindt met aanpalende diensten en services, zoals wonen, vervoer en recreëren. Bij deze diensten kunnen veel patiënten zelf goed keuzes maken en is het ook aanvaard dat men daarvoor bijvoorbeeld extra betaald. Deze zijn vervolgens ook weer als product met een prijskaartje op de markt te zetten. De behoeften op die terreinen worden ook steeds groter, waardoor er vele prikkels zijn voor op winst gerichte activiteiten.

Proces van uitvoering

Toegang, organisatie, selectie en risicospreiding

Als we het proces van uitvoering in de ggz nagaan dan zijn een aantal elementen van belang. De toegang tot de behandeling wordt bepaald door het contract met de werkgever of de bereidheid zelf extra te betalen. De ingang is echter vaak dat mensen werknemer zijn en niet de vraag of het gaat om problemen die specifiek voortkomen uit de werksituatie (arbeidsgerelateerd). Het contract is sturend. Dat levert snellere behandelingen op (Van Loy, et al., 1999).

De organisatie van de zorg is verder vooral gericht op het tegemoet komen aan de wensen van de opdrachtgever (veelal de werkgever). Kortdurende behandelingen volgen vooraf vastgestelde protocollen. Veelal zijn ook vooraf afspraken gemaakt over de duur van de behandelingen (mede op basis van inschatting van wat de patiënt behoeft). Reïntegratie in het arbeidsproces is het primaire doel van de behandeling.

De selectie van cliënten richt zich in de commerciële ggz vooral op de functiebeperkingen en de psychosociale problemen en veel minder op de medisch psychiatrische hulp. Mensen met zware psychische klachten worden doorverwezen naar de reguliere zorg (Van Loy, et al., 1999).

Bij een project dat een winstoogmerk heeft probeert men de risico's te spreiden. Zo probeert men bij Parnassia, een grote instelling op het terrein van de ggz, de ontwikkelingen op het gebied van e-health in gezamenlijkheid met de verzekeraars aan te pakken. De diensten via internet wil men met de verzekeraar verzorgen. Samenwerking dient in dat geval als rugdekking.

Illustratie van winstoogmerk in de ggz: Altrecht en Parnassia
Binnen de strategisch alliantie tussen Parnassia en de Stichting Altrecht, tezamen een belangrijke organisatie – zo niet monopolist – op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg, vinden verscheidene activiteiten plaats die het label 'ondernemerschap' krijgen. De visie die aan de strategische samenwerking/alliantie tussen Parnassia en Altrecht ten grondslag ligt laat zich kenmerken door onder meer:

- sociaal verantwoord basiszorg leveren;
- verantwoording van het handelen (omdat men zich realiseert dat er sprake is van een zeer grote organisatie/monopolist en dat men daardoor de schijn ook tegen heeft);
- verantwoord omgaan met de machtspositie (macht is tegenwoordig diffuser dan voorheen).

De motivatie voor de ondernemende activiteiten binnen de reguliere als de commerciële ggz vindt Parnassia/Altrecht in sterke mate in de publieke taakuitoefening en niet in de eerste plaats in het maken van winst, al moeten de activiteiten wel rendabel zijn. Deze zorgaanbieders proberen deze uitgangspunten als volgt in de praktijk te brengen.

Steeds meer aanpalende diensten en services uit andere sectoren gaan een belangrijk onderdeel uitmaken van de behoeften van zorgvragers. De zorg vermaatschappelijkt en in de ggz is dat duidelijk merkbaar bij de alliantie Parnassie/Altrecht. Dit blijkt bijvoorbeeld uit de betrokkenheid van woningcorporaties bij de zorg. Zij realiseren in samenspraak met de zorginstellingen en de verzekeraars zowel woningen voor de reguliere ggz als voor mensen die er extra voor willen betalen. Dat laatste is niet zozeer vermaatschappelijking als wel commercie. De eerste variant gebeurt bijvoorbeeld door het opkopen van bedrijfsspannen en deze geschikt maken voor psychiatrische patiënten. De extra inkomsten die daaruit verdiend worden vloeien dan terug in de zorg (Robin Hood-model). Dit is de grondslag van een zogenaamd herenakkoord: het komt ten goede aan de zorg en gaat niet ten koste van de kerntaken.

Draagvlak

Monopolievorming, macht en status

Uit de illustratie rond Parnassia blijkt dat deze organisatie wil inspringen op behoeften die bestaan op de markt. Maar tegelijk blijkt dat het wel zo is dat als je een groter marktaandeel wilt hebben, je ook producten moet ontwikkelen en afzetten op de markt. Zo wil Parnassia wel behoeften aantrekken. Een factor van belang daarbij is ook het verwerven van status, naamsbekendheid en dergelijke. Via de activiteiten met een winstooi merk kan de organisatie meer snelheid en service bieden en daarmee een goede naam neerzetten. In zekere zin zijn macht en gezag op de markt een drijfveer voor het ondernemen. Maar de vraag blijft of de mogelijkheden tot het maken van keuzen door zorgvragers toenemen bij de machtsconcentraties op de markt die vervolgens ontstaan. Op de zorginkoopmarkt moet men tegen de conglomeraten van zorgverzekeraars opgewassen kunnen zijn. Je moet hen tegenspel kunnen bieden. Dat kan vaak enkel door ook machtsconcentraties te realiseren via fusies. Het is daarbij niet zeker dat de keuzemogelijkheden van de zorgvrager toenemen. Indien dit niet het geval is vormt dit een bedreiging voor het draagvlak voor de activiteiten met een winstooi merk.

Pro-actieve houding, niet afwachtend

Door de concentratie van instellingen en verzekeraars in grote organisaties zijn de prikkels voor concurrentie in de zorg beperkt geworden. Parnassia-Altrecht acht concurrentie echter wel nodig, want 'het moet moeilijk gemaakt worden'. Daarin

heeft de NMa ook een rol op het gebied van toezicht en controle, namelijk om machtsmisbruik door kartels en monopolies te voorkomen. Zorgaanbieders in de ggz anticiperen op de marktwerking en het mogelijk gaan werken met een winstoogmerk. Vele initiatieven worden reeds genomen om te laten zien dat het positieve resultaten heeft. Daarmee kan worden gewerkt aan draagvlakverwerving voor 'for profit' zorgverlening. Echter, het ontstaan van monopolistische conglomeraten gaat dit ook weer tegen.

Zorg als leidend principe, niet de winst

Het is op dit moment (nog) niet zo dat, bijvoorbeeld bij Parnassia – Altrecht, het winst maken gepropageerd wordt om het winst maken. Men streeft wel naar de zorg op maat en naar tevredenheid van de klant. Een voorbeeld is de 'for profit' kliniek voor alcoholverslaving die Parnassia wil opstarten, waarbij ze een patent op bepaalde behandeltechnieken in de Benelux uit Finland importeert. Via een specifiek juridisch construct wordt dit uitgevent. Er is een holding voor de gebouwen en het onroerend goed, waaronder ook deze activiteit gehuisvest is. Daarmee loopt de reguliere zorg in strikte zin geen risico. Er is met andere woorden een reguliere en een commerciële tak van sport in de holding. Deze scheiding wordt erg belangrijk geacht om misbruik van publiek geld te voorkomen en om het noodzakelijke draagvlak voor de activiteiten te behouden en bereiken. Bovendien is het niet zo dat het streven naar winst leidend is in de private tak van sport. Dit wordt ook meer in het algemeen bevestigd door de resultaten van de door de RVZ gehouden enquête onder private initiatieven in de zorg.

5.3 Ouderen- en thuiszorg met winstoogmerk

Een derde deelmarkt is de deelmarkt voor ouderenzorg. Binnen deze deelmarkt is onderzocht op welke wijze zorg, wonen en dienstverlening zich tot elkaar verhouden. Door de toenemende vergrijzing is er sprake van een belangrijke groeiemarkt welke interessante mogelijkheden voor 'for profit' zorg biedt.

Ontwikkelingen en motieven

Er is sprake van een groeiende groep ouderen. Dit heeft invloed op de consumptiepatronen die ingrijpend zullen veranderen, net als de samenstelling van de totale bevolking. In toenemende mate zal er sprake zijn van een nieuwe

generatie senioren, die mondiger zijn en zich emanciperen, ook op de zorgmarkt. Waar praten we over?

Tabel 5.1 Ouderenzorg: een groeimarkt

Jaartal	2003	2010	2020
Aantal ouderen	5,3 miljoen	6 miljoen	7 miljoen

Bron: Studiecentrum voor Bedrijf en Overheid, 'De nieuwe generatie senioren'

Ouderen hebben steeds meer behoefte aan zorg, maar willen dat op maat verkrijgen, liefst gecombineerd met wonen, dienstverlening, recreatie en anderszins. Met andere woorden, de woonzorgcombinaties zullen als product een belangrijke rol gaan spelen in de deelmarkt van de ouderenzorg. In de woonsector, alsmede in dienstverlenende sectoren op het gebied van maaltijdverzorging, vervoer en recreatie, is het winstootmerk bovendien een heel normale zaak. De allianties die vanuit de zorg gesloten worden met die sectoren brengen met zich mee dat ook 'for profit' organisaties zich met zorgverlening gaan bezig houden.

De deelmarkt voor thuiszorg vertoont overlap met de ouderenzorg, vandaar dat deze hier ook behandeld wordt. Toch is ze het apart vermelden waard. Net als bij de ouderenzorg is de vergrijzing er de oorzaak van dat er sprake van een belangrijke groeimarkt. Tegelijkertijd zien we door de ontwikkeling van transmurale zorg een toename in de behoefte aan thuiszorg, onder meer bij patiënten die vanuit de ziekenhuiszorg naar de thuissituatie gaan. De vraag naar transmurale zorgproducten, al dan niet gecombineerd met zaken als wonen, vervoer en recreëren, vormen een interessante groeimarkt voor activiteiten met een winstootmerk.

In de thuiszorg zijn hiermee al meer ervaringen opgedaan. Een aantal motieven daarbij zijn:

- tegemoet komen aan individuele vraag van de ouderen;
- er bestaan al jaren particuliere thuiszorgorganisaties, woonvoorzieningen, klassenpaviljoens, BV's van verpleeghuizen en particuliere verpleeg- en verzorgingshuizen; de koers is al langere geleden uitgezet;
- sterk stijgende vraag; reguliere systeem kan hierin niet voorzien;

- overheidsuitgaven, collectieve lasten zullen sterk stijgen; daartegen zal politieke en maatschappelijke weerstand ontstaan;
- meer keuzevrijheid voor ouderen.

Met andere woorden er is sprake van een mix van negatieve en positieve redenen. Het is niet enkel omdat een zekere mate van vraaggerichtheid binnen het huidige systeem lastig tot stand lijkt te kunnen komen, het is ook omdat het product van de ouderenzorg zich leent voor commercie, zo menen de gezamenlijke aanbieders in deze branche (Bergs, 2001).

Aard product en proces van uitvoering

Ervaring met winstoogmerk in aanpalende sectoren

In de eerste plaats is het in de aanpalende sectoren die voor ouderenzorg van belang zijn niet ongewoon dat het winstoogmerk een rol speelt. De gewenning heeft daar al in een eerder stadium plaatsgevonden, zoals in de woonsector waar woningcorporaties het woonproduct steeds meer commercieel aanbieden. Met de verschuiving in de aard van het product 'ouderenzorg' treedt ook een verschuiving op in de richting van meer acceptatie van commercie.

Definieerbaarheid van producten

In de tweede plaats gaat het bij activiteiten met een winstoogmerk om redelijk goed definieerbare producten, zoals:

Box 5.2 Producten op de markt van de ouderen- en thuiszorg

- maaltijdvoorziening, en andere restauratieve voorzieningen tegen vergoeding;
- taxiservices, en andere vervoersdiensten tegen vergoeding;
- woonruimtegebruik met voorzieningen in de sociale en de luxe sector;
- huishoudelijke hulp en zorgverlening naar wens tegen vergoeding;
- recreatieve diensten naar wens en keus en tegen betaling.

De producten zijn redelijk goed te typeren en vertonen overlap met aanpalende diensten. In de derde plaats blijkt dat niemand het vreemd vindt dat commercie een rol speelt bij het verkrijgen van woonruimte of dat er voor maaltijden betaald

moet worden, waarbij de nodige differentiaties in prijs, kwaliteit en omvang mogelijk zijn.

Wat betekent dat voor de ouderenzorg? Het betekent in een aantal opzichten dat er relatief gemakkelijk aangesloten kan worden bij de gewoonten die op de aanpalende markten reeds bestaan. De kenmerken van de doelgroep van ouderen zullen ook die richting op sturen. Ouderen zijn hoger opgeleid, kapitaalkrachtiger, meer geëmancipeerd, relatief meer gezond (geestelijk en lichamelijk), meer actief in het economische en maatschappelijke leven, meer initiatiefrijk en zelfbewust en stellen een hoge prijs op zelfstandigheid. Met andere woorden, de combinatie van producten uit verschillende markten wordt door deze doelgroep zelf gewenst.

Een belangrijk element vormen de afhankelijkheidsrelaties tussen de oudere en de zorgverlener of zorgverlenende instantie. Bij ouderenzorg gaat het lang niet altijd om zeer hulpbehoevende ouderen die zodanig afhankelijk zijn van anderen dat ze zelf geen keuzes kunnen maken. Ouderen zijn daar zeer vaak wel goed toe in staat en leggen zelf de combinaties tussen zorg, wonen en diensten. Dat betekent dat ouderen zich, in situaties van beperkte afhankelijkheid, goed kunnen manifesteren als marktpartij, vragende partij.

Draagvlak

Draagvlak vanuit andere sectoren

Ouderenzorg raakt geïnfiltreerd met sectoren waar producten commercieel aan de man gebracht worden. Daar bestaat al draagvlak voor in de samenleving en datzelfde zal gelden voor combinaties met zorg erbij. Tevens zijn ouderen in het algemeen steeds beter in staat voor zichzelf op te komen, dan wel zijn hun zaakwaarnemers daartoe in staat. Ze kunnen zich als vragende marktpartij manifesteren, waardoor een belangrijke randvoorwaarde voor marktwerking gerealiseerd kan worden, namelijk de 'exit-optie'. Ouderen kunnen kiezen en hun vertrek naar een ander zal merkbaar zijn bij de aanbieder waar ze vertrekken.

Beleidsontwikkeling versus beleidsuitvoering

De wet- en regelgeving blijkt echter niet altijd ingespeeld te zijn en te kunnen inspelen op deze veranderingen, met name in de organisatie en financiering. Doordat thuiszorgorganisaties die een winstoogmerk hebben wel op de vraag en de mogelijkheden van ouderen inspelen, komen zij al snel in een grijs gebied terecht van al dan niet volgens regelgeving

toegestane of gedoogde activiteiten. Vanuit een juridisch oogpunt is dan sprake van een beperkt draagvlak. Zolang dat het geval is, blijkt het lastig te zijn om bijvoorbeeld kwaliteitscriteria te ontwikkelen voor de 'for profit' activiteiten. Dat is wel van belang voor het draagvlak voor het beleid, de wijze van uitvoering en de uitkomsten.

Ondanks het maatschappelijk draagvlak is het verder zo dat het politiek draagvlak onbestendig is. De affaire rond de NTN organisatie maakte dat nog eens duidelijk. Als het er op aan komt blijkt het politiek draagvlak veelal af te brokkelen wanneer negatieve of onbedoelde effecten van de marktwerking optreden tijdens de uitvoering van het beleid, zoals misbruik van machtsposities of publieke gelden.

5.4 Besluit

Motieven voor het hanteren van een winstoogmerk in de zorg

De ondernemers in de bestudeerde sectoren niet als hoofdmotief het maken van winsten en uitkeren aan aandeelhouders. Ze proberen in overleg met bedrijven, woningcorporaties of anderen, randvoorwaarden in te bouwen die onder meer de gelijke toegang tot zorg waarborgen. Maar organisaties die winst nastreven krijgen wel steeds meer invloed. De commercie biedt de instellingen de mogelijkheid tot het investeren van extra gelden in de zorg. Via die weg wordt in het veld van de zorg ook getracht het draagvlak voor 'for profit' zorg te vergroten. Tot dat laatste heeft het echter, gezien de discussies over bedrijvenpoli's nog niet overal geleid. Op lokaal niveau is men vaak wel eenstemmig over het doel en de uitvoering van zorg in een bedrijvenpoli, maar in de landelijke politiek lijkt een gebrek aan steun te bestaan, met name voor wat betreft de consequenties van het beleid.

Aard product: mate van definieerbaarheid en afhankelijkheid

Vooraf in de geestelijke gezondheidszorg is de behoefte aan arbeidsgerelateerde behandelingen groter én zichtbaarder geworden sinds de privatisering van de Ziektewet. De druk vanwege stress en psychische klachten is groot, zo ook de bereidheid van werkgevers om voor de geestelijke zorg te betalen. Dat levert veel activiteiten op, waarbij ook winst maken een rol speelt. De 'producten' in de geestelijke gezondheidszorg worden sterker inzichtelijk gemaakt en als product op de markt gezet. De aard, omvang en duur van de behandeling worden vooraf bepaald. Verder dan het weer

geschikt maken voor arbeid gaat het veelal niet. De producttypering biedt goede uitgangspunten voor profijtelijk zorgverleners, maar kan tegelijk ook de professionele en organisationele vrijheden van artsen beperken.

Opvallend is dat het draagvlak voor commerciële (voorrangs)zorg in de ziekenhuiszorg beperkter lijkt te zijn dan in de geestelijke gezondheidszorg. De producteigenschappen in deze sectoren spelen daarbij een grote rol. In de ziekenhuiszorg staat vaker acute zorgverlening centraal en wordt het risico groter bevonden dat de voorrangszorg ook tot bevoordeling in die situaties zal leiden. In de geestelijke gezondheidszorg is dit alles minder grijpbaar en lijkt bevoordeling om snel terug te keren op de werkvloer meer geaccepteerd. In de geestelijke gezondheidszorg vinden we daarnaast meer mogelijkheden tot variatie van producten, in combinatie met bijvoorbeeld aanpalende diensten en services die 'verhandeld' kunnen worden op een markt. De tweedelingsdiscussie is, met name daar waar het de ziekenhuiszorg en dus een grote mate van afhankelijkheid tussen patiënt en zorgverlener betreft, zeer gepolitiseerd en politiek explosief. Het draagvlak voor ondernemen is namelijk groot, maar de tegenstand tegen tweedeling en voorrangszorg zo mogelijk nog groter, met name als het om wilsonbekwame gaat. Dit verkleint het draagvlak voor het winstoogmerk in de zorg.

Combinaties van producten in niches van de markt

De 'for profit' zorgverleners richten zich vooral op de 'niches' in de markt en op zeer specifieke productontwikkeling en deskundigheidsbevordering. Dit wordt ook door de enquête van de RVZ onder private initiatieven in de zorg bevestigd. Dat betekent dat de commercie zich niet richt op de basiszorg in brede zin (in de ziekenhuiszorg). In deze studie kwam naar voren dat commercie zich vooral daar ontwikkelt waar overlap met aanpalende sectoren mogelijk is, waar bovendien meer ervaringen met commerciële activiteiten bestaan. Bijvoorbeeld: de woonsector, recreatieve diensten, vervoersservices en restauratieve diensten.

Proces van uitvoering: ontstaat er een level playing field?

Er bestaan verschillende uitgangspunten voor eventuele nieuwe commerciële toetreders tot de markt (zo die al toegelaten worden) en bestaande instellingen. De laatste groep dient namelijk de basiszorg in brede zin te leveren en binnen een budgettair kader te functioneren. Wanneer dit bij nieuwe

commerciële toetreders niet het geval is, biedt hen dit voordelen en mogelijkheden om 'de krenten uit de pap' te pakken. Datzelfde geldt andersom voor de voordelen die bestaande instellingen hebben bij het reeds functioneren in de bestaande markt, zowel qua faciliteiten, infrastructuur als qua kapitaal. Deze ongelijke situatie demotiveert ondernemers in de zorg, omdat ze afgestraft dreigen te worden voor activiteiten die anderen wel kunnen en mogen ontplooiën vanwege bevoordeelde marktposities.

Draagvlak voor het hanteren van winstoogmerk?

Er bestaat wel overeenstemming over de problemen in het stelsel, hetgeen draagvlak voor meer experimenteren met winstgevendende activiteiten en voorrangszorg schept. In de praktijk blijkt echter dat als het er op aan komt de politiek veelal niet bereid is de gevolgen van meer commercie te aanvaarden. Daardoor ontstaat het risico dat de consensus over deze oplossingsrichting verkleint. 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). Op langere termijn kan dit betekenen dat het draagvlak voor profijtelijk zorgverlenen, als remedie voor de knelpunten, wegebt.

Het volgende hoofdstuk gaat verder in op de verschillen in draagvlak voor winstoogmerk in de bestudeerde zorgsectoren.

6 Draagvlak verklaard

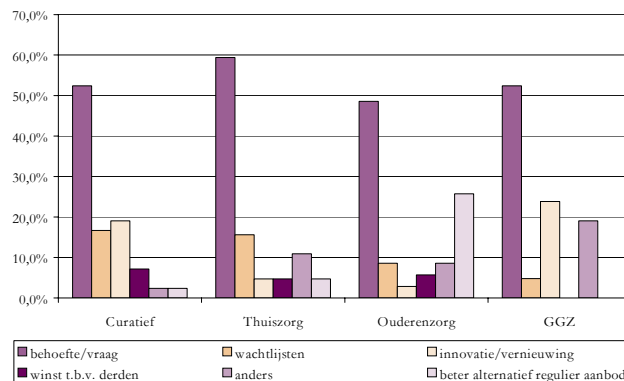
In dit hoofdstuk worden de verklaringen besproken voor het aanwezige draagvlak voor het hanteren van een winstoogmerk in deelsectoren van de zorg, alsmede de noodzakelijkheid van dat draagvlak.

6.1 Complexiteit en turbulentie in de omgeving

Gelijktijdige realisatie van ongelijksoortige waarden is randvoorwaarde

Als we het voorgaande beschouwen dan valt op dat niet één waardencomplex het alleen redt. Er is sprake van economisering in de zorgsector, zowel in de geestelijke gezondheidszorg, de ouderen- en de thuiszorg, als in de ziekenhuiszorg. Echter, gezien de publieke en politieke discussies over het hanteren van een winstoogmerk in bijvoorbeeld bedrijvenpoli's, wordt duidelijk dat publieke en professionele waarden nog steeds een belangrijke rol spelen. De botsingen tussen 'profijt en professie', en tussen 'profijt en solidariteit' geven aan dat deze waarden ook in een 'for profit'-omgeving een belangrijk toetsingscriterium vormen. Onderzoek naar de motieven voor zorgverlening met een winstoogmerk bevestigt dit:

Tabel 6.1 Belangrijkste motieven oprichting organisatie met winstoogmerk



Dit betekent dat bij voortdurende vele verschillende waarden in het geding zijn zoals vertrouwen, professionele deskundigheid, individuele kwaliteit van leven, kostenbeheersing, kwaliteit van zorg, toegankelijkheid, snelheid en serviceverlening. De hoge eisen die aan de zorg worden gesteld komen daarbij tot uiting. Het gaat steeds om de simultane realisatie van waarden. Dat blijkt ook uit een persbericht van Arcares en de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg met de volgende kop: 'Vraaggericht zorgstelsel én solidariteit gewenst'. De simultane realisatie van verschillende waarden is een randvoorwaarde voor draagvlak voor zorg met winstoogmerk, omdat deze in een omgeving gerealiseerd moet worden waarbinnen publieke en professionele belangen en waarden nog steeds een doorslaggevende rol vervullen.

Veranderingen door tijd en actualiteit: schuivend draagvlak
De vraag is of de simultane waardenrealisatie altijd haalbaar zal zijn. Op basis van de bestudeerde deelsectoren kan gesteld worden dat door de tijd heen het draagvlak voor het hanteren van een winstoogmerk in de zorg verschuift. Het draagvlak voor bedrijvenpoli's leek in de beleidsontwikkeling hoog, maar in de uitvoering beperkt. Illustratief was hierbij de discussie over voorrangszorg. De NRV (1995) zette de argumenten in die discussie op een rij, zoals de financiële voordelen voor werkgevers en de maatschappij, de terugdringing van ziekteverzuim, de extra zorgcapaciteit en extra gelden die ten goede komen aan reguliere zorg en het voordeel voor werknemers dat ze korter ziek zijn en dat de kans op arbeidsongeschiktheid afneemt. De NRV noemde ook een aantal argumenten tegen snellere hulpverlening, zoals de fundamentele behoefte aan gezondheidszorg en het belang dat solidariteit en gelijkheid daarbij gegarandeerd worden aan iedereen. Daarnaast gaf de NRV aan dat de wachtlijsten structureel opgelost moesten worden en niet enkel voor bepaalde groepen en dat het creëren van extra capaciteit in de zorg lastig is, waardoor onbenutte capaciteit snel opgebruikt zal zijn en omzeilende initiatieven daardoor ten koste van de reguliere zorg zullen gaan. Tot slot werd nog aangegeven dat snellere hulp niet altijd in het belang van de werknemer is. Dat laatste heeft betrekking op patiëntenrechten zoals de vrije artskeuze en het recht op relevante informatie.

De wachtlijstomzeilende initiatieven en commerciële activiteiten raken aldus de kern van het zorgstelsel: de gelijke toegankelijkheid, de betaalbaarheid, de solidariteit tussen

inkomens en de onafhankelijke professionele behandeling van patiënten. Dit zal daarom bij de introductie van het winstoogmerk in het huidige stelsel leiden tot een voortdurende botsing tussen publieke, private en professionele belangen en waarden. Het blijft vooralsnog onzeker wat de precieze effecten zullen zijn voor elk van deze waarden. In de omgeving van de zorg zijn daarom vooral ook de tijdgeest, de actualiteit en de positieve dan wel negatieve ervaringen met de commerciële zorg bepalend voor het aanwezige draagvlak ervoor.

Dat brengt ons op de notie van het *schuivend* draagvlak. Op korte termijn lijkt een doorzettende economisering legitiem. Dat betekent meer nadruk op commercie, zakelijkheid en klantvriendelijkheid. Met name de gedeelde frustratie over knelpunten in het huidige systeem levert veel steun op voor veranderingen. Indien dit echter ten koste gaat van andersoortige waarden vanuit het professionele en publieke domein, zal deze steun afbrokkelen. In de onderzochte voorbeelden was, met name in de ziekenhuiszorg, sprake van een grote mate van politisering. Dit kwam doordat de gelijke toegang en professionaliteit van de zorg mogelijk in het geding kwamen. Op langere termijn tast dit de legitimiteit aan van het handelen met een winstoogmerk door de reguliere aanbieders. Hierbij komt opnieuw naar voren dat de omgeving de organisaties in de zorg blijft afrekenen op zaken als gelijke toegang en kwaliteit, naast snelheid, service en klantvriendelijkheid.

Daarnaast geven sommige auteurs aan dat commercie de professionele kwaliteit en de vertrouwensrelaties tussen arts en patiënt op de langere termijn kan aantasten. Het zou onduidelijker kunnen worden wat de patiënt van de arts mag verwachten en of het oordeel van de arts onafhankelijk en professioneel is, of juist door commerciële belangen wordt beïnvloed. Het draagvlak voor het winstoogmerk hangt daardoor samen met de toegang voor patiënten en verzekeraars tot informatie, alsmede de transparantie en beschikbaarheid van informatie over behandelingen en handelwijzen.

Bij de inbreng van bepaalde nieuwe waarden in de discussies over profijtelijk zorgverlenen wordt duidelijk dat de legitimatiegronden verschuiven. Bijvoorbeeld: eerst is de maatschappelijke en politieke opinie tegen het winstoogmerk in de zorg, maar door de sterkere inbreng van economische

belangen (snelle terugkeer werknemers in arbeidsproces) verschuift de opinie hierover en vindt meer acceptatie plaats. Met name de druk op het huidige stelsel is dus een aanleiding om het winstoogmerk en concurrentie meer te accepteren in de zorg. Andersom kan draagvlak weer wegvallen als de maatschappelijke gevolgen voor de langere termijn, bijvoorbeeld ten aanzien van ongelijke toegang tot zorg, duidelijk worden.

6.2 Aard van het product

De aard van de zorg bepaalt op een aantal manieren het draagvlak voor de commercie.

Sectorgebonden (product)verschillen

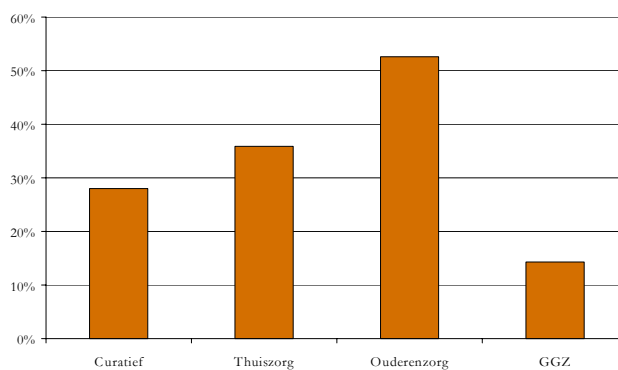
In de care sectoren bestaan meer mogelijkheden voor de ontwikkeling van een winstoogmerk, omdat er ook meer mogelijkheden tot selecteren en het maken van keuzen door patiënten bestaan. In verzorgingshuizen hebben zorgvragers bijvoorbeeld wel degelijk de mogelijkheid om keuzen te maken. Dat is een wezenlijk andere uitgangspositie dan bij de acute zorg in ziekenhuizen. Bovendien zijn er verschillen tussen beroepsgroepen in de verschillende typen van zorg. Opleiding, status, aanzien en tradities spelen een verschillende rol in verschillende sectoren. De autonomie van medisch specialisten in ziekenhuizen is groter in ziekenhuizen dan van verpleegkundigen in verzorgingshuizen. Hun werkwijze is meer afhankelijk van de wensen en behoeften van de zorgvrager, ook op aanpalende gebieden. Dat leent zich al meer voor het maken van keuzes, zowel door professional als zorgvrager. Een aantal respondenten pleit in sterke mate voor het scheiden van wonen en zorg, met als redenering dat de zorgvragers zelf kunnen kiezen voor bepaalde woonvormen, los van de aandoening of ziekte. Bij verpleeghuizen is dat alweer lastiger door de bedlegerigheid van de zorgvragers. Tenslotte zagen we in de verschillen tussen de ggz en de ziekenhuiszorg dat sommige producten beter te typeren zijn (of worden) in de ggz. 'For profit' zorgaanbieders richten zich met name op die producten die typeerbaar en afzetbaar zijn in een niche van de markt.

Mate van afhankelijkheid van zorgvragers

Dat de aard van de zorg invloed heeft op de mate waarin het hanteren van een winstoogmerk kans van slagen heeft wordt ook ondersteund door onderzoek naar de mate waarin

zorgvragers worden afgewezen in de deelsectoren, alsmede naar de redenen daarvoor. De onderstaande tabel laten zien dat afwijzing in de curatieve zorg het minst plaatsvindt en het meest in de ouderen- en thuiszorg. Dat komt door de afhankelijkheid van de zorgvragers van de behandeling in de curatieve zorg, maar ook naar het gebrek aan faciliteiten en capaciteit in de ouderen- en thuiszorg. In de ggz komt afwijzing weinig voor, maar dat heeft vooral te maken met de ervaring en de mogelijkheden die binnen die sector reeds bestaan voor het verkrijgen van 'for profit'-zorg.

Tabel 6.2 Organisatie die regelmatig zorgvragers weigeren



Combinaties met aanpalende producten

Sommige zorgproducten lenen zich meer dan andere producten voor combinaties met aanpalende diensten of services. In de ouderenzorg bestaan veel mogelijkheden om zorg, vervoer, wonen, restauratieve voorzieningen en recreatie aan elkaar te koppelen. Daarmee kunnen lucratieve niches in de markt opgezocht worden. De doelgroep kan bovendien deels zelf of via zaakwaarnemers de keuzes maken in die niche. In de acute zorg in ziekenhuizen is dat zeker niet altijd het geval. Daar betreft het medisch-specialistische zorg waar niet zomaar een extra eigenschap of dienst aan toe te voegen is om een betere marktpositie te verwerven.

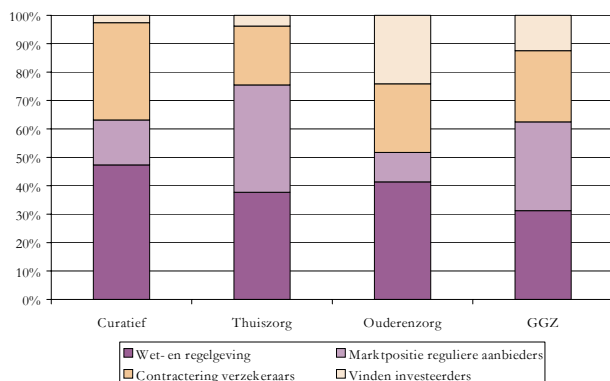
6.3 Wijze van uitvoering

De wijze waarop de zorg met winstoogmerk wordt uitgevoerd, bepaalt mede het draagvlak ervoor.

Level playing field als voorwaarde voor draagvlak

Concurrentie is in deze studie gepresenteerd als voorwaarde voor marktwerking. Van concurrentie is in de onderzochte voorbeelden nauwelijks sprake. Het gaat veelal om monopolisten op de zorgmarkt die deze activiteiten erbij ondernemen, zowel in de ggz als in de ziekenhuiszorg. Concurrentie wordt op zichzelf niet per definitie als gewenst beschouwd, zolang niet de randvoorwaarden op de markt zijn gecreëerd dat er eerlijke concurrentie kan plaatsvinden ('level playing field' realiseren en 'cherry picking' voorkomen). Concurrentie wordt enkel op kwaliteit nastrevenswaardig geacht in de onderzochte voorbeelden, omdat het vooral als middel wordt gezien om de zorg te verbeteren. Volgens het onderzoek van de RVZ zijn er echter een aantal belangrijke belemmeringen die concurrentie en marktinitiatieven tegengaan. De volgende tabel laat dit zien:

Tabel 6.3 Belemmeringen bij ontwikkeling marktinitiatieven



Goed werkgeverschap

Bij de initiatieven voor arbozorg en bedrijvenpoli's is de filosofie van Parnassia illustratief, namelijk dat het niet ten koste mag gaan van de gelijke toegang tot de zorg. Voorkomen moet ook worden dat bijvoorbeeld goede professionals naar de commerciële concurrentie toegaan en de reguliere zorg goede krachten ziet vertrekken, mogelijk zelfs met de marktinitiatieven voor arbozorg erbij. Als de professionals uit de reguliere zorg naar de commercie vertrekken blijft van het Robin Hood-model niet veel over en gaat de kwaliteit van de

zorg achteruit. Dit punt kan volgens sommigen getackeld worden door:

- goed werkgeverschap;
- kwaliteitsverlies temperen;
- gelijke toegang opportunistisch hanteren: als wij het niet doen doet een ander het (als het om bedrijvenpoli gaat); voorrang bij bepaalde contracten werkt wachtlijstverlagend.

Dit laatste bevindt zich op de grens van wat de politiek toelaatbaar acht. Toch moet de ondernemer in de zorg die grens volgens sommige respondenten verkennen, om misstanden duidelijk te maken. Dit kan door een gezonde dosis ongehoorzaamheid richting de overheid, aldus de respondenten in dit onderzoek. 'Afwegingen tussen zaken als gelijke toegang, klantgerichtheid en doelmatigheid worden gaandeweg gemaakt. Daarbij moeten kansen gegrepen worden als ze zich voordoen. Zeker waar anderen bedreigingen zien moet de ondernemer inspringen en kansen grijpen'. De kerncompetentie van de private aanbieders is de verlening van goede en toegankelijke zorg, maar 'we zijn niet roomser dan de paus', zo werd gesteld.

6.4 Synopsis: gedifferentieerd draagvlak

In het onderstaande overzicht wordt aangegeven hoe de drie subsectoren in dit onderzoek hebben 'gescoord' op de drie variabelen.

Tabel 6.4 Overzicht van verschillen in draagvlak voor het winstoogetmerk op drie deelmarkten van de gezondheidszorg

	Motieven van het management	Aard van de zorg: rol van producteigenschappen	Proces van uitvoering
Winstoogetmerk in de ziekenhuiszorg	<ul style="list-style-type: none"> - Oplossen wachtlijsten - Oplossen personeelstekorten - Robin Hood; zorg als leidend principe (niet winst) - Vergroten kennis over arbeidsgerelateerde zorg 	<ul style="list-style-type: none"> - Levensbedreigende situaties (afhankelijkheid) - Curatieve zorg niet altijd typeerbaar - Commercie speelt met name bij arbeidsgerelateerde zorg en andere specifieke aandoeningen 	<ul style="list-style-type: none"> - Vaak aparte stichtingen die contracteren met bedrijven - Intensivering bedrijfsarts – medici (consultfuncties) - Niches in de markt; arbozorg - Niet ten koste van ziekenhuisbudget

	-	Terugdringen ziekteverzuim							-	Maatschappelijke kritiek; angst ongelijke toegang en oneerlijke concurrentie
	-	Reguliere productie op peil houden							-	Veel emoties
Winstoogmerk in de ggz	-	Meer budgetruimte	-	Psychosociale klachten					-	Contracteren met werkgevers
	-	Verzekeren regionale marktmacht	-	Functiebeperkingen					-	Nadruk op snelle behandelingen
	-	Betere organisatie	-	Doelgroep: divers					-	Aandacht transparant werken
	-	Deskundigheidsbevordering	-	Commercie bij specifieke klachten; bv. arbozorg; minder bij de ernstige en meest zwakke groepen					-	Vermaatschappelijking
	-	Robin Hood; zorg als leidend principe (niet winst)							-	Scheiding zorg en welzijn
Winstoogmerk in de ouderen- en thuiszorg	-	Vergrijzing	-	Typeerbare producten					-	Veel individuele contracten en betalingen
	-	Vraaggericht werken	-	Combinaties met aanpalende sectoren (vervoer, horeca, recreatie).					-	Relatief veel ervaring met for profit
	-	Meer keuzevrijheid							-	Draagvlak brokkelt af door misbruik publiek geld, ondeskundig management
	-	Consistentie (koers al veel eerder gezet)	-	Doelgroep veelal in staat tot maken keuzes						

7 Conclusies

In dit laatste hoofdstuk beantwoorden we de centrale vraag van deze studie:

Welke waarden en normen staan centraal in de discussie over commerciële zorg en in welke mate spelen ze een rol bij de acceptatie van 'zorgverleners met winstoogmerk'?

Deze vraag kan in de volgende deelvragen uiteen worden gelegd:

1. Welke waarden staan centraal in de discussie over winstoogmerk in de gezondheidszorg?
2. Hoe worden deze waarden in verschillende deelsectoren van de gezondheidszorg gewogen en in welke mate wordt winstoogmerk geaccepteerd?
3. Hoe zijn eventuele verschillen te verklaren?
4. Hoe noodzakelijk is het om steun te verwerven voor het toelaten van winstbeogende zorginstellingen en wat zijn de mogelijkheden om het draagvlak te vergroten?

Deze deelvragen worden hierna apart beantwoord.

7.1 Welke waarden staan centraal in de discussie?

In de discussie over winstoogmerk in de gezondheidszorg worden de waarden van drie werelden tegen elkaar afgewogen: die van het zakenleven, die van de professionele gezondheidszorg en die van de collectieve voorzieningen. Tussen deze drie waardensystemen, die kunnen worden gekarakteriseerd met de termen profijt, professie en solidariteit, kunnen spanningen ontstaan, die hieronder worden besproken.

Discussie 1. Profijt versus professie

Hier staan de economische rationaliteit en de medische ethiek tegenover elkaar. Artsen en andere hulpverleners houden zich bij hun beroepsuitoefening aan hun beroepsethiek, maar kunnen tot op zekere hoogte economische criteria, zoals de kosten van een behandeling, meenemen. Het tast echter hun professionaliteit aan wanneer zij economische criteria zwaarder laten wegen dan medisch-ethische. Er is met andere woorden een 'zone of acceptance' waarbinnen artsen met zaken als de kosten van een behandeling rekening kunnen houden.

Die zone is niet voor alle typen zorg even groot. Als patiënten in nood verkeren zal zij klein zijn. Artsen laten dan het belang van de patiënt prevaleren. Maar er is in de gezondheidszorg niet altijd sprake van noodsituaties en dan is er meer ruimte voor economische argumenten en overwegingen. Dat is bijvoorbeeld in de arbeidsgerelateerde zorg en in delen van de ouderen- en thuiszorg het geval. In de arbeidsgerelateerde zorg sluiten activiteiten met een winstoogmerk aan bij de wensen van medici om specifieke deskundigheden verder te ontwikkelen, arbeidsvoorwaarden te verbeteren en flexibeler te werken. Winstoogmerk stimuleert daar innovatie en helpt wachtlijsten te verkorten. Het economische aspect maakt onderdeel uit van de medische praktijk. Als het echter domineert kan het in conflict komen met andere aspecten, zoals het politieke, het juridische en vooral het zorginhoudelijke. Dan dreigt het gevaar dat menselijke waarden ondergeschikt worden gemaakt aan economische en de medische urgentie moet wijken voor het economisch nut. Dan brokkelt het draagvlak voor winstoogmerk in de zorg af.

Discussie 2. Profijt versus solidariteit

Hét voorbeeld is hier de voorrangszorg voor werknemers. Als zieke of arbeidsongeschikte werknemers sneller worden geholpen dan anderen ontstaat een conflict tussen profijt en solidariteit. Economisch voordeel moet hier worden afgewogen tegen het beginsel dat gelijke gevallen gelijk moeten worden behandeld. Als werknenden sneller worden geholpen dan niet werknenden noemt de een dat goed voor de economie en de ander noemt dat tweedeling. Ook koopkracht en financieel voordeel spelen in dit voorbeeld een rol. Mag voorrang worden gekocht en verkocht of mag dat niet?

In de acute ziekenhuiszorg speelt het conflict tussen profijt en solidariteit een grotere rol dan in de geestelijke gezondheidszorg. Verder haalt voor sommigen het Robin Hood-scenario de scherpste uit het conflict. Het uitgangspunt van het Robin Hood-scenario is dat het extra capaciteit en geld genereert, dat niet alleen de werknemers ten goede komt maar ook andere patiënten. Volgens anderen is het Robin Hood-scenario echter misleidend. Het zou een miskenning zijn van het feitelijke probleem, de wachtlijsten. Door deze aan te pakken via het Robin Hood-scenario wordt volgens hen oogluikend geaccepteerd dat de productiewaarde van een mens belangrijker is dan zijn intrinsieke waarde. Moreel en ethisch is dat voor velen een verwerpelijk uitgangspunt.

7.2 Verschilt het draagvlak voor winstoogmerk in diverse deelsectoren?

In hoofdstuk 4 en 5 is gesproken over het draagvlak voor winstoogmerk in drie deelsectoren. Ook de noodzaak ervan is aan de orde gekomen. De resultaten zijn hieronder samengevat.

Tabel 7.1 Draagvlak voor winstoogmerk in drie zorgsectoren

	Beleidsontwikkeling	Beleidsuitvoering
Ziekenhuiszorg	Wisselend Hoog/Laag	Laag
ggz	Hoog	Hoog
Ouderen- /thuiszorg	Hoog	Wisselend Hoog/Laag

7.3 Hoe zijn verschillen in draagvlak voor winstoogmerk te verklaren?

De verschillen in draagvlak hangen af van de volgende factoren:

- a. De mate waarin publieke en professionele waarden worden gerespecteerd: staat gezondheidswinst voorop of financieel gewin, voorziet de zorg in een maatschappelijke behoefte, wordt in het belang van de patiënt gewerkt?
- b. De aard van het product: het maakt verschil hoe afhankelijkheid de patiënt is van de zorgverlener, hoe specifiek het product kan worden getypeerd, hoe groot de mogelijkheden zijn om zorg en andere diensten aan elkaar te koppelen en of het product al eerder in de markt is gezet zodat beter kan worden ingeschat wat de mogelijke gevolgen van winstoogmerk kunnen zijn.
- c. De wijze waarop de commerciële zorg wordt uitgevoerd: wordt cherry picking voorkomen, is er een level playing field en is er sprake van goed werkgeverschap.

Ad a: Omgeving en motieven

Per factor worden hieronder een aantal verklaringen gegeven voor de mate waarin er draagvlak voor winstoogmerk in de zorg bestaat.

Verklaring 1: turbulente omgeving van de zorg

De gezondheidszorg bevindt zich in een turbulent krachtenveld. De publieke en de politieke agenda veranderen snel en de actualiteit en de media spelen daarbij een belangrijke rol. Brede steun voor het opzetten van activiteiten met een winst oogmerk, om capaciteitsproblemen op te lossen, kan even snel omslaan naar een dreigend verbod en een gebrekkig draagvlak voor de uitvoering van dat voornemen. Dit kan met name gebeuren als blijkt dat fundamentele en normatieve uitgangspunten van het zorgstelsel, zoals de gelijke toegang tot zorg, onder zware (publicitaire en politieke) druk komen te staan. De gang van zaken rond de bedrijvenpoli's illustreert dat. Werkgevers kregen door de privatisering van de Ziektewet een groot belang bij een snelle reïntegratie van zieke werknemers in het arbeidsproces. Er ontstond behoefte aan specifieke zorg, waarin de reguliere instellingen niet konden voorzien. Daarom gingen sommige ziekenhuizen bedrijvenpoli's oprichten. Deze konden aanvankelijk op steun rekenen, maar raakten vanwege de tweedelingsdiscussie sterk gepolitiseerd. Het draagvlak voor de bedrijvenpoli's ebde weg, met name op de momenten dat het er echt op aan kwam en de betrokken ziekenhuizen de zorg wilden gaan uitvoeren of dat al deden. Rond de bedrijvenpoli's zorgden verschillende ingrediënten voor een onverteerbaar mengsel:

- het risico dat zorg niet meer voor iedereen gelijk toegankelijk was;
- afkeer van 'winst maken op zieke mensen';
- het besef dat zorginstellingen met verlies zouden kunnen draaien en failliet gaan.

Verklaring 2: motieven voor commerciële zorg

Zorg verlenen om zoveel mogelijk geld te verdienen heeft een slechte naam, omdat daardoor belangen van de patiënt, de professie en de gemeenschap in het gedrang kunnen komen. Winst maken zonder die belangen te schaden is een andere zaak. Uit een door de RVZ gehouden enquête blijkt dat een meerderheid van de ondervraagden zegt dat het tekort aan capaciteit in de reguliere zorg het hoofdmotief is om private zorg te ontwikkelen. Winst maken speelt een ondergeschikte rol. Publieke en professionele waarden zijn niet naar de achtergrond geschoven. De ondernemers in de bestudeerde sectoren proberen ondernemersgedrag, professioneel handelen en publieke waarden met elkaar te verenigen. Het probleem is dat over het voetlicht te brengen en uit te dragen, ook naar de landelijke overheid en politici. Op lokaal niveau is men het vaak wel eens over het doel en het functioneren van bijvoorbeeld een bedrijvenpoli (beleidsontwikkeling), maar in

de landelijke politiek ontbreekt voldoende steun (bij de daadwerkelijke beleidsuitvoering).

Ad b: aard van het product van de gezondheidszorg

Verklaring 3: emotionele en lichamelijke afhankelijkheid

De mate van afhankelijkheid waarin een patiënt verkeert, verklaart in belangrijke mate of winstoogmerk al dan niet wordt geaccepteerd. In de ziekenhuiszorg is vaker sprake van levensreddende situaties en van een grote emotionele en lichamelijke afhankelijkheid dan in de geestelijke gezondheidszorg en de ouderen- en thuiszorg. Private initiatieven richten zich meestal dan ook niet op de 'zware' gevallen, maar op bijvoorbeeld extra services, en arbozorg. Het draagvlak voor (voorrangs) zorg met een winstoogmerk is in de ziekenhuiszorg beperkter dan in de geestelijke gezondheidszorg, met name het risico dat patiënten in situaties van hoogste nood niet geholpen zouden worden vanwege andere dan medische criteria. In de geestelijke gezondheidszorg is dit alles minder grijpbaar en lijkt voorrang voor werknemers om snel terug te kunnen keren op de werkvloer meer geaccepteerd.

Verklaring 4: duidelijk omschreven producten

Dit komt onder meer omdat de 'producten' in de geestelijke gezondheidszorg beter inzichtelijk worden gemaakt en ook als 'product' op de markt gezet. De aard, omvang en duur van de behandeling worden vooraf bepaald. In de ziekenhuiszorg is dat lastiger, omdat het karakter van de zorg daar meer acuut, high tech en specialistisch van aard is. Producttypering biedt goede uitgangspunten voor profijtelijk zorgverlenen, maar beperkt aan de andere kant het professioneel handelen en de professionele autonomie van de arts.

Verklaring 5: combinaties van producten

De private zorgverleners richten zich vooral op de 'niches' in de markt en op specifieke productontwikkeling en deskundigheidsbevordering. Zij richten zich niet op de basiszorg in brede zin (in de ziekenhuiszorg). Private initiatieven ontwikkelen zich vooral waar overlap met aanpalende sectoren mogelijk is, bijvoorbeeld de woonsector, recreatieve diensten, vervoersservices en restauratieve diensten. In die sectoren bestaat bovendien vaak al meer ervaring met winstoogmerk, waarvan gebruik gemaakt kan worden.

Verklaring 6: ervaring met winstoogmerk

Ervaring met winstoogmerk heeft invloed op het draagvlak, omdat dan beter ingeschat kan worden wat de mogelijke gevolgen van winstoogmerk kunnen zijn. In de ziekenhuiszorg is weinig ervaring met winstoogmerk opgedaan. Onbekendheid met (de gevolgen van) winstoogmerk voor deze sector van de Nederlandse gezondheidszorg beperkt het draagvlak voor met name de uitvoering van commerciële activiteiten. In de ggz is dat anders. Er is al meer ervaring met winstoogmerk en er bestaan al meer koppelingen naar aanpalende diensten en services (wonen, arbozorg, ontspanning). Voor die aanpalende services is extra (commerciële) betaling voor een groot deel geaccepteerd. Sommige ggz-producten worden al snel als 'extra' betiteld, of in het kader van arbozorg verricht.

Ad c: proces van uitvoering

Verklaring 7: spanning tussen aanbod en vraag

Ondanks dat er meer prikkels voor concurrentie en vraaggerichtheid worden ingebouwd, is het zorgstelsel nog steeds zeer aanbodgericht. Er is veelal geen sprake van concurrentie, maar eerder van een monopolistische markt. Schaarste heeft op dergelijke markten nadelige gevolgen voor verzekeren en patiënten. Verzekeraars stellen de rechten van de verzekerde meer en meer centraal. Relaties met de zorgaanbieders zijn voor hen van belang, maar voornamelijk voor zover ze benut kunnen worden voor degene die verzekerd is, aldus verzekeraars. Men is wel tegen een tweedeling in het zorgstelsel, maar 'als binnen het reguliere stelsel de rechten van de verzekerde niet vervuld kunnen worden dan rest weinig anders dan er buiten actief te worden'.

Verklaring 8: de aanwezigheid van een level playing field

Er bestaan verschillende uitgangspunten voor nieuwe 'for profit' toetreders tot de markt en bestaande instellingen. De laatste groep dient de basiszorg in brede zin te leveren en binnen een budgettair kader te functioneren. Nieuwe 'for profit' toetreders die dit niet hoeven te doen hebben dus grote voordelen en de mogelijkheid om 'de krenten uit de pap' te halen. Dat heeft nadelige gevolgen voor de reguliere instellingen en professionals, waardoor de neiging bestaat om 'for profit' aanbieders te weren. Aan de andere kant hebben juist de bestaande instellingen een groot voordeel op de bestaande markten, omdat ze onderdeel uitmaken van de bestaande infrastructuur. Nieuwe toetreders staan daarbij op achterstand, financieel en materieel. Al met al is de randvoorwaarde van een level playing field niet steeds

aanwezig, maar wel cruciaal voor bijvoorbeeld de eerlijke concurrentie.

Verklaring 9: de verhouding tussen kansen en risico's van winstoogmerk

Op basis van onderzoek komen we tot een aantal kansen en risico's van de introductie van profijtelijk zorgverleners voor de zorgverlening.

Kansen	Risico's
Doelmatigheid	Inperking professionele autonomie
Vraaggerichtheid	Tweedeling
Innovatie	Kosten
Minder wachtlijsten	Onzeker draagvlak
Aantrekkelijk voor personeel	Discontinuïteit arts-patiënt relatie
Beter management	Opportunistisch gebruik van informatie

De mate waarin de kansen kunnen worden benut en de risico's beperkt bepaalt mede het draagvlak voor de uitvoering van activiteiten met een winstoogmerk.

Verklaring 10: toegang tot informatie

Bij marktwerking hebben consumenten en patiënten zo volledig mogelijke informatie nodig over de kwaliteit en de prijs van de zorg die ze willen ontvangen. Op basis daarvan kunnen zij dan keuzes maken (patient empowerment). Is het waarschijnlijk dat zij over die informatie zullen kunnen beschikken? Dat valt nog te bezien. Voor verzekeraars en zorgverleners, die de informatie zouden moeten verschaffen, hebben gegevens over kwaliteit en prijzen strategische betekenis en daarom zullen ze er waarschijnlijk ook strategisch mee omgaan. Instellingen zullen zich bijvoorbeeld door middel van reclame willen profileren. Wat moet en mag er in reclame in de zorg vermeld worden? Moet de informatie betrouwbaar zijn? Het is discutabel of dat altijd het geval zal zijn.

Indien er sprake is van ongelijke concurrentieposities, ongelijke toegang tot de markt, informatieachterstanden

waardoor zowel zorgvragers, als zorgverzekeraars en zorgaanbieders geen reële alternatieven hebben, alsmede wanneer de ene marktpartij niet de dreiging ervaart van het vertrek van een ander, wordt niet voldaan aan de randvoorwaarden voor concurrentie. Het draagvlak voor de uitvoering van commerciële activiteiten, en daarmee de legitimiteit van het beleid dat daarop gericht is, komen daardoor in gevaar.

7.4 Wat zijn de lessen voor de toekomst?

Wanneer winsttoegmerk in de gezondheidszorg wordt toegelaten, is het noodzakelijk om aan het draagvlak daarvoor te werken. Dat blijkt uit deze studie. Hoe kan dat worden gedaan? Op grond van deze achtergrondstudie kan de volgende aanpak voor het creëren van draagvlak worden aanbevolen:

- neem zoveel mogelijk de *belemmeringen* weg;
- biedt inzicht in de mate waarin draagvlak *noodzakelijk* is;
- gebruik de instrumenten die er zijn om draagvlak te *bevorderen*.

Werken aan draagvlak is noodzakelijk

In hoofdstuk 3 is aangegeven dat de noodzaak van draagvlak voor beleid door een aantal factoren wordt bepaald. We lopen deze factoren nog eens langs nu de praktijk besproken is.

Tabel 7.2 Noodzakelijkheid van draagvlak

	Ernst van gevolgen	Kosten-baten	Normatieve implicaties	Toewijzing verantwoordelijkheid	Rol media
Ziekenhuiszorg	(Nog) relatief weinig kennis en ervaring in Nederlandse context over gevolgen voor levensreddende situaties (worden vragers minder snel of niet geholpen? (emotie)).	Winst voor werkgevers bij arbozorg bekend. Kennis bij basiszorg relatief beperkt. Maatschappelijke kosten onbekend. Mate van mogelijk gezondheidsschade bij niet behandelen onbekend.	Breuk met principe van gelijke toegang.	Decentrale verantwoordelijkheid heden. Door discussie over tweedeling trekt politiek verantwoordelijkheid naar zich toe.	Groot bij zowel de ontwikkeling van beleid als bij uitvoering. Media had cruciale rol bij stopzetten activiteiten in bedrijvenpoli. Katalysator in discussie over tweedeling.
ggz	Relatief veel ervaring en kennis (ook vanuit aanpalende	Winst. Snellere behandeling.	Bestaat al langer. Geen majeure breuk.	Decentrale verantwoordelijkheid heden. Gedeelde	Klein.

	sectoren). Minder sprake van levensreddende situaties.	Kortere wachtlijsten.		verantwoordelijken met bedrijven.	
Ouderen- en thuiszorg	Relatief veel ervaring en kennis, mede door combinaties van producten en activiteiten in niches van de markt.	Met name: meer keuzemogelijkheden en zelfstandigheid zorgvragers.	Koers al gezet; geen breuk met verleden. Eerder aansluiten bij andere diensten en services voor ouderen.	Decentrale en private verantwoordelijken. Meer eigen verantwoordelijkheid ouderen.	Groot bij crises tijdens uitvoering, bijvoorbeeld bij mismanagement.

Werken aan draagvlak voor zorg met winstoogmerk is in de eerste plaats noodzakelijk vanwege de *ernst van de gevolgen*. Deze kunnen zowel liggen op het vlak van de doelmatigheid, als dat van de kwaliteit en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Vooral voor de ziekenhuiszorg worden grote gevolgen verwacht.

In de tweede plaats is draagvlakverwerving nodig vanwege het *gebrek aan kennis* over de mogelijke kosten van de verandering en de gevolgen daarvan in zowel financiële als sociale en maatschappelijke termen. In haar advies Ethiek met beleid gaf de RVZ (1999) al aan dat het niet weten belangrijke dilemma's en onzekerheden kan veroorzaken. Het is voor burgers bijvoorbeeld onduidelijk wat profijtelijk zorgverlenen kan betekenen voor de eigen bijdrage in de zorg. Dit kan, zeker op de langere termijn, een tegenkracht voor het beleid zijn. In de ouderenzorg en in de ggz is met winstoogmerk al meer ervaring opgedaan. De ziekenhuiszorg kan daar mogelijk van profiteren. Duidelijk werd dat het draagvlak in die sectoren met name tijdens de uitvoering van het beleid kan afbrokkelen. Kennis over de uitvoering van beleid is dus cruciaal voor behoud van draagvlak. Sectoren zoals de ggz en de ouderenzorg kunnen eerder aansluiten bij en profiteren van ervaringen met winstoogmerk op terreinen, waarmee productcombinaties gemaakt worden (wonen, vervoer, horeca).

In de derde plaats betekent de introductie van winstoogmerk een *expliciete breuk met uitgangspunten uit het verleden*. Deze breuk met normatieve uitgangspunten van het huidige zorgstelsel vraagt ook om het verkrijgen van acceptatie van beleid. Er moet bij de beleidsontwikkeling rekening mee worden gehouden dat die breuk vooral tijdens de uitvoering van het beleid in politieke en maatschappelijke discussies naar voren komt. Dit is vooral aan de orde in de ziekenhuiszorg. In

de ouderenzorg en de ggz zijn met winstoogmerk al meer ervaringen opgedaan via experimenten en private activiteiten, waardoor de breuk – zij het soms impliciet – al eerder plaats heeft gevonden.

In de vierde plaats hebben *de media veel aandacht* voor dit onderwerp. Het verschil tussen de zorgsectoren houdt ook hier verband met de aard van het zorgproduct. In de ziekenhuiszorg wordt sterk gelet op ongelijke toegang, vanwege de mogelijkheid dat mensen in noodsituaties niet geholpen zouden kunnen gaan worden. In de ggz en de ouderenzorg bestaat dat gevaar veel minder, waardoor de media-aandacht zich daar niet op de beleidsontwikkeling, maar op de beleidsuitvoering concentreert, namelijk als het misgaat. Denk maar aan het faillissement van de NTN-organisatie en de affaire rond het misbruik van publieke middelen in de particuliere thuiszorg. Met name het misbruik van machtsposities door aanbieders en verzekeraars ten opzichte van patiënten zijn mediagevoelige thema's

Randvoorwaarden

Aan twee randvoorwaarden moet worden voldaan om het draagvlak te kunnen vergroten. Er moet zicht zijn op de effecten van winstoogmerk en er moet sprake zijn van een level playing field.

Zicht op de resultaten.

Veel burgers en organisaties in de zorg zijn niet goed op de hoogte met de praktijk van zorgverlening met winstoogmerk. Men is wel goed op de hoogte van de problemen in de zorg, maar het blijft onduidelijk wat het toelaten van winstoogmerk aan de oplossing van die problemen zou kunnen bijdragen. Het is ook nog maar de vraag of het beleid tot zichtbare resultaten zal leiden. De gebrekkige kenbaarheid en zichtbaarheid van de gevolgen van winstoogmerk in de zorg belemmeren het ontstaan van draagvlak voor de langere termijn. Op dit punt spelen bovendien de afhankelijkheid van de doelgroep en de bestaande ervaringen met winstoogmerk een belangrijke rol.

Winstoogmerk in de zorg is bij uitstek een politiek gevoelig onderwerp, waarbij verschillende visies op zorg, solidariteit, toegankelijkheid en medische ethiek een rol spelen. Ze zijn in deze studie aan de orde geweest. De discussie over tweedeling is, waar het de ziekenhuiszorg betreft, zeer gepolitiseerd en politiek explosief. Het draagvlak voor ondernemen is groot,

maar de tegenstand tegen tweedeling en voorrangszorg zo mogelijk nog groter. Dat verkleint het draagvlak voor profijtelijk zorgverleners. In het empirisch deel van de studie is gebleken dat – indien onuitgesproken in de fase van beleidsontwikkeling – de politieke en ideologische conflicten zich vooral voordoen tijdens de uitvoering van het beleid, met name als het zorg betreft waarvan patiënten emotioneel en lichamelijk sterk afhankelijk zijn. In die situaties spelen ook de media een belangrijke rol. Het is van belang om in politieke en publieke discussies hierover de retoriek te overstijgen en de discussie met feiten te onderbouwen, zoals bijvoorbeeld met de verslaglegging van de enquête onder private initiatieven is gedaan. De feiten over de omvang van zorgverlening met winstoogmerk, de aard van activiteiten en de mogelijke resultaten ervan blijven nog teveel buiten beeld. Dit levert op de langere termijn grote knelpunten in de uitvoering op.

Garandeer een level playing field

Verzekeraars zijn tot nu toe terughoudend geweest met het contracteren van private klinieken vanwege de extra kosten die ermee gemoeid zijn en de maatschappelijke discussie over tweedeling. Het is wel zo dat de wachtlijsten de druk opvoeren en dat de verzekerde hoe dan ook moet betalen. De verzekeraars willen een goede relatie onderhouden met het zorgaanbod. Het 'voor wat hoort wat' principe is in sterke mate aanwezig. 'Zou je nu ook iets voor mij willen en kunnen doen' is een veel gehoorde zin. Daardoor komt veel tot stand en blijven traditionele relaties dominant. Het roer omgooien door de markt op te gaan en instellingen met winstoogmerk te contracteren, doorkruist deze historisch ontwikkelde relaties. Het is volgens de verzekeraars niet in het belang van de verzekerden om privaat aanbod te contracteren en daarmee de relatie met het bestaande zorgaanbod te frustreren. Traditionele relaties en verbintenissen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn nog zeer sturend en bepalen de marges voor zorgverlening met winstoogmerk.

De traditionele relaties lijken op dit moment te leiden tot meer monopolies en kartels. De aanbieders dekken zich in tegen concurrentie met instellingen met winstoogmerk. Doet de zorgaanbieder voor de ene verzekeraar iets anders dan voor de andere? De verschillen hebben voorsnog vooral betrekking op logistieke zaken en diensten en niet zozeer op de professionele deskundigheden van artsen. Op het vlak van services en diensten kunnen verschillen ontstaan, maar de hechte samenwerking tussen traditionele partners houdt

concurrentie voorlopig buiten de deur. Artsen en ziekenhuizen zijn nog weinig bereid om aparte afspraken te maken met verschillende groepen verzekerden. Zo gelden afgesproken protocollen (bijvoorbeeld CVA) voor alle verzekerden en alle aanbieders. Met andere woorden: men reguleert de competitie vanuit zichzelf en vanuit bestaande tradities (zie ook Putters, 2001).

Wil er draagvlak ontstaan voor winstoogmerk, dan is het van belang eerlijke concurrentie te bevorderen en voordeeltjes in de vorm van 'cherry picking' of machtsuitbreiding door monopolievorming te voorkomen.

Strategieën voor draagvlakverwerving

De aan- of afwezigheid van draagvlak kan op verschillende manieren worden verklaard. Je kunt letten op de normatieve uitgangspunten van het beleid en de verklaring zoeken op het vlak van (botsende) waarden. Je kunt ook kijken naar de wijze waarop het beleid wordt uitgevoerd en volgens welke sturingsparadigma's. Een derde benadering heeft betrekking op de verschijningsvormen van zorgverlening met winstoogmerk en de wijze waarop daar symbolisch en in bijvoorbeeld taalgebruik mee omgegaan wordt. Op elk van deze niveaus kan aan draagvlak worden gewerkt. Hieronder volgen een aantal concrete strategieën, waarvan de eerste drie betrekking hebben op het 'oppervlakteniveau', en de overige op de 'onderstroom' van botsende waarden.

Zoeken naar gepast taalgebruik

De Nederlandse zorg kent een hardnekkige traditie van publiekprivate samenwerking, waarbij solidariteit en toegankelijkheid belangrijke uitgangspunten zijn. Daarmee breken veroorzaakt verwarring en onzekerheid, zo blijkt uit de ontwikkelingen rond de bedrijvenpoli. De terminologie die wordt gebruikt voor profijtelijk zorgverlenen refereert sterk aan de markt, maar de intrinsieke motivatie van velen blijkt nog steeds gebaseerd te zijn op de fundamenten van het Nederlandse zorgstelsel. Ze zijn er niet in de eerste plaats op uit om winst te maken, maar om de zorg doelmatig en klantgericht te verlenen. Taalgebruik speelt een bijzondere rol. Bijvoorbeeld: het gebruik van de term bedrijvenpoli, kenniscentrum of arbeidsgeneeskundig spreekuur maakt een wereld van verschil. De een straalt een snellere behandeling en mogelijke tweedeling uit, de ander deskundigheidsbevordering en professionalisering van het management. Omgaan met

botsende waarden betekent hier zoeken naar gepast taalgebruik.

Resultaatsgericht, maar waarden en normen niet vergeten

We zien dat de gezondheidszorg meer op resultaten let en stuurt. Men is in sterke mate met productiecijfers en de verhouding tussen prijs en kwaliteit bezig is. Het probleem bij de zorg is dat producten niet altijd in kwantificeerbare en kwalificerende zin te evalueren zijn. Er komen vaak zeer subjectieve maatstaven bij kijken. De mogelijkheden voor marktwerking zouden toenemen als de resultaten objectiever zouden kunnen worden beoordeeld (evidence based). Via de ontwikkeling van DBC's wordt getracht hieraan een bijdrage te leveren, maar dat is vooralsnog lastig. Voor het ontwikkelen van draagvlak voor winstoogmerk in de zorg is het cruciaal of de kosten en baten ervan kunnen worden ingeschat en vervolgens met de sector en de maatschappij kunnen worden gecommuniceerd. Daarom zijn ook de maatschappelijke waarden en normen van belang, die niet enkel de resultaten centraal stellen maar ook de gelijke behandeling van patiënten en de rechtvaardige verdeling van middelen.

Acceptatie van variaties in uitkomsten van beleid

Uit deze studie blijkt dat er onderscheid te maken valt tussen zorgsectoren. De zorg is een zeer gedifferentieerd product. Er is niet altijd sprake van levensreddende hulp. De algemene opvatting is dat winst maken niet over de rug van emotioneel en lichamelijk van anderen afhankelijke patiënten kan en mag plaatsvinden. Als het gaat om wonen en arbozorg is hiervan in veel mindere mate sprake dan bij acute ziekenhuiszorg. Met andere woorden, productdifferentiatie is nodig om een meer gefundeerd inzicht te verkrijgen in de mogelijkheden en belemmeringen voor zorg met een winstoogmerk. In het verlengde daarvan is het nodig om ook gedifferentieerd naar draagvlak voor winstoogmerk te kijken.

Benoem leidende principes per deelmarkt

In de trend van economisering lijken doelmatigheid en klantgerichtheid belangrijker dan publieke waarden zoals de toegang tot zorg. De vraag 'centraal of decentraal' wordt bijvoorbeeld vaak ingegeven door de verwachting dat er doelmatiger en bedrijfsmatiger door gewerkt zal worden. Wat zijn de centrale criteria waaraan zorgaanbieders en zorgverzekeraars hun handelen moeten spiegelen? Is dat de klantvriendelijkheid? Doelmatigheid? Kwaliteit? Welke afwegingen maken zij? Dit zijn cruciale vragen. Geredeneerd

vanuit de zorg is de klantvriendelijkheid een omgevingsvariabele (vorm). Het gaat inhoudelijk om iets anders. Het gaat er om dat iedereen de zorg ontvangt die hij of zij behoeft.

Aanbieders met winstoogmerk blijken zich in de ggz veelal te richten op de bemiddelbare en behandelbare patiënten. Zij zijn nauwelijks actief – en de sector acht dit veelal ook ongewenst – als het gaat om de 'zware' en 'slechte' risico's. Productdifferentiatie is noodzakelijk om te bepalen welk principe bij welk type zorg leidend dient te zijn en om ervoor te zorgen dat het publieke belang per zorgdeelmarkt gewaarborgd kan worden.

Management van het dilemma tussen daadkracht en draagvlak

Het lijkt noodzakelijk de overheersende ideeën over waarden te expliciteren en daarover in de samenleving van gedachten te wisselen. Er bestaan verschillende verwachtingen van en ideeën over winstoogmerk in de zorg. Aan de burger dient uitgelegd te worden wat dit voor zorg is, waarom zij nodig is en wat de baten ervan kunnen zijn. Het is de taak van beleidsmakers om de samenhang tussen een en ander duidelijk te maken, zowel om geloofwaardig over te komen, als vanwege de consistentie van beleid en het verduidelijken van de kosten en de baten.

Om draagvlak te bereiken is het zoeken naar overeenstemming tussen betrokken partijen noodzakelijk. Het gaat in het geval van profijtelijk zorgverlenen om de politiek, de overheid, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten, maar ook om werkgevers en anderen. Het probleem is dat vele actoren een belang bij gezondheidszorg hebben en dat daardoor consensus steeds lastiger te bereiken is. Desondanks is het van belang dat tussen de partijen van gedachten wordt gewisseld over de wijze waarop het beleid ontwikkeld en uitgevoerd wordt en moet worden. Dat kan in eerste instantie ten koste gaan van de daadkracht, maar is op langere termijn onontbeerlijk voor draagvlak en acceptatie van het nieuwe beleid. Methoden van 'framing' van percepties en overleg kunnen hier uitkomst bieden, maar ook het juridisch vastleggen van taken en verantwoordelijkheden van elk van de partijen (bijvoorbeeld via contractmanagement) en voorlichting aan burgers.

Normen voor kwaliteit, behoorlijk bestuur en procesverloop

Waar ligt de grenzen van commerciële activiteiten, met name in gevallen waarvan onduidelijk is of zij maatschappelijk en

politiek geaccepteerd zullen worden? Uit de studie wordt duidelijk dat men niet steeds precies weet waar de grenzen van het toelaatbare liggen, maar dat deze wel afgetast worden. De ethische grens is volgens sommigen bereikt als de kerncompetentie van de instelling vanwege het winstoogmerk niet meer vervuld kan worden. Bijvoorbeeld: als men mensen op straat laat liggen en vanwege de ondernemende activiteiten niet meer bereikt. De eigen grens verschuift echter met de ontwikkelingen en ervaringen in de praktijk mee. Maar het feit dat de oorspronkelijke doelgroep van de organisatie niet de dupe mag worden van de ondernemende activiteiten is een belangrijke toetsteen voor het management, aldus de respondenten.

Gezien de gevoeligheid van bijvoorbeeld discussies over tweedeling en de dreiging van ongelijke toegang is het cruciaal dat het handelen van zorgverleners met winstoogmerk aan normen wordt getoetst. Dat schept draagvlak, omdat daarmee aan gebruikers en producenten duidelijk wordt gemaakt wat wel en niet mag en wat wel en niet verwacht kan worden, alsmede wat de gevolgen zullen zijn als men zich niet aan de normen houdt. Daarbij moet men denken aan kwaliteitsnormen, normen voor behoorlijk bestuur en procescriteria. Bijvoorbeeld: normen voor zorgvuldigheid, gelijke behandeling, transparantie, verantwoording en vergelijkbaarheid.

De zorginstelling met winstoogmerk dient zich bewust te zijn van haar dubbelrol: streven naar winst, maar ook naar het publieke belang. Om voor beide rollen draagvlak te behouden is explicitering van beide rollen in normatieve zin noodzakelijk. Vervolgens moeten aan beide rollen normen gehangen worden voor de wijze en het moment waarop bijvoorbeeld samengewerkt dan wel geconcurrereerd dient te worden. In beide situaties dient aan de normen voor kwaliteit en behoorlijk bestuur voldaan te worden. In de uitvoering kunnen procesnormen echter verschillen. Daar kan differentiatie naar de aard van het product plaatsvinden, bijvoorbeeld: concurrentie (en transparantie) in de arbozorg, maar veel nadruk op acceptatieplicht in de curatieve zorg

Ontwikkelen van bijpassende attitudes en managementstijlen

Een ondernemende houding is nodig om als commercieel ondernemer in de zorg te slagen. Een voorbeeld is het initiatief om personeel te zoeken onder asielzoekers. Veel activiteiten vinden in de niches van de markt plaats. Bestaande aanbieders staan onder grote druk en hebben beperkte mogelijkheden om

allerlei nieuwe projecten op te tuigen. Toch blijkt het mogelijk, zoals in Gorinchem, Arnhem en bij Parnassia-Altrect. Een pro-actieve houding naar de verzekeraar en de patiënten is daarbij nodig. Dat kan ook betekenen dat naar eigen inzicht soms anders gehandeld wordt dan de medespelers op de markt verwachten. Dé toetssteen voor de acceptatie hiervan is dat voldaan wordt aan de eerder genoemde inhoudelijke en procesnormen. Het gaat om een stijl van daadkracht, gecombineerd met verantwoording en zoeken naar draagvlak.

Ontwikkelen van een gepaste 'tool kit' met een mix van beleidsinstrumenten

Aan te bevelen valt dat een combinatie wordt gezocht van:

- Het vastleggen van normen voor kwaliteit, behoorlijk bestuur en procesverloop. Dit kan in wetgeving, maar ook in minder formeel vastgelegde gedragscodes van beroepsgroepen zelf of in convenanten die door alle stakeholders worden onderschreven.
- Het bevorderen van voorbeeldleiderschapsmodellen en noodzakelijke attitudes van managers, artsen en verzekeraars.
- Via voorlichting duidelijk communiceren met burgers en veld om aan te geven wat de winsituatie is en wat mogelijke kosten en negatieve gevolgen kunnen zijn. Daarmee dient voorkomen te worden dat op langere termijn bij de uitvoering het draagvlak wegvalt. Verwerven van maatschappelijk draagvlak veronderstelt een actieve, open en communicatieve overheid die het debat met de sector zoekt. Zonder het gebruik van het daartoe geëigende communicatieve instrumentarium neemt het risico toe dat in de uitvoering van beleid het draagvlak ontbreekt en een groot knelpunt in de voortgang wordt.
- Juridisch en financieel verankeren van rechten en plichten van zowel aanbieders, verzekeraars als patiënten en overheden. Hierbij kan gedacht worden aan subsidies, via educatie werken aan noodzakelijke kennisvermeerdering over winsttoegmerk en de gevolgen daarvan voor de zorgverlening, convenanten met private partijen en dergelijke.

Zonder op deze plaats uitgebreid op deze instrumenten in te gaan, daar was deze studie immers niet voor bedoeld, is het van belang te constateren dat een mix van instrumenten noodzakelijk is om draagvlak te verwerven. Een stevige 'draagvlakparagraaf' dient een noodzakelijk onderdeel te zijn

van een beleid dat is gericht op het bevorderen van winstoogmerk in de zorg.

7.5 Afsluiting

- *Economisering bepaalt koers voor langere termijn*

Is het in een geëconomiseerde zorgsector en samenleving nog wel mogelijk behalve economische ook professionele en publieke waarden te hanteren? Moet het? Of moeten we daarmee breken en aan de geprioriteerde eisen van de tijd tegemoet komen en dus economische waarden centraal stellen? Gaat het volgende wel op? Polder, et al.: 'Governance structures have to fit in the particular healthcare system and, more importantly, match the responsibilities of the parties in the field according to the normatieve analysis of the medical practice'. Of moet een geheel andere koers gevaren worden? Zonder antwoord daarop bestaat het risico dat de introductie van winstoogmerk vooral voordelen op korte termijn oplevert maar op langere termijn botst met professionele en maatschappelijke waarden.

- *.....maar er blijft sprake van een publieke context*

Ondanks de economisering van taal en managementprincipes blijven namelijk in de zorg dezelfde waarden een rol spelen die dat al decennia lang doen. Zorg wordt nog steeds uitgevoerd in een publieke context. Daarmee dient rekening gehouden te worden als het winstoogmerk in de zorg meer centraal wordt gesteld. Het gevolg is dat het afleggen van verantwoording en het creëren van draagvlak steeds noodzakelijker worden.

Noten

¹ Zie de Handelingen van de Tweede Kamer van 12 maart 1996 in antwoord op kamervragen van het lid Leerkens, TK 1995-1996, 60-4225.

² In de notitie 'Wachttijden Curatieve Zorg' (TK 1996-1997, 25170, nr 1, p.3) definieert de Minister de volgende begrippen verschillend: wachtlijst, wachttijd en de situatie dat wachten een probleem is. Wachtlijsten an sich zijn niet altijd negatief. Ze kunnen doelmatig gedrag stimuleren, bijvoorbeeld door beter te gaan plannen, of om de prikkel te behouden om werklast goed te verdelen. Wanneer een wachttijd problematisch

wordt voor de gezondheid verschilt per aandoening. Wanneer de maximum wachttijd op een lijst structureel wordt overschreven is er een problematische wachtlijst. Het merendeel van de ziekenhuizen ondernam tot 1997 geen initiatieven voor snellere hulp voor bijvoorbeeld werknemers om de druk op de wachtlijsten te verminderen. Na 1997 neemt dit wel toe, maar niet drastisch.

- 3 De Stichting CAGIN (was een samenwerkingsverband tussen de zorgaanbieders en werkgevers, werknemersorganisaties) exploiteerde en ondersteunde destijds bedrijvenpoli's en arbocentra met als doel snelle adequate hulp voor werknemers te realiseren (STG, 1999: 15-16). CAGIN bestaat inmiddels niet meer.
- 4 Naast de bedrijvenpoli is het Rijnstateziekenhuis ook op andere fronten ondernemend. Ze doet ook aan ketenvorming, er bestaat een holding met andere ziekenhuizen door de grote mate van krapte die bestaat in de budgetten (de stichting CARS met het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis, het Academisch Ziekenhuis Nijmegen en de Sint Maartenskliniek te Nijmegen). Daarnaast zijn er activiteiten op het terrein van opleidingen, begeleiding, medisch inhoudelijk vernieuwing (oncologie, hart en beweging, traumatologie, reumatologie).

Bijlagen

Bijlage 1

Verantwoording

Ten behoeve van deze studie is literatuuronderzoek verricht en zijn een drietal sectoren van de gezondheidszorg empirisch onderzocht. Ten behoeve van het empirisch onderzoek zijn tevens een aantal expertgesprekken gehouden en is gebruik gemaakt van de resultaten van de enquête 'private initiatieven in de zorg', die in het kader van het adviestraject door de RVZ werd uitgezet.

Geconsulteerde deskundigen:

- drs. J.N. van Dartel, Landelijk bureau voor ethiek in de zorg
- mw. mr. W.H. van de Walle-van Veen, secretaris Raad van Bestuur Rijnstate Ziekenhuis te Arnhem
- drs. J.M. Blaas, Stichting Altrecht Geestelijke Gezondheidszorg
- drs. A.L.M. Barendregt, algemeen secretaris College tarieven gezondheidszorg
- drs. H. van Vliet, College tarieven gezondheidszorg
- drs. A.W.L. van Son, Raad van Bestuur CbusineZ Tilburg
- mw. W. de Bruijn, coördinator zorg Agis Zorggroep
- dr. J.J. Polder, Erasmus Universiteit Rotterdam
- prof. dr. J.A.M. Maarse, Universiteit Maastricht

Bijlage 2

Lijst van afkortingen

BKZ	Budgettair kader zorg
BV	Besloten vennootschap
Cagin	Centra voor arbeid en gezondheid in Nederland
CTG	College tarieven gezondheidszorg
CWZ	Centrale wachtlijst zwakzinnigenzorg
DBC's	Diagnosebehandelcombinaties
ggz	geestelijke gezondheidszorg
ICT	Informatie- en communicatietechnologie
MCL	Medisch Centrum Leeuwarden
NMa	Nederlandse Mededingingsautoriteit
NRV	Nationale Raad voor de Volksgezondheid
NTN	Netwerk thuiszorg Nederland
pgb	persoonsgebonden budget
RIAGG	Regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
STG	Stichting toekomstscenario's gezondheidszorg
uvi	uitvoeringsinstelling
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WRR	Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid
ZFW	Ziekenfondswet
ZON	Zorgonderzoek Nederland

Bijlage 3

Literatuur

Arcares en Landelijke Vereniging voor Thuiszorg. Tien voor de zorg. Utrecht: Arcares/LVT, 2001.

Brauw, M. de. De wachtlijst en andere gezondheidszorgen: pamflet. Amsterdam: Van Oorschot, 2001.

Bergs, J.M. De nieuwe generatie senioren. Studiecentrum voor Bedrijf en Overheid, 2001.

Bannenberg, G. en M. Boekholdt. Privacy en flexibele zorg. *Zorgvisie*, 2000, no. 10, p. 26-29.

Bellers, H. Het ongelijk van Hamel. *Zorgvisie*, 2000, no. 10, p. 9.

Brink, J.C. van den en K. Putters. Zakelijkheid bedreigt autonomie: de invloed van economisering op het werk van artsen. *Medisch Contact*, 55, 2000, p. 950-952.

Brock, D.W. en A. Buchanan. Ethical issues in for-profit health care. In: B.H. Gray (red.) *For profit enterprise in health care*. Wahsington: National Academy Press, 1986.

Bruijn, J.A. en E.F. ten Heuvelhof. *Netwerkmanagement: strategieën, instrumenten en normen*. Utrecht: Lemma, 1995.

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

College toezicht sociale verzekeringen (Ctsv). *Op weg naar concurrentie in de uitvoering*. Zoetermeer: Ctsv, 1999.

Commissie Cohen (commissie Markt en Overheid). *Eindrapport werkgroep markt en overheid*. Den Haag: ministerie van Economische Zaken, 1997.

Crommentuyn, R. De zorgsector is één groot kartel. *Medisch Contact*, 54, 1999, no. 47, p. 1620-1622.

College toezicht sociale verzekeringen. In de spreekkamer van de verzekeringarts: een onderzoek naar het verzekerings-geneeskundige deel van de WAO-claimbeoordeling. Zoetermeer: Ctsv, 2000.

Dartel, J.N. van. De wachtende werknemer: voor welke gezondheid kiest de gezondheidszorg? *Beleid en Maatschappij*, 24, 1997, no. 5, p. 221-230.

De Lint, M.W. De juridische toelaatbaarheid van bedrijvenpoli's. *Zorgvisie*, 28, 1998, no. 5, p. 11.

Hermans, B. en W. Brouwer. Bedrijvenpoli's leiden tot tweedeling in de zorg: mythe of realiteit? *Nederlands Juristen Blad*, 73, 1998, no. 25, p. 1095-1101.

Huijsman, R. Koesteren en ketenen: over regionalisering in de ouderenzorg. Utrecht: Elsevier/De Tijdstroom, 1998 (oratie).

Jonge, G. de. Humane benadering verdwijnt bij privatisering gevangenis. Amsterdam: de Volkskrant, 21 augustus 2001.

Jungschleger, I. Verpleeghuiszorg nieuwe stijl: eigen kamer. Amsterdam: De Volkskrant, 12 oktober 2000.

Lako, C.J. en J. Smelik. Maatschappelijk draagvlak voor beleid. *Openbaar bestuur*, 7, 1997, no. 9, p. 27-35.

Landelijk Bureau voor Ethiek in de Zorg. Utrecht: Nieuwsbrief februari 2001.

Loy, N.C.L.M. van, M. IJzerman en C.M. Scholten. *Commercie in de GGZ: een eerste verkenning*. Leiden: s.n., 1999.

Mellema, G.H. en H.C. Blanksma. Robin Hood of tweedeling? *Medisch Contact*, 53, 1998, no. 19, p. 650-652.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Vraag aan bod: hoofdlijnen van vernieuwing van het zorgstelsel*. Den Haag: VWS, 2001.

Montfort, C.J. van. *Bestuur en politiek in beweging*. *Beleid en maatschappij*, 23, 1996, no. 5, p. 264-270.

Montfort, C.J. en A.M. Andeweg. Toetspunten voor hybride organisaties en een toepassing op de terreinen zorg en zekerheid. *Beleidsanalyse*, 27, 1998, no. 1, p. 5-13.

Montfort, A.P.W.P. van. *Zorgverlening: een kwestie van instelling en ondernemen*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam (oratie), 1995.

Morreim, E.H. *Balancing act: the new medical ethics of medicines new economics*. Dordrecht: Kluwer, 1991.

Nationale Raad voor de Volksgezondheid (en het College voor Ziekenhuisvoorzieningen). *Transmurale somatische zorg*. Zoetermeer: NRV, 1995a.

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

Nispen, F.H.K.M. en B.G. Peters. *Policy instruments*. Londen: Edward Elgar, 1997.

NSPH. *Public health is het stelsel: een manifest*. Utrecht: NSPH, 2001.

Okma, G.H. *Studies on Dutch health politics, policies and law: beleid, besluitvorming en wetgeving in de Nederlandse gezondheidszorg in de jaren '80 en '90*. Utrecht: Universiteit Utrecht, 1997.

Oorschot, J.A. van. *Professionele autonomie van de medisch specialist*. Van Gorcum, Assen: Van Gorcum, 1999.

Plomp, H.N. *Ontwikkeling van de tweedelijnsarbodienstverlening: naar geïntegreerde ketens van verzekeraars en zorgaanbieders*. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*, 144, 10 juni 2000, no. 24, p. 1165-1170.

Polder, J.J. *Hernieuwde zorg: de economische doelmatigheid en maatschappelijke bedding van het zorgstelsel*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1996.

Polder, J.J., et al. *Professie of profijt?* Amsterdam: Buijten en Schipperheijn, 1996.

Polder, J.J. et al. Profession, practice and profits: competition in the core of health care systems. *Systems Research and Behavioral Science*, 1997, no. 14, p. 409-421.

Polder, J.J., et al. Tussen beginsel en belang: normatieve gedachten over economie, markt en samenleving. Houten: Den Hertog, 1998.

Polder, J.J. en H. Jochemsen. Professional autonomy in the health care system. *Theoretical Medicine*, 21, 2000, p. 471-491.

Putters, K. Maatschappelijk ondernemen in de zorg. Zoetermeer: RVZ, 1998.

Putters, K. en T.E.D. van der Grinten. Schuivende institutionele verhoudingen in de Nederlandse gezondheidszorg. In: T. Abma en R.J. in 't Veld. *Handboek Beleidswetenschap: perspectieven, thema's, praktijkvoorbeelden*. Meppel: Boom, 2001, p. 111-126.

Putters, K. Het ondernemende ziekenhuis: publieke taakuitoefening nader bezien. Rotterdam: Bestuurskunde, 10, 2001, no. 5, p. 197-207.

Putters, K., 2001. *Geboeid ondernemen: een studie naar het management in de ziekenhuiszorg (proefschrift)*. Assen: Koninklijke Van Gorcum, 2001.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. *Prikkels tot doelmatigheid*. Zoetermeer: RVZ, 1997.

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

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

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg RVZ. *Europa en de gezondheidszorg*. Zoetermeer: RVZ, 1999.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. *Ethiek met beleid*. Zoetermeer: RVZ, 1999.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. *Professionals in de gezondheidszorg*. Zoetermeer: RVZ, 1999.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. De rollen verdeeld.
Zoetermeer: RVZ, 2000.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Tussen care en cure.
Zoetermeer: RVZ, 2000.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Medisch-
specialistische zorg in de toekomst. Zoetermeer: RVZ, 2001.

Schut, F.T. Competition in the Dutch health care system.
1995a. Ridderkerk: Ridderprint, 2001.

Schut, F.T. Health care reform in the Netherlands: balancing
corporatism, etatism and market mechanisms. *Journal of
Health Politics, Policy and Law*, 20, 1995b, no. 3, p. 615-652.

Schut, F.T. Health care systems in transition: The Netherlands.
Part I: health care reforms in the Netherlands: miracle or
mirage? *Journal of Public Health Medicine*, 1996, no. 18, p.
278-284.

Struijs, A. en F. Brinkman. Botsende waarden: ethische en
etnische kwesties in de hulpverlening. Utrecht: NIZW, 1996.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Dossier
Arbeidsgerelateerde zorg, ziekteverzuim. Den Haag: Sdu
Uitgevers, vergaderjaar 1997-2000. No. 22187-89 en 90.

Veld, R.J. in 't. Spelen met vuur: over hybride organisaties.
Den Haag: Vuga, 1995.

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

Vereniging Regionale Verzekeraars. Zorg(e)loos verzekerd:
VZR-marktonderzoek naar wensen en behoeften van
verzekerden op het gebied van zorg, zorgverzekering en
zorgverzekeraars. Utrecht: VRZ, 2001.

Vos, P. Trendanalyse. Zoetermeer: RVZ, 1999.

Zuithof, M. Commercieel pionieren: gezondheidsboulevard in
Hengelo. *Zorgvisie*, 2001, no. 4, p. 36-37.

Bijlage 4

Overzicht publicaties RVZ

De publicaties zijn te bestellen door overmaking van het verschuldigde bedrag op bankrekeningnummer 19.23.24.322 t.n.v. VWS te Den Haag, o.v.v. RVZ en het desbetreffende publicatienummer.

Adviezen en achtergrondstudies

02/04	Professie, profijt en solidariteit (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	EUR	15,00
02/03	Meer markt in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	EUR	15,00
02/02	'Nieuwe aanbieders' onder de loep: een onderzoek naar private initiatieven in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	EUR	15,00
02/01	Winst en gezondheidszorg	EUR	15,00
01/11	Kwaliteit Resultaatanalyse Systeem (achtergrondstudie bij Volksgezondheid en zorg)	EUR	13,61
01/10	Volksgezondheid en zorg	EUR	13,61
01/09	Nieuwe gezondheidsrisico's bij voeding (achtergrondstudie bij Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren)	EUR	13,61
01/08	Verzekeraarbaarheid van nieuwe gezondheidsrisico's (achtergrondstudie bij Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren)	EUR	13,61
01/07	Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren	EUR	13,61
01/05	Technologische innovatie in zorgsector (verkennende studie)	EUR	11,34
01/04E	Healthy without care	EUR	9,08
00/06	Medisch specialistische zorg in de toekomst (advies en dossier)	EUR	19,29
00/05	Himmelhoch jauchzend, zum Tode betrübt (essay)	EUR	6,81
00/04	De rollen verdeeld: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij De rollen verdeeld)	EUR	13,61
00/03	De rollen verdeeld	EUR	13,61
99/26	Care en cure	EUR	11,34
99/25	Over Schotten in care en cure: opvattingen en werkwijzen (achtergrondstudie bij Care en cure)	EUR	11,34
99/23	Gezond zonder zorg: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij Gezond zonder zorg)	EUR	9,08

99/22	Allochtone cliënten en geestelijke gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Interculturalisatie van de gezondheidszorg)	EUR	9,08
99/21	Interculturalisatie van de gezondheidszorg	EUR	11,34
99/20	Gezondheid in al haar facetten (TNO achtergrondstudie bij Gezond zonder zorg)	EUR	9,08
99/19	Gezond zonder zorg	EUR	9,08
99/18	Over e-health en cybermedicine (achtergrondstudie bij Patiënt en Internet)	EUR	15,88
99/17E	The Patiënt and the Internet	EUR	11,34
99/17	Patiënt en Internet	EUR	9,08
99/16	Gender en professionals in de gezondheidszorg: resultaten van een expertmeeting (achtergrondstudie bij Professionals in de gezondheidszorg)	EUR	9,08
99/15	Professionals in de gezondheidszorg	EUR	18,15
99/14	De Nederlandse zorgverzekering in het licht van het recht van de EG (achtergrondstudie bij Europa en de gezondheidszorg)	EUR	11,34
99/13	Het Nederlandse gezondheidszorgstelsel in Europa: een economische verkenning (achtergrondstudie bij Europa en de gezondheidszorg)	EUR	11,34
99/12	The role of the European Union in Healthcare (achtergrondstudie bij Europa en de gezondheidszorg)	EUR	11,34
99/11	Een nieuw drugsbeleid? Voor- en nadelen van de legalisering van drugs	EUR	13,61
99/10	Europa en de gezondheidszorg	EUR	11,34
99/10E	Europe and health care	EUR	13,61
99/09	Ethiek met beleid	EUR	11,34
99/06	Technologische, juridische en ethische aspecten van biotechnologie (achtergrondnota bij Octrooiering biotechnologie)	EUR	11,34
99/05	Octrooiering biotechnologie	EUR	13,61
99/04	Koppelings- en sturingsmechanisme: vergelijkende ectorstudie (achtergrondstudie bij Verslavingszorg herijkt)	EUR	11,34
99/03	Dossier verslaving en verslavingszorg (achtergrondstudie bij Verslavingszorg herijkt)	EUR	11,34
99/02	Verslavingszorg herijkt	EUR	11,34
98/10	Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Samenwerken aan openbare gezondheidszorg)	EUR	11,34
98/09	Samenwerken aan openbare gezondheidszorg	EUR	11,34
98/08	Zelftests	EUR	11,34

98/07	Maatschappelijk ondernemen in de zorg (achtergrondnota bij Tussen markt en overheid)	EUR	11,34
98/06	Tussen markt en overheid	EUR	9,08
98/05	Transmurale zorg: redesign van het zorgproces (achtergrondstudie bij Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief)	EUR	9,08
98/04	Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief	EUR	11,34
98/01	Naar een meer vraaggerichte zorg	EUR	13,61
97/20	Besturen in overleg	EUR	13,61
97/19	Verzekeraars op de zorgmarkt	EUR	9,08
97/18	Stimulering doelmatig gedrag (achtergrondnota bij Prikkels tot doelmatigheid)	EUR	9,08
97/17	Prikkels tot doelmatigheid	EUR	9,08
97/16	De ggz als vuilharmonisch orkest (essay)	EUR	4,54
97/15	Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelenvoorziening (achtergrondstudie bij Farmaceutische zorg)	EUR	11,34
97/14	Farmaceutische zorg (door arts en apotheker)	EUR	11,34
97/13	Geestelijke gezondheidszorg in de 21e eeuw (achtergrondstudies)	EUR	18,15
97/12	Met zorg wonen, deel 2: Naar een nieuwe samenhang tussen gezondheidszorg, dienstverlening en huisvesting	EUR	18,15
97/11	Geestelijke gezondheidszorg in de 21e eeuw	EUR	9,08
97/10	Medische hulpmiddelen	EUR	13,61
97/09	De toekomst van de AWBZ	EUR	13,61
97/07	Beter (z)onder dwang (achtergrondstudie)	EUR	9,08
97/06	Beter (z)onder dwang	EUR	11,34
97/05	Met zorg wonen, deel 1: De relatie tussen gezondheidszorg, dienstverlening en huisvesting	EUR	11,34
97/04	Internationale dimensie volksgezondheidsbeleid	EUR	11,34
97/03	Waardebepaling geneesmiddelen als beleidsinstrument	EUR	11,34
96/13	Thuis in de ggz (achtergrondstudie)	EUR	11,34
96/12	Thuis in de ggz	EUR	13,61
96/11	Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming	EUR	11,34
96/10	Strategische beleidsvragen zorgsector	EUR	6,81
96/09	Informatietechnologie in de zorg	EUR	13,61
96/08	Stand van zaken: preventie en ouderen (achtergrondstudie)	EUR	11,34
96/07	Preventie en ouderen	EUR	11,34
96/06	Fysiotherapie en oefentherapie	EUR	9,08
96/05	Herverdeling onbetaalde zorgarbeid	EUR	6,81
96/04	Sociale zekerheid en zorg	EUR	9,08
96/03	Persoonlijke levenssfeer: privacy in verpleeghuizen	EUR	9,08

96/02	Planning en bouw in België en Duitsland	EUR	6,81
96/01	Programmatistische jeugdzorg	EUR	9,08

Bijzondere publicaties

01M/01E	E-health in the United States	EUR	11,34
01M/01	E-health in de Verenigde Staten	EUR	9,08
01/03	Publieksversie Verzekerd van zorg	EUR	6,81
01/02	De RVZ over het zorgstelsel	EUR	9,08
01/01	Management van beleidsadvies	EUR	11,34
99/24	Evaluatie en actie		gratis
99/08	De trend, de traditie en de turbulentie		gratis
99M/01	Van Biotech Bay en Biotech Beach tot Genetown	EUR	13,61
95/WZV	Een nieuw accommodatiebeleid voor de zorgsector: advies over de herziening van de Wet ziekenhuisvoorzieningen	EUR	6,81
- -	Volksgezondheid met beleid		gratis
	Advies Zorgarbeid in de toekomst (ISBN 90-399-1535-0)	EUR	17,92
	Achtergrondstudie Zorgarbeid in de toekomst (ISBN 90-399-1536-9)	EUR	17,92
De publicaties Zorgarbeid in de toekomst zijn te bestellen bij: SDU-uitgevers, Servicecentrum/Verkoop Postbus 200014, 2500 EA Den Haag Telefoonnummer: 070 378 98 80, fax: 070 378 97 83			

Werkprogramma's

00/02	Werkprogramma RVZ 2001 – 2002		gratis
99/07	Werkprogramma RVZ 2000		gratis
98/03	Werkprogramma RVZ 1999		gratis
97/08	Adviesprogramma RVZ 1998		gratis
97/01	Adviesprogramma RVZ 1997		gratis

Jaarverslagen

01/06	Jaarverslag 2000 RVZ		gratis
00/01	Jaarverslag 1999 RVZ		gratis
99/01	Jaarverslag 1998 RVZ		gratis
98/02	Jaarverslag 1997 RVZ		gratis
97/02	Jaarverslag 1996 RVZ		gratis

Magazines

98M/01	Magazine bij het advies Met Zorg wonen, deel 2	EUR	1,59
98M/02	Magazine bij het advies Geestelijke Gezondheidszorg	EUR	1,59

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Postbus 7100
2701 AC Zoetermeer
Tel 079 368 73 11
Fax 079 362 14 87
E-mail mail@rvz.net
URL www.rvz.net

Colofon

Ontwerp: 2D3D, Den Haag
Fotografie: Eric de Vries
Druk: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg,
Zoetermeer;
De Longte Dordrecht, omslag
Uitgave: 2002
ISBN: 90-5732-094-0

U kunt deze publicatie bestellen door overmaking van EUR 15,00 op bankrekeningnummer 19 23 24 322 ten name van VWS te Den Haag onder vermelding van RVZ en publicatienummer 02/04.

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg