

Ondernemerschap een bedreiging voor Vermaatschappelijking?



Ilse Nugter (291048)

Afstudeerbegeleider: Dr. Antoinette de Bont

Meelezer: Dr. Kor Grit

Rotterdam, Instituut Beleid en Management in de Gezondheidszorg (iBMG)

Juni 2006

Voorwoord

Voor u ligt de Masterscriptie van het instituut Beleid en Management in de Gezondheidszorg. In december 2005 is een start gemaakt met het onderzoek. Vele ervaringen en leermomenten rijker is deze scriptie juni 2006 afgerond.

Binnen het grotere onderzoek: “Zorgaanbieders en de ethische aspecten van marktwerking”, mocht ik binnen dit onderzoek een eigen deelonderzoek uitvoeren. Hierdoor heb ik kennis gemaakt met de opdrachtgever, deelgenomen als participant bij cliëntenraden, ondernemingsraden en vergaderingen bijgewoond. Daarnaast heb ik naast de economische blik, mijn blikveld op de zorg en marktwerking verruimd door andere aspecten, zoals de ethische kant.

Het was leuk en leerzaam om deelgenoot te zijn van een groter onderzoek. De onderzoekers stonden mij en mijn student-collega te hulp bij het vragen beantwoorden, feedback geven en betrokkenheid te tonen voor ons als team.

Ik wil daarom ook Antoinette de Bont en Kor Grit bedanken voor hun bijdrage aan de uiteindelijke totstandkoming van deze scriptie. Ik kan oprecht zegen dat ik gedurende het schrijfproces en de dataverzameling geleerd heb kritisch naar mijn eigen schrijftechniek te kijken, schrijftechnische verbeteringen aan te brengen en dat ik beter gebruik heb leren maken van de literatuur. Tevens heb ik geleerd hoe kritisch te reflecteren en deze vervolgens in te passen binnen een (theoretisch) kader.

Daarnaast wil ik medestudent Job Zwaal bedanken voor zijn steun en feedback tijdens het onderzoek en het maken van deze scriptie.

Ilse Nugter

juni 2006

Samenvatting

De overheid heeft sinds enkele jaren het begrip ‘Marktwerking’ en daarmee ondernemerschap in de zorg geïntroduceerd. Doelen van marktwerking en ondernemerschap zijn kostenbeheersing en verbetering van de kwaliteit van zorg. Ondernemerschap wordt in de zorg vanuit bedrijfskundig perspectief benadert namelijk: creativiteit, risico’s nemen, innovatief zijn, gepaard gaande met doelmatig en kosteneffectief opereren. Daar tegenover staat dat de gezondheidszorg maatschappelijke waarden met zich meebrengt. Het waarborgen en uitvoeren van publieke taken als zorgen voor een toegankelijk en een breed aanbod van zorg. Sommige personen, organisaties of instituten uiten bezwaren tegen ondernemerschap, omdat deze vermaatschappelijking zouden ondermijnen. Anderen zien ondernemerschap in combinatie met vermaatschappelijking. Vermaatschappelijking betekent participatie en integratie van mensen met beperkingen in de samenleving.

Vanuit de literatuur blijkt dat er nog weinig empirisch onderzoek naar ondernemerschap in de zorg is gedaan. Centraal in dit onderzoek staat dan ook de vraag: Welke opvattingen en mogelijkheden hebben bestuurders, operationele managers en professionals binnen ondernemerschap in de verpleeg- en verzorgingshuissector, geestelijke en gehandicaptenzorg in relatie met vermaatschappelijking om bij te dragen aan een passende zorgmarkt? Dit onderzoek participeert mee in een groter onderzoek met als opdrachtgever de Open Ankh, een samenwerkingsverband waar de drie typen sectoren onder vallen. Door middel van kwalitatief onderzoek wordt onderzocht wat respondenten over praktische activiteiten van het ideaal ondernemerschap en het ideaal vermaatschappelijking zeggen en welke vocabulaires (economische, politiek of professioneel medisch) zij gebruiken. Deze vocabulaires zijn bepalend voor het begrip tussen verschillende waarden van de twee idealen. Naast beschrijving van deze twee idealen, kunnen de twee begrippen ook in een ander perspectief worden gezet namelijk in die van de ‘logica van het kiezen’ en de ‘logica van het zorgen’.

Met ondernemerschap gaan zorgaanbieders zorgpakketten/arrangementen aanbieden. Daarnaast nemen zij als maatschappelijk ondernemer een andere positie op de markt in. Het nieuwe zorgpakket gaat basiszorg en luxe zorg bevatten. Basiszorg gedefinieerd aan de hand van de wet en luxe zorg als commercieel product. Welzijnszorg verdwijnt daarmee uit het basispakket, die alleen nog medische zorg bevat. Voor professionals is welzijnszorg een belangrijke motivatie om in de zorg te gaan werken. De grens tussen welzijn of liefdadigheid is vaag en ongrijpbaar, medische zorg daarentegen niet. De invoering van luxe zorg zorgt voor herinrichting van pakketten en welzijnszorg verschuift naar het luxe pakket daarmee wordt luxe zorg alleen beschikbaar voor degenen die het kunnen betalen.

Als (maatschappelijk) ondernemer zijn instellingen bewuster van kosten en budgetten. Kosten worden nu per individu toegerekend. Er ontstaat beter inzicht in de kosten, waardoor instellingen strenger gaan beoordelen op financieel aantrekkelijke of onaantrekkelijke nieuwe klanten. Oude klanten krijgen ook al zijn ze te duur, alle zorg en ondersteuning die noodzakelijk is. De instellingen voelen intern een maatschappelijke verantwoordelijkheid en extern niet (meer).

Met het de invoering van het (ideaal) van ondernemerschap, komt het ideaal van vermaatschappelijking onder druk te staan. De economische vocabulaires horend bij ondernemerschap domineren boven de politieke of professioneel medische vocabulaires waarmee vermaatschappelijking wordt aangeduid. Ondernemerschap past in de ‘logica van het kiezen’ tegenover de ‘logica van het zorgen’ passend bij vermaatschappelijking. De ‘logica van het kiezen’ is van toepassing op de zorgmarkt, omdat aan het ideaal van ondernemerschap de voorkeur wordt gegeven. Met marktwerking is ondernemerschap

waarschijnlijk effectiever dan vermaatschappelijking voor de organisatie, omdat ondernemerschap wordt beloond in termen van geldelijke vergoedingen en vermaatschappelijking niet in geldelijke of andersoortige vergoedingen.

Summary

The Dutch Government has, since a few years, introduced 'demand driven care' in public health care, together with commercial privatisation and entrepreneurship. Purposes of marketing an entrepreneurship are cost reduction and improving the quality of health care. Entrepreneurship in health care is approached in a business perspective namely: creativeness, taking risks, innovativeness and cost-effective and efficient operations. A condition is securing of social values within the public health care, responding to public tasks and offering a wide, approachable service to the public health care. Some people, organisations, and institutions have reservations to entrepreneurship, because it would undermine community care. Others see possibilities in a combination of entrepreneurship and community care. Community care means participation and integration of handicapped people in the society.

From available literature it is evident that little empirical research has been carried out to the entrepreneurship in public health care. Central question in this research is : Which conceptions en possibilities have future directors, operational managers and professionals to contribute to a healthy care market in nursing-homes and in mental and handicapped care ? The above study is a part of a bigger research, conducted on behalf of the Open Ankh, a collaboration of the three types of public care sectors, as earlier mentioned. By means of quality research, ideas, views and vocabularies (economical, political or medical-professional) used by participants in achieving an ideal public health care, through commercial privatisation or community care, are being studied. The vocabularies used are important for the understanding of different values of the two ideals. Next to the description of these two ideals, these notions can be put in another perspective namely 'logic of choice' and 'logic of care'.

With entrepreneurship, health care providers are going to offer health care arrangements to the public. In addition to this as a commercial enterprise they will hold another position in the health market. The new health care package will contain basic care en luxurious care. Basic care is defined by law and luxurious care is defined as a commercial product. Welfare care disappears with that to the basic package, which only contains medical care. For professionals welfare care is an important motivation to work in the care. The border between welfare and charity is vague and not defined, medical care is well defined. The introduction of luxurious care requires redefining of health care packages and causes welfare to be moved to the luxurious care package, only available for those who afford to pay for it. As (social) entrepreneur, institutions are more conscious of costs and budgets. Cost are counted to the individual. This results in a better cost control, allowing institutions to select 'new' customers on their financial attractiveness 'Old' customers get even though they are to expensive, will receive all care and relief they require. Institutions are feeling internal a social responsibility en external not anymore.

With introduction of the (ideal) of entrepreneurship, community care will be become less important. Economical vocabularies belonging to entrepreneurship are dominating above political en medical professional vocabularies, in which community care is described. The 'logic of choice' fits in entrepreneurship whilst the 'logic of care' matches with community care. The 'logic of choice' is applicable for the health care market, because the ideal of entrepreneurship is preferred. With 'demand driven care', entrepreneurship is probably more effective for an organisation than community care. This because entrepreneurship is rewarded in terms of money, community care not in terms of money or other rewarding.

1. Inleiding	8
1.1 Thema en aanleiding	8
1.1.1 Relevantie.....	10
1.1.2 Doelstelling	10
1.2 Theoretisch kader	11
1.2.1 Ondernemerschap.....	12
1.2.2 Vermaatschappelijking.....	13
1.3 Probleemstelling.....	15
1.4 Leeswijzer	16
2 Achtergrondschemen	17
2.1 Internationaal.....	17
2.2 Nationaal	18
2.3 Sectoroverstijgende informatie bij de V&V, GZ en GGZ.....	20
2.4 V&V sector	21
2.5 GZ sector.....	22
2.6 GGZ sector	23
2.7 De verschillende sectoren binnen marktwerking	24
3 Methoden	26
3.1 Soort onderzoek.....	26
3.1.2 kwalitatief onderzoek	26
3.2 Onderzoeks (setting)	27
3.3 Onderzoekspopulatie.....	27
3.4 Dataverzameling.....	27
3.4.1 Interviews	27
3.4.2 Verwerking interviews	28
3.5 Data-analyse	28
3.6 Validiteit en Betrouwbaarheid	28
4 Zorgpakketten/ arrangementen	30
4.1 Huidige Situatie.....	30
4.1.1 'Plus' pakketten.....	30
4.1.2 Eigen bijdragen	31
4.2 Wat je ook kiest, het is triest	32
4.2.1 Zorgdomein of vrije markt	32
4.3 Goede zorg	34
4.3.1 Medische zorg en Welzijnszorg	34
4.3.2 (Professionele) betrokkenheid.....	35
4.4 Speelruimte.....	37
5 Maatschappelijk Ondernemen	40
5.1 Huidige Situatie.....	40
5.1.1 Kortdurende (ambulante) en 24-uurs zorg	40
5.1.2 Aantrekkelijk en Onaantrekkelijk	41
5.2 klantdefiniëring	43
5.2.1 Kortdurend of levenslang	43
5.2.2 Publiek of privaat	44
5.2.3 Nieuwe en Oude klanten	45
5.3 Speelruimte.....	46

6	Discussie en conclusie	48
6.1	Ondernemerschap versus vermaatschappelijking	48
6.2	Vermaatschappelijking niet meer voor iedereen	48
6.3	Gebrek aan ondernemerschap	49
6.4	Aanbevelingen.....	50
	Literatuurlijst	52

1. Inleiding

In paragraaf 1.1 wordt het thema en aanleiding van het onderzoek geïntroduceerd. Vervolgens wordt in de daaropvolgende paragrafen uiteengezet wat de motivatie voor dit thema is en wat de relevantie van het onderwerp is en vervolgens wat de doelstelling van dit onderzoek is. In paragraaf 1.2 wordt het theoretisch kader uiteengezet met de verschillende betekenissen, terminologie en vocabulaires van ondernemerschap en vermaatschappelijking. Na dit theoretische kader wordt in paragraaf 1.3 de probleemstelling kenbaar gemaakt. Het hoofdstuk eindigt in paragraaf 1.4 met een leeswijzer waarin een kort overzicht van de hoofdstukken volgt.

1.1 *Thema en aanleiding*

Sinds enkele jaren is door de overheid het begrip ‘Marktwerking in de zorg’ geïntroduceerd. De term ‘ondernemerschap’ wordt gezien als een van de onderdelen waar marktwerking uit bestaat. Sommige personen, organisaties of instituten uiten bezwaren tegen ondernemerschap, omdat deze vermaatschappelijking zou ondermijnen. Anderen zien ondernemerschap in combinatie met vermaatschappelijking. Met de introductie van marktwerking blijkt dat door wet- en regelgeving en beleidsmaatregelen van overheidsinstellingen ondernemerschap en marktwerking gepromoot worden met als doel kosteneffectief en doelmatig opereren en de kwaliteit van zorg te verbeteren. Er moet zo bedrijfsmatig mogelijk gehandeld worden, waarbij instellingen meer (financiële) verantwoordelijkheden krijgen. Tegenover het (economisch) bedrijfskundig perspectief heeft vermaatschappelijking een sociaal maatschappelijk karakter; integratie van mensen in de maatschappij. Deze ‘idealen’ kunnen botsen. Door de komst van ondernemers kunnen de kosten van de zorg stijgen, gebaseerd op prijsregulering door aanbod en schaarste. Een toename van kosten van de gezondheidszorg kan als een maatschappelijk probleem worden beschouwd (Van Harten & Schuring 2003). Met marktwerking en ondernemerschap worden kosten steeds meer in de richting van patiënten geduwd. Voor wat vroeger gratis of bijna gratis was, moet tegenwoordig worden betaald. Hierdoor ontstaat de situatie dat de zorg minder toegankelijk wordt. Bovendien zijn chronische patiënten, zoals bijvoorbeeld in de GGZ (geestelijke gezondheidszorg) een vergeten groep die slecht voor zichzelf kunnen opkomen (Carbo 2000). Pierre Quaedvlieg (bestuurder van esdégé-Reigersdaal) geeft als belangrijkste bedreiging dat vermaatschappelijking door beleidsmakers wordt gezien als een instrument voor kostenreductie (Poel 2005). Het Sociaal en Cultureel Planbureau stelde vast dat marktwerking de vermaatschappelijking belemmert. Partijen die zouden moeten samenwerken om een breed aanbod van zorg en goede dienstverlening te bewerkstelligen, gaan juist de concurrentie met elkaar aan (Kiers 2005). Instellingen willen klanten binnenhalen die financieel zeer aantrekkelijk zijn. Liever geen verslaafden, want deze mensen bezorgen overlast voor de maatschappij en zijn financieel niet interessant. Uit deze voorbeelden kan de conclusie getrokken worden dat er sinds de introductie van marktwerking een strijd gevoerd wordt tussen het vinden van een evenwicht tussen ondernemerschap en vermaatschappelijking. Ondernemerschap wordt door verscheidene zorgaanbieders beschreven vanuit bedrijfskundige principes zoals: creatief zijn, risico’s nemen, innovatief zijn, dit allen gepaard gaande met doelmatig en kosteneffectief opereren. Omdat

vermaatschappelijking een sociaal karakter heeft kan maatschappelijke integratie van mensen met beperkingen in het geding komen.

Waarom is verder onderzoek naar deze items noodzakelijk? In verdere studies worden problemen met de combinatie ondernemerschap en vermaatschappelijking erkent (Van Harten & Schuring 2003, RVZ 2000). Het blijkt echter dat deze studies alleen de theoretische karakteristieken bestuderen van de termen ondernemerschap en vermaatschappelijking. De (praktische) effecten van deze twee aspecten zijn moeilijk te voorspellen door erover te theoretiseren, omdat het onduidelijk is welke posities, bestuurders, managers en professionals in dit geheel innemen (Pols 2004). Doordat er veel onduidelijkheid heerst over de effecten van ondernemerschap en vermaatschappelijking zal dit onderzoek kwalitatief van aard zijn.

In studies naar ondernemerschap vanuit de klassieke literatuur wordt de ondernemer in een economisch perspectief geplaatst (Schumpeter, Marshall, Knight). Ondernemen wordt in verband gebracht met de markt; het streven naar winstmaximalisatie door een op creatieve, innovatieve en risicovolle manier in te spelen op de behoeften van de markt. Sectoren die uitgaan van universele dienstverlening en het publieke belang zijn relatief nieuw. Maar enkele studies hebben de link gelegd tussen de zorgsector en ondernemerschap (Van Harten & Schuring 2003, Putters 2001, Van der Grinten 2004). Evenals ondernemerschap heeft vermaatschappelijking een lange traditie. Een belangrijk deel van de veranderingprocessen in de Nederlandse gezondheidszorg om vermaatschappelijking tot stand te brengen zijn al geruime tijd geleden in gang gezet. Zo werd in de jaren tachtig van de vorige eeuw begonnen met de zogenoemde extramuralisering. Het daarvoor te ontwikkelen zorgbeleid en voorzieningenaanbod zijn terug te vinden in diverse nota's van de overheid (tk 2001/2002; tk 2002/2003a). Ook in het wetenschappelijke debat (Van Vliet en Plemper 2002; Kal 2002; rmo 2001; ctvvg 2002; rvz 2002) zijn diverse adviezen terug te vinden die mensen met beperkingen in staat stellen aan de samenleving deel te nemen.

In het bedrijfsleven zijn talloze studies naar de aspecten van ondernemerschap verricht (Groen 1994, 200, Minnor 1994, Schumpeter 1934, Timmons 1987). De zorgsector is volop in beweging, maar meer ondernemend gedrag in de zorg is gewenst. De studie van van der Zeijden (2000) is verricht op basis van bestaand materiaal. Inzichten en studies zijn vertaald naar diverse aspecten van het ondernemen. Volgens van der Zeijden (2000) is meer empirisch materiaal nodig om het ondernemend gedrag van zorgorganisaties in beeld te krijgen. Hij stipt aan dat er meer onderzoek naar de rol de overheid en zorgverzekeraars verricht moet worden. De rol van de overheid als 'actieve marktmeester', die binnen de randvoorwaarden zorgt dat zorgaanbieders geprikkeld worden meer invulling aan ondernemerschap te geven (Van Mierlo 2004, Van der Grinten & Vos 2004). Op wat de rol van verzekeraars is, wordt nu niet verder ingegaan. Opvallend is dat in de verschillende genoemde en diverse andere literatuur de stem van de zorgvrager nauwelijks in beeld is gekomen. In de studies worden nauwelijks voorbeelden gebruikt of vergelijkingen met andere non-profit organisaties.

Zoals eerder genoemd is de term vermaatschappelijking niet alleen een term van deze tijd. Twintig jaar geleden werd onder het kopje 'vermaatschappelijking', extramuralisering bedoeld. Al twintig jaar geeft de overheid inhoud aan de term vermaatschappelijking in diverse beleidsnota's gebaseerd vanuit dezelfde uitgangspunten als nu worden gebruikt (tk 1983/1984, tk 1992/1993, tk 1994/1995a, tk 1994/1995b), gebaseerd op veronderstellingen in een redeneerketen. Er blijken twijfels te zijn bij de aannames waarop de redeneerketen is gebaseerd, omdat de voorwaarden voor realisatie van vermaatschappelijking in de praktijk niet vervuld worden. Toch blijft de redeneerketen het voorzieningenaanbod en het beleid van de overheid bepalen (Kwekkeboom 2005). Het blijkt dat van betrokkenheid van zorgvragers of organisaties bij ontwikkeling van beleid en het voorzieningenaanbod nauwelijks sprake te zijn (Kemps 2003, Kwekkeboom 1997, Kwekkeboom 2001, Kwekkeboom 2005, Van der Pennen et al. 1995).

1.1.1 Relevantie

Gegeven het feit dat er nog weinig empirisch onderzoek naar ondernemen in de zorg is gedaan, wil deze studie zich daarop richten. Deze richt zich op ondernemerschap in de zorg, vanuit het perspectief van zorgaanbieders, waarbij de rollen van bestuurders, managers en professionals belicht worden. Tegelijkertijd wordt gekeken hoe er inhoud wordt gegeven aan vermaatschappelijking door zorgaanbieders. Dit onderzoek is interessant voor bestuurders, managers en professionals van zorginstellingen, omdat praktische uitwerkingen van ondernemerschap en vermaatschappelijking in kaart worden gebracht. Wat is de situatie, wat zijn dilemma's en welke speelruimten hebben de diverse betrokkenen? Het doel is om bestuurders, managers en professionals inzicht in hun handelen en inzicht in de achterliggende motieven van hun handelen te geven.

1.1.2 Doelstelling

In het voorgaande is uiteengezet dat ondernemerschap een onderdeel van marktwerking is. De overheid voert al jaren beleid op vermaatschappelijking. De mogelijkheid tot een volledige of gedeeltelijke volledige deelname aan de samenleving moet niet in het gedrang komen door marktwerking. Dit vraagt een maatschappelijke verantwoordelijkheid van zorginstellingen. Tegelijkertijd krijgen instellingen meer financiële verantwoordelijkheden en moeten zij zich ondernemend opstellen.

Het doel van deze case studie is te ontdekken welke empirische voorbeelden van ondernemerschap en vermaatschappelijking bestuurders, managers en professionals binnen een zorginstelling naar voren brengen en hoe zij vorm geven aan een passende zorgmarkt. Dat wil zeggen:

- Het beschrijven en inzicht bieden van de context van de zorgsector gericht op de sectoren V&V, GGZ en GZ;
- Het beschrijven en inzicht bieden wat ondernemerschap en vermaatschappelijking inhoudt voor zorgaanbieders.

Er is gekozen voor zorgorganisaties die aangesloten zijn bij de Open Ankh. De Open Ankh is een samenwerkingsverband waaronder instellingen voor verpleeg- en verzorgingshuissector, geestelijke en gehandicaptenzorg vallen. Door de keuze van deze organisatie participeert de onderzoeker mee in een bestaande onderzoeksopdracht.

1.2 Theoretisch kader

Het doel van empirische analyse is om de praktijk te beïnvloeden door noties van ondernemerschap geschikt te maken voor reflectie. Onderzoek van ‘idealen die gedaan worden’, leidt tot inzichten in wat ondernemerschap kan betekenen, hoe de verschillende idealen van ondernemerschap zich tot elkaar verhouden en op welke manier ondernemerschap voor veranderingen en vernieuwingen vatbaar is. Met behulp van een empirische analyse is het mogelijk om te articuleren hoe de idealen van ondernemerschap ingebed zijn in dagelijkse praktijken. Het articuleren van idealen brengt manieren aan het licht om na te denken over zorgpraktijken. De beschrijving van de praktische activiteiten van ondernemerschap en de ethische uitgangspunten vindt plaats vanuit de optiek van de zorgaanbieder. Praktische activiteiten kunnen verbonden worden aan wat participanten daar zelf over zeggen (Pols 2004). Welke vocabulaires gebruiken zij? Het belang van de aard van deze vocabulaires ligt vooral in de oorsprong van de gebruikte vocabulaires. Is de oorsprong voornamelijk een economische (winst, verlies, markt), een politieke (sociaal of liberaal) of eerder een professioneel medische (kwaliteit van zorg) (Grit 2002, Mol 2004). Begrip van de oorsprong van de vocabulaires is vervolgens medebepalend voor het begrip van de aangegeven dilemma’s tussen de verschillende waarden en idealen van ondernemerschap (Vliet van 2004, Noordegraaf 2004, Grit 2002). Dit begrip is op haar beurt weer van belang voor het verder ontwikkelen van ondernemerschap en ethiek vanuit het perspectief van de zorgaanbieder. In de volgende alinea zal worden uiteengezet welke activiteiten en idealen ten grondslag liggen aan ondernemerschap en vervolgens wordt de keuze voor het tweede ideaal verduidelijkt.

De gezondheidszorg is van oudsher een non-profit sector. Non-profit met als taak het uitvoeren van publieke/maatschappelijke taken als de toegankelijkheid tot de zorg waarborgen en de positie van de klant (een goed geïnformeerde, welkiezende klant) in acht nemen. Bedrijfskundige principes voor de zorgmarkt gaan niet op vanwege de uitvoering van de publieke taak. Ondernemerschap is creatief en innovatief zijn. Binnen de zorg wordt er door de overheid de laatste jaren veel waarde gehecht aan transparantie. Door een grote transparantie kan de creativiteit en innovatie echter verloren gaan. Prestatieniveaus van de eigen organisatie worden met die van de concurrent vergeleken, benchmarking genaamd, zodat gedeeltelijk inzichtelijk wordt gemaakt hoe organisaties functioneren en wat zij doen om innovatief en creatief te zijn. Dit inzicht bestaat niet alleen voor cliënten, maar ook voor concurrenten. Bovendien blijkt het speelveld waarbinnen ondernemerschap vorm krijgt niet in alle sectoren even groot te zijn. Naast ondernemerschap is het mogelijk andere idealen te articuleren. De keuze valt op het ideaal van vermaatschappelijking, omdat vermaatschappelijking van oudsher een belangrijk begrip voor de uitvoering van de publieke taak is. Wijzend naar het gedachtegoed achter de ‘zorgzame samenleving’, zoals dit eind jaren tachtig van de vorige eeuw werd gepropageerd (Balkenende 1987). Niet alleen extramuralisering, een passend aanbod buiten de instituten te creëren, omdat dit niet voldoende was voor maatschappelijke integratie. Vermaatschappelijking bevat een breder gebied. De kern van vermaatschappelijking is tot een gezamenlijk aanbod van samenhangende en integrale voorzieningen te komen, waarvan iedereen, ongeacht aard en oorzaak van de beperking gebruik van kan maken.

Vanuit de literatuur, genoemd in de inleiding en uitwerking van activiteiten in de bovenstaande paragraaf, blijkt dat de activiteit van het ideaal van ondernemerschap in conflict kan raken met de activiteit van het ideaal van vermaatschappelijking wanneer activiteiten van het ideaal ondernemerschap belangrijker zijn. De activiteit van het minder belangrijke ideaal vermaatschappelijking wordt als negatief ervaren of kan zelfs onzichtbaar worden. Sociale en pragmatische vormen van subjectiviteit worden hierdoor naar voren gebracht. Ze wijzen op andere idealen van ondernemerschap. Het ideaal van ondernemerschap botst met het ideaal van vermaatschappelijking, maar het ideaal van vermaatschappelijking wordt niet verdreven. Het ondersteunen van vermaatschappelijking bestaat nog steeds als vorm van goed ondernemerschap (Pols 2004). Maar wat zijn idealen van goede zorg? Welk ideaal staat nu op de voorgrond? Het ideaal van ondernemerschap of vermaatschappelijking? Moeten wij vermaatschappelijking nastreven, omdat dat past binnen de huidige samenleving? Is de term vermaatschappelijking gebaseerd op verkeerde aannames of juist ondernemerschap? Ondernemerschap is bedrijfskundig, gericht op winst, kostenreducerend. Ondanks het gegeven in de literatuur dat deze idealen blijken te conflicteren, is vraag hoe deze idealen van ondernemerschap en vermaatschappelijking zich in de dagelijkse praktijk verhouden.

Om te komen tot een beschrijving van ondernemerschap en vermaatschappelijking is het belangrijk deze begrippen nader uit te werken. Bij deze uitwerking wordt ingegaan op de bijbehorende terminologie en het achtergrondkader. Deze terminologie wordt verduidelijkt aan de hand van de eerder genoemde vocabulaires. In de laatste paragraaf worden ondernemerschap en vermaatschappelijking geplaatst in het perspectief van de 'logica van het kiezen' en de 'logica van het zorgen'.

1.2.1 Ondernemerschap

Ondernemers in de zorg

In de bedrijfskundige literatuur zijn veel definities van ondernemerschap te vinden. Enkele (bekende) definities worden hier toegelicht. Gartner (1985), Low & Mc Millan (1998) typeren ondernemerschap als 'het creëren van een nieuw bedrijf'. Deze definitie richt zich met name op het aggregatieniveau van de onderneming. Het ondernemen binnen een bestaande onderneming (intrapreneurship) valt buiten het bestek van deze definitie. Een van de bekendste is die van Joseph Schumpeter (1934). 'Ondernemerschap is het uitvoeren van nieuwe combinaties van producten, processen, organisatie en markten'. Schumpeter baseert ondernemerschap met name op innovatie, het maken van nieuwe combinaties. De gebruikte woorden binnen deze definities als markten, nieuwe combinaties van producten en processen zijn typerend voor het economische vocabulaire, evenals de woorden gebruikt in de volgende alinea namelijk winstmaximalisatie, bedrijfskundig, vrije keuze en geldelijke vergoeding.

Ondernemen wordt in verband gebracht met de vrije markt; het streven naar winstmaximalisatie door op een creatieve, innovatieve en risicovolle manier in te spelen op de behoeften van de markt. Echter sectoren die uitgaan van universele dienstverlening en het publieke belang zijn relatief nieuw. Van Harten & Schuring (2003) maken de link tussen de zorgsector en ondernemerschap. Zij positioneren ondernemerschap in de zorg vanuit een bedrijfskundige perspectief. Ondernemers zijn mensen die zelf bepalen welke producten of diensten zij aanbieden, aan wie ze dit doen en op welke wijze deze producten of diensten tot stand komen. Hun klanten kunnen vrij kiezen tussen aanbieders en er bestaat een directe koppeling tussen het leveren van diensten aan klanten en de geldelijke vergoeding, zodat een ondernemer aan zijn onderneming financiën of een andere vorm van zekerheid kan overhouden.

De zorgmarkt gezien vanuit bedrijfskundig perspectief

Veel zorgaanbieders kijken ook vanuit bedrijfskundig perspectief naar de zorg (markt). Echter, bedrijfskundige principes gaan niet op. Voorbeelden hiervan zijn dat klanten niet kan of wil kiezen en zorg een maatschappelijke waarde heeft. Vanuit bedrijfskundig perspectief trekt een ondernemer die goed presteert veel klanten en maakt omzet. Als ondernemers minder goed presteren dan trekken zij minder klanten en maken zij minder omzet. In de gezondheidszorg wordt deze afweging door de klant niet gemaakt. De klant blijkt zich in bepaalde delen van de zorg wel als kritische lezer op te stellen en in andere delen van de zorg juist niet. Gezien de maatschappelijke waarde van de zorg moet er gewaakt worden voor zowel de positie van de klant (een goed geïnformeerde, welkiezende klant) als toegankelijkheid. De overheid als toezichthouder en de organisatie als uitvoerder van deze waarden. Deze maatschappelijke waarde draagt namelijk een politiek vocabulaire in zich, die van sociaal, liberaal. Vanuit het bedrijfskundige principe is de positie van de klant en toegankelijkheid geen voorwaarde. Als een klant een product niet kan kopen dan vindt er geen uitwisseling van diensten of producten plaats, daardoor is een product of dienst niet voor iedereen toegankelijk (Van Harten & Schuring 2003).

1.2.2 Vermaatschappelijking

Vermaatschappelijking

De term vermaatschappelijking heeft meerder betekenissen gehad en heeft meerdere veranderingen in de maatschappij tot gevolg gehad. Een belangrijk deel van de veranderingsprocessen in de zorg zijn al geruime tijd geleden in gang gezet. Zo werd al in de jaren tachtig van de vorige eeuw begonnen met zogenoemde extramuralisering: het buiten de muren van de instellingen verlenen van zorg aan onder andere ouderen, gehandicapten en psychiatrische patiënten. Extramuralisering zou bijdragen aan een grotere maatschappelijke participatie en integratie van mensen met beperkingen. Daarom werd er in zowel de verpleeg en verzorgingshuissector, gehandicapte als in de geestelijke gezondheidszorg naar gestreefd om zoveel mogelijk intramurale capaciteit om te zetten in voorzieningen voor zelfstandige huisvesting met extramurale zorg en behandeling waar nodig. Na verloop van tijd groeide het inzicht dat voor deelname aan de samenleving meer nodig was dan zelfstandige woonruimte. Tegelijkertijd werd duidelijk dat met het verlaten van de intramurale instelling de zorgvrager niet meer verzekerd was van een integraal voorzieningenaanbod. Het doel was om op lokaal niveau te komen tot een integraal, samenhangend aanbod waarvan iedereen gebruik van kon maken, ongeacht aard en oorzaak van de beperking. Dit zou mensen met beperkingen in staat moeten stellen aan alle aspecten van de samenleving deel te nemen. Voor deze veranderingen wordt de term 'vermaatschappelijking' of 'community care' gebruikt. Dit leidde tot onderling samenhangende veronderstellingen over wijzigingen in beleid en voorzieningenaanbod van de overheid die ertoe zouden moeten leiden deze participatie en integratie in de maatschappij te vergroten (Kwekkeboom 2003).

Verantwoordelijkheid maatschappij

De maatschappelijke integratie en participatie van mensen met beperkingen wordt niet alleen als verantwoordelijkheid voor zorgaanbieders gezien, maar er wordt ook een belangrijke rol toegekend aan de samenleving, de maatschappij zelf. Die rol wordt toegekend in de vorm van

vrijwilligerswerk, steun en opvang bieden waar nodig. De overheid heeft als taak de ontwikkeling daarvan te stimuleren en erop toe te zien dat er samenhang wordt geboden in het aanbod van de zorg- en dienstverleners. Veranderingen in de zorg en in de samenleving (vermaatschappelijking) worden noodzakelijk geacht voor een volwaardige deelname in de maatschappij. Het denken rondom die maatschappelijke participatie heeft een redeneerketen tot gevolg gehad, waarbij de focus van die gedachte de oorsprong vond in extramuralisering. De gedachtegang achter de redeneerketen bepaalt het beleid op het terrein van de zorg. Er blijken redenen te bestaan om vraagtekens te zetten bij de aannames waarop de redeneerketen is gebaseerd. In de praktijk blijken voorwaarden voor realisatie niet vervuld te worden, toch blijft deze redeneerketen de ontwikkelingen in het beleid en voorzieningenaanbod voor mensen met beperkingen in hoge mate bepalen. Zo blijkt de WMO voor een belangrijk deel te steunen op deze veronderstellingen. Hier zal niet nader op in worden gegaan. Ondanks dat rol een aan de maatschappij wordt toebedeeld, worden mensen met beperkingen uitgesloten, geïsoleerd en aan hun lot overgelaten. Niet alleen de maatschappij is verantwoordelijk, maar ook de overheid moet een zorgzame samenleving stimuleren, de zogenaamde ‘zorgplicht’ (Kwekkeboom 2003). Vermaatschappelijking typeert niet alleen het politieke vocabulaire, sociaal, liberaal wijzend naar integratie voor ieder individu, voorzieningen aanbod voor iedereen, maar ook naar het professioneel medische; de zogenaamde zorgplicht. Dit betekent een kwalitatief goed en breed aanbod van zorg kunnen bewerkstelligen. Het professioneel medische vocabulaire komt nog sterker naar voren bij de beschrijving vermaatschappelijking in de ‘logica van het zorgen’.

Naast de beschrijving van de twee idealen van Pols (2004), plaatst Mol (2006) ondernemerschap en vermaatschappelijking in een ander perspectief. Namelijk in die van de ‘logica van kiezen’ en de ‘logica van zorgen’. Ondernemerschap veronderstelt een bewuste en kiezende klant. Vermaatschappelijking houdt in samen met de klant op zoek gaan naar een passende positie in de maatschappij. Die zorgorganisatie vertolkt een rol van de maatschappij. De positie van de klant, een bewuste kiezende klant of een passieve en volgende, is geen eenduidige (Kraan 2001, Mol 2006). De klant wordt door ondernemerschap verschoven uit een passieve naar een actieve rol. Binnen deze nieuwe positie maakt de patiënt bewuste keuzes over wat wel en wat niet af te nemen van de aanbieder. In ‘logica van het zorgen’ geeft Mol (2006) een uiteenzetting van de dagelijkse zorgpraktijk en de daarbij horende relatie tussen de patiënt en de zorgprofessional. Hierbij geeft Mol (2006) aan dat er bij deze relatie een situatie bestaat waarin de zorgprofessional samen met de patiënt komt tot een volgende stap in het zorgproces om ervoor te zorgen dat de klant uiteindelijk zo goed mogelijk kan worden opgenomen in de maatschappij. Deze volgende stap wordt gemaakt op basis van ervaring en theoretisch opgedane kennis door de professional én door de patiënt. Deze te nemen stappen worden omschreven als ‘de logica van het zorgen’. Mol (2006) stelt de ‘logica van het zorgen’ tegenover ‘de logica van het kiezen’. Binnen de ‘logica van het kiezen’ bestaat er een andere relatie tussen de patiënt (nu klant) en de zorgprofessional met ondernemerschap. De klant komt binnen de ‘logica van het kiezen’ bij de zorgprofessional (de aanbieder) met een vraag en de zorgprofessional geeft een aantal keuze mogelijkheden aan. De klant maakt vervolgens een keuze tussen de verschillende aangeboden mogelijkheden. Mol (2006) stelt deze vorm van het maken van keuzen ter discussie. Kan je wel spreken van een keuze als het gaat om leven of dood? Kan je als klant wel kiezen tussen het ene apparaat en het andere apparaat als de zorgprofessional door kennis en ervaring aangeeft dat het ene apparaat gewoon veel beter is. Is de keuze voor het mindere apparaat dan wel een keuze? Is er binnen de zorg überhaupt wel sprake van een (logica van) keuze? Vanwege de aard van het zorgproces betoogt Mol (2006) dat de ‘logica van het kiezen’ niet van toepassing is binnen de zorg. De zorg vraagt om uitwisseling van kennis en ervaring binnen een per definitie

onvrijwillige situatie; de patiënt heeft nooit gekozen om in de zorg te komen. Mol (2006) stelt in feite de 'logica van het zorgen' tegenover ondernemerschap waarin de kiezende en bewuste klant een centrale rol speelt.

1.3 Probleemstelling

Voorgaande uitleg over idealen, kenmerken en vocabulaires van ondernemerschap en vermaatschappelijking en de in de inleiding weergegeven strijd tussen de twee concepten leidt tot het formuleren van de probleemstelling.

Maatschappelijke verantwoordelijkheid vormt bij het ondernemen in de zorg een bijzonder spanningsveld. De gezondheidszorg in Nederland wordt deels beschouwd als collectief goed met een sociale waarde. Ondernemers in de zorg balanceren tussen profilering als maatschappelijke ondernemer en een gewone ondernemer met winstoogmerk. De maatschappelijke acceptatie zal bepalend zijn voor de ruimte die ondernemers krijgen. Daarbij komt dat beleid in de zorg wordt afgesteld op veronderstellingen in de redeneerketen waarbij vraagtekens kunnen worden gezet. Hoe moet beleid afgestemd worden op vermaatschappelijking als aspecten rondom vermaatschappelijking niet helder zijn? Dit geldt niet alleen voor de overheid, maar ook voor zorgaanbieders. De term vermaatschappelijking kan meerdere vormen aannemen. Welke idealen kunnen gearticuleerd worden en welke krijgen voorrang? Het ideaal is vermaatschappelijking combineren met ondernemerschap. Kan dit wel met bemoeienis of inkleuring door de overheid en de ethische aspecten die een rol spelen? In dit onderzoek gaat het niet om de vraag of ondernemerschap ethisch aanvaardbaar is, maar meer in bredere zin wat de betekenis van ondernemerschap en vermaatschappelijking voor zorgaanbieders inhoudt, binnen een passende zorgmarkt. De centrale vraag in het grotere onderzoek luidt:

Welke opvattingen hebben zorgaanbieders over een 'passende' zorgmarkt? Welke mogelijkheden hebben zorgaanbieders om aan een passende zorgmarkt bij te dragen?

Aangezien dit onderzoek zich toespitst op deelonderwerpen luidt de centrale vraag:

Welke opvattingen en mogelijkheden hebben bestuurders, operationele managers en professionals binnen ondernemerschap in de verpleeg- en verzorgingshuissector, geestelijke en gehandicaptenzorg in relatie met vermaatschappelijking om bij te dragen aan een passende zorgmarkt?

Deelvragen hierbij zijn:

- Welke dilemma's spelen er bij ondernemerschap en vermaatschappelijking?
- Welke principes zijn er in het geding bij ondernemen in de zorg?
- Hoe gaat men om met dilemma's?
- Welke oplossingsrichtingen kunnen onderscheiden worden?

1.4 Leeswijzer

De opzet van de hoofdstukindeling is als volgt. In hoofdstuk twee wordt de context van de gezondheidszorg omschreven. Er wordt zowel internationaal als nationaal een beeld geschetst van de ontwikkelingen in de gezondheidszorg die hebben geleid tot de hedendaagse structuur van de gezondheidszorg. Vervolgens wordt een beeld geschetst over de historie, financiering en wet- en regelgeving van de sectoren V&V, GZ en GGZ waarin dit onderzoek zich verdiept. Daarna worden de ontwikkelingen in relatie tot marktwerking en ondernemerschap in de verschillende sectoren geplaatst. In hoofdstuk drie wordt een beschrijving gegeven van de opzet van het onderzoek. Op welke wijze er gegevens zijn verzameld, hoe die verwerkt zijn, verantwoording van keuzes die gemaakt zijn en de controle op die gemaakte keuzes. Als laatste wordt weergegeven hoe de validiteit en betrouwbaarheid bewerkstelligd worden. De resultaten van het onderzoek worden in afzonderlijk thema's in hoofdstuk vier en vijf besproken. Het thema van hoofdstuk vier is zorgpakketten/arrangementen en van hoofdstuk vijf maatschappelijk ondernemen. In die hoofdstukken worden achtereenvolgens de huidige situatie geschetst, de bijbehorende dilemma's en de benutte speelruimte beschreven. In hoofdstuk zes volgt de discussie en conclusie. In de discussie en conclusie worden de belangrijkste resultaten kort benoemd, in een theoretisch perspectief geplaatst en de centrale vraag beantwoord. Aan de hand van die gegevens worden er aanbevelingen gedaan aan zorgorganisaties en voor eventueel verder onderzoek.

2 Achtergrondsheets

De eerste twee paragrafen geven de ontwikkelingen internationaal en nationaal van de laatste vijftig jaar in de gezondheidszorg weer. Deze uiteenzetting is noodzakelijk om een beeld te scheppen hoe deze ontwikkelingen hebben geleid tot marktwerking met als onderdeel ondernemerschap in de gezondheidszorg. Daarna zal in paragraaf 2.3 nader worden gegaan op sectoroverstijgende ontwikkelingen van de huidige structuur, financiering en wetgeving van de sectoren de V&V (verpleeg- en verzorgingshuissector), GZ (gehandicaptenzorg) en de GGZ (geestelijke gezondheidszorg). Vervolgens worden in paragraaf 2.4, 2.5 en 2.6 sectorspecifieke ontwikkelingen beschreven. Dit, omdat deze drie typen sectoren als instelling zijn aangesloten bij de Open Ankh. Als laatste wordt in paragraaf 2.7 de positie van de drie sectoren binnen marktwerking en ondernemerschap verduidelijkt.

2.1 Internationaal

Historische gezien zijn er internationaal veel redenen geweest om stelselwijzigingen door te voeren. Door veranderingen in stelsels ontstonden er volgens Ham & Brommels (1994) concepten als concurrentie, interne, publieke en geplande markten. Uiteindelijk leidend tot meer marktwerking in de gezondheidszorg. Sinds 1945 hebben overheden in Europa meer verantwoordelijkheden voor de zorg op zich genomen, gezondheidszorg als verantwoordelijkheid van afzonderlijke staten. De systemen van de afzonderlijke landen verschillen in organisatie, financiering en de levering van gezondheidszorg, gebaseerd op een brede variatie van filosofieën, behoeften, medische standaarden, ethische aspecten en kwaliteitsaspecten. Als gevolg van historische ontwikkelingen bestaan er toch enige gelijkenissen, in elementen van de gezondheidszorg, in de verschillende landen (Kemenade 1993). Gedurende de jaren tachtig hebben Europese landen hervormingen in de gezondheidszorg doorgevoerd met als doel de groeiende kosten te verminderen. Overheden wilden zwakke punten in de financiering en levering van zorg elimineren. Zij ontwikkelden verschillende instrumenten om efficiëntie in capaciteitsgebruik te bevorderen, verantwoordelijkheid naar gebruikers te vergroten en de groeiende vraag naar middelen te verenigen (Ham & Brommels 1994, Saltman et al. 2002). De jaren negentig getuigde van een enorme schaalvergroting en karakterveranderingen van ondernemende initiatieven in Europese gezondheidszorgsystemen. Dit resulteerde in een grote variëteit van marktgeïnspireerde effecten om innovatie te stimuleren inclusief de vraag naar meer kwaliteit en nog meer efficiëntie (Saltman & Figueras 1997, Saltman et al. 1998, Paton et al. 2000). Concepten zoals eerder genoemd door Ham & Brommels (1994) zijn van toepassing op Nederland, Engeland, Duitsland en Zweden. Redenen voor veranderingen waren: het behouden van universele toegankelijkheid, verantwoordelijkheden van en voor klanten, introductie van marktgeoriënteerde mechanismen en verantwoordelijkheden voor aanbieders.

In deze landen is één van de grootste doelen van de gezondheidszorghervormingen, het promoten van de concurrentie tussen aanbieders. Een sleutelfiguur in dit proces is de Amerikaan Alain Enthoven, wiens ideeën over gereguleerde concurrentie in al die landen zijn bestudeerd. Het verlangen om keuzen voor patiënten te vergroten en om het leveren van diensten meer onder de verantwoordelijkheid van gebruikers te laten vallen (Ham & Brommels 1994). Parallellen worden teruggezien in Spanje en Italië en de overige Scandinavische landen (Saltman et al. 2002). Om te specificeren wat die hervormingen

precies inhouden, worden kort de veranderingen voor Engeland, Zweden en Duitsland toegelicht, te beginnen met Engeland.

In 1989 wordt in de Engeland, de NHS (National Health Service) onder leiding van Minister Margaret Thatcher hervormd. De veranderingen leidden tot een andere levering van gezondheidszorg met de ontwikkeling van een interne markt en de scheiding tussen kopers en aanbieders (Ham & Brommels 1994). Zweden heeft veranderingen doorgevoerd met betrekking tot het aantrekken en opleiden van general practitioners, het scheiden van verkopers en aanbieders en een performance gerelateerde betaling voor ziekenhuizen (Ham & Brommels 1994). Als er gekeken wordt naar Duitsland dan werden individuele keuzes tussen ziekenfondsen mogelijk gemaakt, globale budgetten voor ziekenhuizen geïntroduceerd en controle op kostenbeheersing gehouden (Saltman et al. 2002). Elsinga & Kemenade (1997) onderscheiden vier marktstructuren in de hervormde stelsels van de gezondheidszorg. Landen zoals Nederland, de Verenigde Staten, Israel, Duitsland, Engeland en Zweden maken gebruik van verschillende strategieën tegelijk. Als eerste spreken zij over het model managed-care dat functioneert in Israel en de Verenigd Staten. Deze markt bevat twee niveaus van scheiding tussen vrager en aanbieder en dit model vertegenwoordigt het concept van de gereguleerde marktwerking zoals door Enthoven en anderen wordt voorgestaan. Daarnaast bestaat het gereguleerde marktmodel dat zich momenteel in Duitsland en Nederland aan het ontwikkelen is en in sommige delen van de Verenigde Staten al aanwezig is. Deze markt bevat twee niveaus van scheiding tussen vrager en aanbieder, maar één niveau is beperkt. Als belangrijkste component van de hervormingen van de Engelse NHS noemen Elsinga & Kemenade (1997) de interne institutionele markt. Dit model wordt toegepast in Nieuw-Zeeland en in sommige delen in Zweden. Dit model heeft de context van een door overheid geïmplementeerd georganiseerde gezondheidszorg. Als laatste wordt het model van primary care genoemd. Dit model is in sommige delen van Zweden geïmplementeerd en is te zien binnen de NHS. De consument heeft geen keuze wat betreft de bestuurlijke eenheid. De bestuurlijke eenheden hebben een beperkte marktkeuze wat betreft het afnemen van diensten op het gebied van primary care.

2.2 Nationaal

Vanaf begin 1900 tot ongeveer 1960 focuste het Nederlandse gezondheidszorgsysteem zich op het garanderen van universele toegang tot de zorg door het oprichten en uitbreiden van verzekeringssystemen. Tot 1970 was het beleid van de overheid om publieke gezondheidszorg te promoten tot een minimaal niveau van kwaliteit en een universele toegang tot de gezondheidszorgdiensten via verzekeringen zeker te stellen. Begin 1970 veroorzaakte enorme uitgaven in de gezondheidszorg voor een verschuiving van het huidige beleid naar het bestrijden ofwel indammen van de kosten (Schut 2005). Gedurende de jaren na 1980 leidde de top-down bedreven politiek en het rantsoenbeleid van de overheid tot groeiende kritiek. Die kritiek focuste zich op een gemis van prikkels voor efficiëntie en innovatie in het heersende financieringssysteem en de levering van zorg. Deze kritiek resulteerde in een breed draagvlak voor op prikkels gebaseerde hervormingen en een heroverweging van de rol van concurrentie (mededinging) in de gezondheidszorg (Schut 1992, Schut 2005). In 1986 benoemde de overheid een onafhankelijke commissie (Commissie Dekker 1987) om een blauwdruk te ontwerpen voor een efficiënt en onpartijdig gezondheidszorgsysteem. De Commissie Dekker zocht oplossingen voor hervormingen in een markt georiënteerde gezondheidszorg in de context van het nationale verzekeringssysteem. Meer marktwerking is

nodig om substitutie, flexibiliteit en doelmatigheid te bevorderen (Elsinga & Kemenade 1997).

Het verzekeringsstelsel moest universele toegang voor basale gezondheidszorgsystemen garanderen, waarin was gedacht dat gereguleerde concurrentie voor verzekeraars en aanbieders prikkels voor efficiëntie zou creëren (Elsinga 1995, Ham 1994, Lieverdink 2001, Schut 1992, Schut 2005). Volgens Schut (2005) was het plan van Dekker goed, echter de implementatie was moeilijk. Een succesvolle implementatie vroeg een ontwikkeling van een adequate overheidsstructuur en een effectief competitief beleid om concurrentie te beschermen. Geen van deze condities waren vervuld sinds het plan van Dekker was gepubliceerd. Gedurende de 15 jaar die volgde heeft de overheid consistent gewerkt aan het realiseren van de voorcondities voor gereguleerde concurrentie.

Op dit moment ondervindt de beleidsrichting in het zorg- en verzekeringsstelsel nog steeds invloed van het 1987 verschenen rapport 'Bereidheid tot verandering'. Het gedachtegoed van de zogenoemde commissie Dekker is de afgelopen jaren nog steeds richtinggevend geweest voor het overheidsbeleid. De voorstellen zijn uitgewerkt of er zijn nieuwe varianten ontstaan. De eindsituatie van het verzekeringsstelsel is niet bereikt, geen brede basisverzekering waarvan het pakket wettelijk is vastgelegd. Voorwaarden voor marktwerking zijn wel geïntroduceerd: zoals de terughoudende rol van de overheid, vergroting van verantwoordelijkheden voor verzekeraars, zorgaanbieders en patiënten. Kort gezegd kan het huidige stelsel kan worden getypeerd als: van aanbodgereguleerd naar vraaggeoriënteerd, centrale aansturing naar decentrale verantwoordelijkheden, overheidsregulering naar meer verantwoordelijkheden voor derden en van inputgestuurd naar meer procesgericht beleid (VWS 1999).

De motieven van de overheid tot meer marktwerking zijn politiek-economisch en politiek-ideologisch. Politiek-economisch houdt in dat regulering via 'checks and balances' en prikkels effectiever is. Hieraan liggen de noties van marktwerking ten grondslag. Niet in pure vorm, maar in de vorm van gereguleerde concurrentie. Het gedachtegoed over 'managed competition' (Enthoven 1978, 1993) is herkenbaar. Het politiek-ideologische motief hangt deels samen met de beperkingen van overheidsregulering, deels als resultante van de ideologische verschuiving dat de overheidsregulering naar de achtergrond raakte (Elsinga 1993). Niet alleen zijn de ontwikkelingen van de jaren tachtig in Nederland leidend geweest voor meer marktwerking, maar zij hebben naar de mening van van Harten & Schuring (2003) ook bijgedragen aan de ontwikkelingen van ondernemerschap. Volgens hen hebben twee fenomenen sterk bijgedragen aan de maatschappelijke legitimatie van het ondernemen in de zorg. Als eerste fenomeen de sterke individualiseringstrend. Als tweede fenomeen de toegenomen druk op kwaliteit en klantgerichtheid.

'Managed competition' is een breed gedragen gedachtegoed geweest voor diverse vormen van stelselwijzigingen over de gehele wereld. Uit het voorgaande blijkt dat er sinds lange tijd in allerlei landen ideeën waren ontstaan om veranderingen door te voeren om marktwerking in de zorg te vergroten. Vanuit verschillende gezondheidszorgsystemen heeft ieder land daar op zijn eigen manier invulling aan gegeven. In Nederland is het plan van commissie Dekker leidend geweest. Niet alleen als doel meer kostenefficiënt te opereren, maar ook om verantwoordelijkheid van gebruikers te vergroten en om aan een groeiende vraag voor zorg te kunnen voldoen. Als onderdeel van marktwerking zijn de ontwikkelingen in de jaren tachtig in Nederland ook leidend geweest voor meer ondernemerschap.

Het blijft de vraag of verbeteringen in de gezondheidszorg zijn toe te schrijven aan ondernemerschap (Van Harten & Schuring 2003). Dit blijkt uit een wetenschappelijke evaluatie van de introductie van marktwerking in vijftien landen in Europa door een European Health Management Association (2000). Er is gebrek aan bewijs in zorgsector dat

ondernemen inderdaad leidt tot veiligere, efficiëntere, effectievere, betere en toegankelijke zorg voor patiënten. Ondanks het gebrekkige bewijs of verbeteringen toe te schrijven zijn aan marktwerking en ondernemerschap, is het belangrijk om te weten op welke manier andere landen met marktwerking bezig zijn, zodat de ontwikkelingen in Nederland en ervaringen uit het buitenland kunnen bijdragen om marktwerking in een breder perspectief te plaatsen. Op de algemene ontwikkelingen in het gezondheidszorgstelsel volgt in onderstaande paragrafen informatie over de drie typen sectoren V&V, GZ en GGZ.

2.3 Sectoroverstijgende informatie bij de V&V, GZ en GGZ

Organisaties in de care-sector (verpleeg- en verzorgingshuissector en GZ) ontlene het grootste deel van hun inkomsten aan de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Die wet legt het recht vast op een goede verzorging in geval van ziekte of gebrek voor iedereen die op langdurige zorg is aangewezen. In 2003 heeft zich een van de belangrijkste ontwikkelingen op het terrein van de AWBZ voorgedaan, de ‘modernisering van de AWBZ’. Verschillende doelen zijn beoogd te behalen: meer keuzemogelijkheden, een grotere keuzevrijheid en meer zeggenschap voor de klanten. AWBZ-zorgproducten worden los van instellingen gedefinieerd. Het zijn nu zeven functies: huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding, behandeling en verblijf (Klinkert 2004).

Iedere persoon die aanspraak wil maken op zorg die door de AWBZ wordt betaald, moet zijn zorgvraag eerst voorleggen aan het Centrale Indicatiestelling Zorg (CIZ, voorheen RIO; Regionaal Indicatie Orgaan). Het CIZ stelt een indicatie, waarna de geïndiceerde patiënt recht heeft op zorg. Indicaties worden sinds 1 april 2003 afgegeven in functies met daarbij de omvang in klassen (uren of dagdelen). Met deze indicatie kan de patiënt kiezen voor een persoonsgebonden budget (pgb) of zorg in natura bij een gecontracteerde aanbieder. Bij veel CIZ kantoren kan een aanvraag worden gedaan voor advies over gemeentelijke voorzieningen die worden gefinancierd vanuit de Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG).

De uitvoering van de AWBZ is sinds 1998 in handen van zogenoemde zorgkantoren: zelfstandig werkende kantoren die zorgvraag en zorgaanbod in een specifieke regio zo goed mogelijk op elkaar af stemmen. Zij zijn nauw gelieerd aan de zorgverzekeraar met het grootste marktaandeel in de regio. Het zorgkantoor heeft een aantal taken in relatie tot de patiënt/klant, het regionale zorgbeleid en de eigen bedrijfsvoering betreffende adequate registratie en administratie. Instellingen kunnen in beginsel onbepaald aanvullende productieafspraken met het zorgkantoor maken, mits er in de regio een wachtlijst is. Afgesproken wordt dat alleen de daadwerkelijk gerealiseerde productie wordt bekostigd. Aan het einde van het jaar vindt er een nacalculatie plaats.

Het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) is een zelfstandig bestuursorgaan die de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) uitvoert. Het CTG stelt beleidsregels vast voor de hoogte, de opbouw en wijze van berekening van een tarief of onderdelen van een tarief in de gezondheidszorg. Een beleidsregel moet goedgekeurd worden door de minister van VWS (Volksgezondheid Welzijn en Sport). Het College Voor Zorgverzekeringen (CVZ) heeft kerntaken met betrekking tot het financieel beheer van de overheidsmiddelen voor de Zorgverzekeringswet en de AWBZ, het toetsen van overheidsbeleid voor de gezondheidszorg op de uitvoerbaarheid en doelmatigheid en het coördineren van de uitvoering van de Zorgverzekeringswet en de AWBZ.

Het College Toezicht Zorgverzekeringen (CTZ) is een zelfstandig bestuursorgaan die toezicht houdt op de uitvoering en het functioneren van de Zorgverzekeringswet, de AWBZ en de Wet Financiering Zorgverzekeringen.

Het kabinet heeft besloten tot een nieuw stelsel voor langdurige zorg en maatschappelijke ondersteuning. Met de invoering van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) in 2006 wordt strikt onderscheid gemaakt tussen 'zorg' en 'maatschappelijke ondersteuning'. Zorg valt na invoering van de WMO onder de AWBZ en behelst alleen nog de langdurige zorg voor chronisch zieken; gehandicapten, chronisch psychiatrische patiënten en ouderen. De WMO regelt vormen van maatschappelijke ondersteuning die het mensen mogelijk maakt om zo lang mogelijk zelfstandig te functioneren. Het gaat om begeleiding en huishoudelijke verzorging, maar ook om welzijnsactiviteiten, opvoedingsondersteuning, woningaanpassingen, informatie en adviezen. De Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG), de Welzijnswet en delen van de AWBZ vallen straks onder de WMO. De verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de WMO komt bij de gemeenten te liggen. Als de Tweede Kamer akkoord gaat, zal de WMO vanaf 2006 stapsgewijs ingevoerd worden (VWS 2005).

2.4 V&V sector

Verpleeghuizen zijn lange tijd aan de rand van de stad of het dorp gevestigd geweest. Ouderen, lijdend aan een lichamelijke handicap of aan dementieverschijnselen werden toegewezen aan het huis dat op dat moment plaats bood. Ze kregen daar de nodige zorg en behandeling en bleven er vaak tot het einde van hun leven. Inmiddels heeft de verpleeghuissector veranderingen ondergaan. Uit demografische gegevens is af te leiden dat door het groeiende aantal ouderen de vraag naar zorg toeneemt (VWS 2005). De groep ouderen die zorg nodig heeft, zal de komende jaren explosief groeien. Volgens Staatssecretaris Ross zullen ouderen vooral een beroep doen op de verpleeghuizen en de voorzieningen die hen in staat stellen langer thuis te blijven wonen (Smolders 2003). Volgens gegevens van de NVVZ (Nederlandse Vereniging van Verpleeghuiszorg) bestaat tien procent van degenen die verpleegzorg nodig hebben de komende jaren uit mensen, lijdend aan hersenletsel, de gevolgen van beroertes en Korsakoff-syndroom (Staverman 1996).

Een verpleeghuis is een instelling voor mensen die verzorging, verpleging of revalidatie nodig hebben die zij thuis of in het verzorgingshuis niet (voldoende) kunnen krijgen. Een opname kan tijdelijk zijn, maar als iemand blijvend verpleegd moet worden kan een definitieve opname noodzakelijk zijn. Verzorgingshuizen bieden zorg aan ouderen die niet langer volledig zelfstandig kunnen wonen. De verzorgingshuizen verbreden hun aanbod naar 'ouderen in de wijk' en bieden een uitgebreider pakket diensten aan intramurale bewoners, vaak in samenwerking met een verpleeghuis. Het gaat dan bijvoorbeeld om somatische meerzorg of groepsverzorging voor dementerende ouderen. Sinds enige tijd kunnen zorgaanbieders die van oudsher intramurale zorg leverden ook extramuraal zorg bieden. Het gaat dan om producten als huishoudelijke hulp en verpleging en verzorging bij de klant thuis. Zorgkantoren hebben voor de extramuraal zorg geen contracteerplicht meer sinds september 2004 (VWS 2005).

Voorheen werkten verpleeghuizen met een vastgelegd budget, nu mogen ze een deel vrij besteden aan het vernieuwen van de zorg. De klant krijgt van de verzekeraar de gelegenheid om een deel van de vergoeding via het pgb (persoonsgebondenbudget) voor verpleeghuiszorg naar eigen inzicht te bestemmen en kan hiermee de zorg die familieleden of anderen bieden betalen (Staverman 1996).

Verpleeg- en verzorgingshuizen ontvangen gelden voor de zorg in de vorm van budgetten. De budgetten worden vastgesteld op basis van variabelen en de daarbij behorende CTG-parameterwaarden. Daarnaast ontvangen instellingen ook een deel van het budget voor investeringen, zowel voor de instandhouding van de gebouwen als voor de investeringen in medische en overige inventarissen. Ook deze gelden worden versleuteld in verschillende CTG-parameter variabelen.

Voor later begrip in de data-analyse hoofdstukken wordt nu kort geschetst hoe de leefvorm binnen de V&V sector vorm krijgt. Binnen de V&V sector kunnen verschillende patiëntengroepen worden onderscheiden namelijk somatiek en PG (Psycho Geriatrisch). De ouderen kunnen in groepsvorm leven, maar ook gescheiden in aparte kamers/ appartementen. Daarnaast kan er aan verschillende groepsactiviteiten deelgenomen worden zoals spelletjes, handwerken, uitstapjes of gezamenlijk koffie drinken(VWS 2005).

2.5 GZ sector

Lange tijd werden mensen met een (verstandelijke) handicap gezien als de abnormalen en paupers voor wie het leven aan de rand van de samenleving lag. Artsen definieerden afwijkend gedrag, gedrag dat niet voldeed aan de maatschappelijke standaard als 'ziek' of 'gestoord' waarmee deze zieke of gestoorde mensen buiten de maatschappelijke context werden geplaatst. De invoering van de AWBZ in 1968 deed het aantal inrichtingenplaatsen voor (verstandelijk) gehandicapten explosief toenemen. Mede hierdoor stegen in gelijke tred de kosten van die zorg. In het begin van de jaren tachtig werd geopperd dat binnen de gehandicaptenzorg aandacht moest komen voor 'zorg op maat' en het ontschotten van semimurale en intramurale zorg. Inhoudelijke discussies over meer 'zorg op maat' en betere samenwerking verloren het tegen de zakelijke en juridische argumenten. In de jaren negentig werd in de vorm van de nota 'De perken te Buiten' (1995) door de overheid voor het eerst een integraal beleidsprogramma ten aanzien van gehandicapten en chronisch zieken gepresenteerd. Centrale uitgangspunten in deze nota waren: 'gelijke rechten, gelijke plichten en gelijke behandeling', 'integratie en participatie' en 'bescherming en compensatie'. Op deze manier werd gesteld dat mensen met een handicap dezelfde kansen als ieder ander in de maatschappij dienen te krijgen (VWS 2005).

Momenteel raamt het Sociaal en Cultureel Planbureau dat er ongeveer 103.000 mensen met verstandelijke beperkingen zijn en ongeveer een half miljoen mensen met ernstige lichamelijke en/of zintuiglijke beperkingen (Klerk de 2002). Van deze laatste groep heeft een groot deel beperkingen ten gevolge van het ouder worden. Voorzieningen in de gehandicaptenzorg leveren diensten, ondersteuning en zorg aan mensen met verstandelijke, lichamelijke en/of zintuiglijke beperkingen. De dienstverlening binnen de gehandicaptenzorg is onderverdeeld in ambulante dienstverlening en ondersteuning van de woonfunctie en dagbesteding. De gehandicaptenzorg kenmerkt zich door een toenemende vraag naar op individu toegesneden dienstverlening waarbij een zo goed mogelijke integratie in de maatschappij een belangrijke wens is. Als reactie op deze ontwikkeling is de sector geruime tijd bezig om vernieuwingen door te voeren. Tevens is binnen de gehandicaptenzorg de trend van individualisering zichtbaar (Schuurman 2003). Volgens een rapport van VWS komt naar voren dat in de gehandicaptenzorg een groeiend aantal mensen aangeeft liever in kleinere wooncombinaties en zo zelfstandig mogelijk te willen wonen. In de trendanalyse van het NIZW-rapport 'Toekomst van Het Dorp' staat dat het aantal mensen met beperkingen niet zal afnemen en dat mensen met lichamelijke en/of verstandelijke beperkingen door betere verzorging ouder zullen worden (Coolen 2002). Het is aannemelijk dat de zorgzwaarte de komende jaren hoger zal worden door de ouder wordende populatie. Een verhoudingsgewijs nieuwe trend is de toenemende intersectorale samenwerking die meer en meer in structuren is

gevat, zoals woon-zorgarrangementen tussen de V&V, GZ en GGZ. De aandacht voor het bieden van ondersteuning bij arbeid en arbeidsmatige activiteiten aan mensen met een handicap neemt nog steeds toe.

Binnen de gehandicaptensector spelen veel ontwikkelingen die VWS-breed zijn, zoals de modernisering van de AWBZ, de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) en het persoonsgebonden budget (pgb). Met ingang van 2003 is net als in de overige AWBZ-sectoren het onderscheid tussen wachtlijstproductie en reguliere productie opgeheven. Dit betekent voor de gehandicaptenzorg dat persoonsvolgende budgetten, zogenoemde substitutieplaatsen en 'zorg op maat' financiering niet meer worden gehanteerd (VWS 2005).

2.6 GGZ sector

Net als bij de GZ speelde geestelijke gezondheidszorg zich in bossen en duinen af, veilig weg van de burgers. Door de emancipatie van de psychiatrische patiënt is deze steeds zichtbaarder geworden. Iedereen kent wel iemand met psychische klachten. De GGZ is actief op diverse terreinen. Ze omvat medisch specialistische zorg waarbij artsen, psychologen en therapeuten patiënten kunnen genezen van hun psychiatrische ziekte, of waar tenminste de ziekte gestabiliseerd kan worden. Ze biedt een asielfunctie voor hen die bescherming nodig hebben. Ze ondersteunt mensen met een blijvende psychische handicap en heeft daarbij ook aandacht voor de welzijnsaspecten. Ze is actief op het terrein van de OGGZ (Openbare Geestelijke Gezondheidszorg) en bemoeit zich ook met hen die dat liever niet willen (bemoeizorg) (VWS 2005).

De minister van VWS heeft inhoudelijke basisprincipes voor de toekomst van de GGZ geformuleerd die leiden tot een herpositionering van de sector. De GGZ wordt niet langer beschouwd als één sector die een eigen benadering en besturing verdient of behoeft. Er is sprake van herverkaveling van de sector, waarbij de sector wordt geïntegreerd in andere sectoren (Pol 2005). Men wil synergie genereren door verschillende deskundigheden bij elkaar te zetten: V&V, GZ, en GGZ en misschien ook wel thuiszorg. Beleidslijnen zijn: versterking eerstelijns geestelijke gezondheidszorg, kortdurende curatieve en langdurige GGZ worden gescheiden verzekerd en cure bekostigen op basis van diagnose-behandelcombinaties (VWS 2005).

In het kader van de Ziekenfondswet die vanaf 1 januari 2006 is opgegaan in de Zorgverzekeringswet zal de op genezing (cure) gerichte GGZ daar vanaf 2007 deel van gaan uitmaken. Voor de bekostiging staat hier de systematiek van de Diagnose Behandelcombinaties (DBC) centraal. Voor langdurige klinische zorg of voor beschermd wonen is integratie met de sectoren V&V en GZ voorzien. Dit is vooralsnog het domein van de AWBZ (dat nu eenvoudig als de caresector wordt getypeerd). De Commissie Houtman heeft voorgesteld om de forensische zorg onder het regime van justitie te brengen. Het kabinet heeft dit advies overgenomen. De jeugd-GGZ is voor wat betreft de indicatiestelling onder de werking van de Wet op de Jeugdzorg gebracht. Zo zou een integrale jeugdzorg mogelijk gemaakt moeten worden, maar in de praktijk wordt de directe toegang tot noodzakelijke zorg nodeloos gefrustreerd (Pol 2005).

Het woon en leven wordt binnen de GZ en GGZ op een andere manier vorm gegeven dan in de V&V sector. Wonen in groepsvorm komt meer voor bij GZ en GGZ instellingen. Patiënten wonen kleiner, hebben geen faciliteiten om te koken in hun kamer en leven daardoor meer in de gezamenlijke huiskamer. Activiteitenbegeleiding gebeurt ook in groepsvorm. Deze uitleg is, zoals eerder genoemd, van betekenis voor de uitleg in hoofdstuk vier.

2.7 De verschillende sectoren binnen marktwerking

De algemene vraag die naar voren komt is of er binnen de sectoren sprake is van een markt. Kenmerken van ondernemerschap zijn transparantie, tucht van de markt, bewegend marktdomein en concurrentie. Daarnaast wordt er gesproken over de nieuwe WMO en wat voor gevolgen die zou hebben voor vermaatschappelijking. In hoeverre de sectoren invulling geven aan marktwerking wordt kort samengevat aan de hand van uitspraken door mensen werkzaam in de zorgsector.

Veel verpleeg en verzorgingshuizen zijn de afgelopen jaren gefuseerd. Het is discutabel of fusies voordelen opleveren. Het percentage van de overhead, zoals directie, staf en administratie, daalt niet met schaalvergroting. Dat zou men wel verwachten, doordat met samenvoeging van bedrijven overlappende functies verminderd kunnen worden (Tamminga 2005). De vraag is of er in de V&V sector sprake is van een markt. De zorgcentra concurreren immers niet met elkaar, maar zijn gefuseerd (Bles 2005). Je ziet de zorginstellingen meer functies aanbieden, onder het motto: iemand die bij ons binnenkomt, willen we ook binnenhouden. Dat zorginstellingen na een tijdje nee moeten verkopen, bijvoorbeeld wanneer iemand met thuiszorg naar een verpleeghuis wil gaan, dat willen ze te allen tijde voorkomen (Tamminga 2005).

De Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) onderschrijft de doelstellingen van dit kabinet om burgers weer meer aan te spreken op hun verantwoordelijkheid en daardoor de vermaatschappelijking van gehandicapten te ondersteunen. Volgens de VGN biedt contourennota van de nieuwe Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) onvoldoende waarborgen om dit te realiseren. Met het verschuiven van functies van de AWBZ naar een WMO voor alle doelgroepen wordt deze problematiek verplaatst naar de lokale overheid maar niet opgelost. De gehandicapten dreigen hierdoor noodzakelijke professionele zorg en ondersteuning te gaan verliezen en lijken daar ook geen aanspraak meer op te kunnen maken. De VGN vreest voor minder solidariteit in de maatschappij in plaats van meer solidariteit (VGN 2004).

Er wordt gemerkt dat in de gehandicaptenzorg en de verpleging en verzorging veel problemen naar voren komen die psychisch of psychiatrisch van aard zijn. De vraag is waarom er niet samen wordt gewerkt tussen verschillende sectoren. Marktwerking is een realiteit waarmee instellingen worden geconfronteerd. Een bestuurder beoogt dat de organisaties elkaar vooral niet moeten beconcurreren op de bulk van de activiteiten, omdat daardoor wat specialistisch en kleinschalig is niet goed van de grond komt. En door concurrentie over de ruggen van cliënten raken die cliënten bovendien tussen wal en schip. Instelling die op safe te spelen zullen kiezen uit een beperkt aanbod van kant-en-klaarpakketten. Andere behandelvormen die in de praktijk zijn ontwikkeld worden minder aantrekkelijk voor een instelling (Delden-van der Wolf 2005).

In de V&V sector concurreren zorgcentra volgens Bles (2005) niet met elkaar, maar ze zijn gefuseerd. Wel zijn die zorgcentra op zoek naar nieuwe mogelijkheden om meer inkomsten te vergaren. Bij wie ligt de verantwoordelijkheid om mensen op te nemen in de maatschappij als de WMO in werking treedt. Nemen zorginstellingen de verantwoordelijkheid op zich om mensen met een beperking op te nemen in de maatschappij? Zien zij dit als nieuwe kans of blijft de verantwoordelijkheid liggen tussen overheid, maatschappij en de zorginstellingen? Diezelfde verantwoordelijkheid komt terug bij de GGZ. Juist geen concurrentie, maar samenwerking, zodat cliënten niet tussen wal en schip raken. Is de GGZ financieel wel interessant voor zorginstellingen of blijft het bij zorgverzekeraars? Duidelijk is wel dat er twijfel is bij wie de maatschappelijke verantwoordelijkheid ligt voor de opname in de

maatschappij en dat zorginstellingen geen duidelijk standpunt in nemen over welke positie zij innemen en welke koers zij willen varen.

3 Methoden

In dit hoofdstuk wordt beschreven op welke wijze er gegevens zijn verzameld om te komen tot antwoord op de onderzoeksvraag en deelvragen. Het betreft dus een beschrijving van de hele opzet van het onderzoek met verantwoording van keuzes die gemaakt zijn. In paragraaf 3.1 wordt het soort onderzoek beschreven. In paragraaf 3.2 de onderzoekssetting en in 3.3 de onderzoekspopulatie. Vervolgens wordt in 3.4 de wijze van dataverzameling beschreven en in paragraaf 3.5 de wijze waarop de data zijn geanalyseerd. Als laatste wordt in paragraaf 3.6 beschreven hoe de validiteit en betrouwbaarheid zijn gewaarborgd.

3.1 Soort onderzoek

Er werd een kwalitatief onderzoek uitgevoerd, omdat het onderzoek zich richtte op de kenmerken van verschijnselen (Segers 1999). Dit houdt in dat er gekeken wordt naar de context, het proces van gesignaleerde fenomenen en de uitkomsten. Daarnaast was het onderzoek exploratief, probleemgericht en probleemoplossend. Exploratief omdat er weinig kennis met betrekking tot ondernemerschap en de praktische uitwerkingen daarvan voorhanden was. Het was probleemgericht omdat het een specifiek segment bestudeerde namelijk: marktwerking in de gezondheidszorg en als onderdeel daarvan ondernemerschap. Het was probleemoplossend omdat het onderzoek tot doel had aanbevelingen te doen ten aanzien van ondernemerschap in de gezondheidszorg om tot eventuele oplossingen te kunnen komen.

3.1.2 kwalitatief onderzoek

Kwalitatief onderzoek is sterk in vastleggen van belevingen, ervaringen en handelwijzen. Met kwalitatief onderzoek gaat men op zoek naar de dialoog en zoomt men in op die belevingen, ervaringen en handelwijzen van mensen. Kortom op zoek naar de kern van beweegredenen van mensen in de dagelijkse praktijk. Om richting te geven aan het onderzoek wordt een theoretisch kader opgesteld met beschrijvingen vanuit de literatuur, dilemma's en eventuele oplossingen. Dit kader is alleen richtinggevend en wordt open en breed neergezet, zodat alle ruimte blijft voor om invulling te geven aan nieuwe concepten en perspectieven naar voren komend in de dataverzameling. Deze perspectieven zijn uitingen van handelwijzen op praktisch niveau. Ieder individu heeft steeds opnieuw te maken met nieuwe situaties waar andere handelwijzen van toepassing zijn. Met kwalitatief onderzoek worden verschillende oplossingsrichtingen gevonden en aanbevelingen gedaan om in soortgelijke situaties te kunnen handelen. Kwalitatief onderzoek is zwak in het gegeven dat dataverzameling gebruik maakt van interviews waarin naar meningen van mensen wordt gevraagd. Mening zijn uitingen, vormen van subjectiviteit. Ondanks dat meningen als empirisch bewijs zwak bevonden kan worden, kan dit worden ondervangen doordat meningen vocabulaires gebruiken. Het gebruik van vocabulaires is taal en taal suggereert een richting van ontwikkeling waarmee veranderingen in handelingen kunnen worden geregistreerd. Taalanalyse bestaat niet uit toeval, doordat er in taal verschillende woorden voor hetzelfde concept bestaan. En juist door de keuze voor het gebruik van een bepaald woord kan worden gesteld, dat door de keuze van dit woord achterliggende gedachten, ervaringen of handelwijzen van die persoon duidelijk worden. Bovendien kunnen woorden in verloop van tijd van betekenis veranderen of bepaalde woorden treden in meer of mindere mate naar de voorgrond. Dit zegt iets over achterliggende ontwikkeling van het vocabulaire en daarmee de ontwikkeling van het concept of fenomeen waar een persoon over spreekt.

Ditzelfde geldt voor het gegeven dat bepaalde vocabulaires in de tijd meer of minder worden gebruikt door personen. De achterliggende gedachte of handelswijze is meer of minder naar de achtergrond gedrongen en dat betekent dat andere vocabulaires naar de voorgrond zijn getreden en overheersen. Aan die gedachten en handelswijzen wordt op dat moment meer waarde toegekend. Mensen denken en handelen vanuit bepaalde idealen en met vocabulaires wordt sterk gemaakt hoe deze idealen zich ten opzichte van elkaar verhouden.

3.2 Onderzoeks (setting)

Het onderzoek was gericht op zorginstellingen vallend onder het samenwerkingsverband van de Open Ankh. In dit samenwerkingsverband participeren instellingen uit verpleeg- en verzorgingshuissector, de geestelijke gezondheidszorg en de gehandicaptenzorg. Dit onderzoek integreerde in lopend onderzoek: 'Marktwerking en de ethische aspecten in de gezondheidszorg' met als opdrachtgever de Open Ankh. In september 2005 is dit grotere onderzoek gestart. Allereerst zijn de aangesloten Raden van Bestuur op de hoogte gesteld middels een presentatie van een uitgebreide onderzoeksopzet. Vervolgens is er een klankbordgroep opgezet ter inventarisatie van ideeën en om data en resultaten te presenteren.

3.3 Onderzoekspopulatie

De doelgroep waar het onderzoek zich op richtte waren bestuurders, middenkadermanagers, operationele managers en voor een klein deel professionals. De reden dat voor deze doelgroepen gekozen is, is om uit alle lagen van de organisaties informatie te verkrijgen over ondernemerschap in de zorg. Bovendien kwam, zoals eerder genoemd, in de literatuur naar voren dat er nog weinig empirisch onderzoek naar voorbeelden van het ondernemen in de zorg is gedaan.

3.4 Dataverzameling

Aan de hand van oriënterende interviews met bestuursleden van instellingen en de klankbordgroep is geïnventariseerd welke thema's naar voren kwamen, in welke mate en op welke manier marktwerking en ondernemerschap binnen de instellingen vorm had gekregen. Ondersteunend is er informatie gezocht op de websites van de afzonderlijke instellingen naar concrete voorbeelden, casussen, en initiatieven van ondernemerschap in de zorg. Daarnaast is er in de literatuur informatie gezocht over gebruikte terminologieën, debatten, dilemma's bij de termen vermaatschappelijking en ondernemerschap in de zorg. Data werden in de maanden maart en april verzameld. Een langere tijdsperiode was niet mogelijk, vanwege het tijdsbestek dat voor het onderzoek beschikbaar was. In mei werden de data geanalyseerd en in de maanden mei en juni werden de resultaten in zijn geheel vorm gegeven.

3.4.1 Interviews

Middels brief aan de Raden van Bestuur heeft de onderzoeker medewerking gevraagd voor deelname aan de interviews en gevraagd suggesties te doen voor relevante personen binnen de organisatie die bereid waren de interviews te ondergaan. De uitkomsten van de literatuurstudie en de oriënterende interviews werden gebruikt voor het opstellen van een topiclijst voor interviews in de afzonderlijke instellingen.

Voor het onderzoek werden 6 face to face interviews (semi-gestructureerd) gehouden. Deze respondenten waren werkzaam binnen de verpleeg- en verzorgingshuissector en binnen een gehandicapteninstelling. Er zijn twee interviews met bestuursleden, twee met middenkadermanagers en twee met operationele managers (gecombineerd in één interview) en één met een professional gehouden. Daarnaast is er met leden uit het onderzoeksteam een groepsinterview met de Centrale Ondernemingsraad van de Open Ankh gehouden.

Er is voor gekozen om de interviews als eerste met bestuurders te houden en daarop volgend de managers en professional. Zodoende kon de topiclijst na ieder interview verder worden uitgewerkt en verdiept aan de hand van de uitkomsten passend bij de volgende respondent om meer diepgang in de interviews te verkrijgen.

De respondenten werd gevraagd welke betekenis zij toekenden aan ondernemerschap en vermaatschappelijking in de zorg, welke dilemma's zij hebben ervaren en hoe zij daar mee om zijn gegaan. Specifieke thema's zoals: luxe zorg, rendabel aanbod van zorg, vermaatschappelijking zijn tegen die achtergrond uitgevraagd.

3.4.2 Verwerking interviews

De interviews varieerden in tijd van één uur tot anderhalf uur. De interviews werden opgenomen op i-pod en/of cassette en tijdens de interviews werden notities gemaakt. Notities werden gemaakt om gedachten te ordenen, concreter en dieper op onderwerpen in te gaan of later op terug te komen op belangrijke of opvallende zaken.

3.5 Data-analyse

In de analyse werden de literatuur en de uitkomsten van de interviews geïntegreerd; na de opnames werden de interviews gecodeerd en aan de hand van codering werden de interviews gerefereerd aan de literatuur. Dat betekent dat na elke opname interviews woordelijk werden uitgewerkt tot transcripten. De transcripten werden opgedeeld in fragmenten en meerdere malen gelezen om specifieke thema's te herkennen. Thema's werden gebruikt om patronen en gebruikte terminologieën te identificeren en te beschrijven vanuit het perspectief van de respondenten. Het continue herlezen van de interviews en coderen zorgden ervoor dat thema's werden uitgebreid en verdiept. De thema's werden vervolgens gerefereerd aan de literatuur om een interpretatie te maken van een grotere en diepere betekenis van de data in het perspectief van ethische uitgangspunten van ondernemerschap en vermaatschappelijking

3.6 Validiteit en Betrouwbaarheid

Er is gebruik gemaakt van triangulatie van data. Naast de interviews werden nieuwsbrieven, kwaliteits- en jaarverslagen verzameld om naar vastgelegde informatie te kunnen refereren en achtergrondinformatie te bestuderen. Deze documenten werden gepresenteerd op de websites of aangevraagd bij de desbetreffende instellingen. Niet alleen de 6 face-to-face interviews werden gebruikt voor data-analyse, maar meerdere interviews verzameld door andere onderzoekers bij de overige aangesloten instellingen.

Daarnaast is er gebruikt gemaakt van een external auditor. De external auditor is een ervaren onderzoeker in kwalitatieve onderzoeksmethoden. Het proces is continu geëvalueerd en bijgesteld middels dialoog en schriftelijke aanwijzingen. Daarnaast heeft een medestudent gediend als peer debriefer. Delen uit de scriptie werden tussendoor gelezen door deze medestudent en aan de hand van feedback werden correcties in de tekst aangebracht.

De rol van de onderzoeker heeft altijd effect op het onderzoek. Beperkingen van het onderzoek kunnen zijn dat het eigen blikveld werd verkleind, omdat er geparticipeerd werd

binnen een lopend onderzoek en er teveel van voorinformatie en al opgezochte/ aanwezige literatuur werd uitgegaan. Voordelen daarvan zijn dat samen met de andere onderzoekers een grote hoeveelheid literatuur gezocht kon worden. De resultaten van andere onderzoekers zijn van nut zijn geweest voor dit onderzoek. De nadelen wegen niet op tegen de voordelen, omdat met de participatie en informatie van de anderen verwacht wordt dat een beter resultaat is behaald.

4 Zorgpakketten/ arrangementen

De overheid beoogt met de introductie van marktwerking de kwaliteit van zorg te verbeteren en tegelijkertijd de kosten te beheersen. De marktwerking moet dienen als impuls voor kwaliteitsverbetering. Wil een instelling, zo is de veronderstelling, zich handhaven op de zorgmarkt, dan moet de instelling goede zorg leveren. Klanten eisen goede zorg, zo is de gedachte. Het gaat niet alleen om de kwaliteit van zorg, maar ook om de keuzemogelijkheden die, dankzij de markt, patiënten geboden zouden worden. Zorginstellingen, zo wordt verwacht zullen meer keuzemogelijkheden en meer faciliteiten gaan bieden. Zorginstellingen zullen tot slot onder druk worden gezet om kosten te beheersen als zorgkantoren selectiever worden in het contracteren van zorginstellingen. Een van de opties is om de keuzemogelijkheden voor klanten te vergroten in het aanbieden van luxe zorg. Dit wil zeggen het aanbieden van extra zorg buiten het reguliere pakket tegen extra betaling. Deze extra zorg wordt gebundeld in zogenoemde pluspakketten. Een 'plus' bovenop het standaardpakket. Onder luxe zorg valt het aanbieden van diensten of faciliteiten op een nieuwe manier en in een nieuwe combinatie.

In het onderstaande gedeelte wordt de situatie geschetst tegen welke achtergrond en op welke manier de ontwikkeling van luxe zorg plaatsvindt. Vervolgens wordt beschreven welke problemen er volgens zorgaanbieders plaatsvinden en in welk kader dit moet worden geplaatst. Als laatste wordt geschetst in welk speelveld de huidige zorgaanbieders zich bevinden of welke zij creëren of ervaren.

4.1 Huidige Situatie

In het volgende stuk wordt de stand van zaken aangaande luxe pakketten in de verschillende typen sectoren geschetst.

4.1.1 'Plus' pakketten

Voorals V&V instellingen zijn bezig in het kader van marktwerking en ondernemerschap tegen (extra) betaling zorgpakketten of arrangementen te ontwikkelen en aan te bieden. Pakketten die aanvullende zorg leveren bovenop de 'standaardzorg'.

Bestuurder V&V

We hebben nu een soort productenboek¹. Je kunt zeggen, u wilt een glaasje wijn bij het eten of u wilt ander eten, nou daar kun je pluspakketten voor maken. Dan hebben we een aantal klantengroepen, want wij kunnen natuurlijk niet alles.

De V&V instellingen willen onderscheid gaan maken in verschillende soorten producten of diensten die zij aanbieden. Het gaat om producten zoals luxe of extra eten, diensten als wandelingen buiten of een uitstapje onder begeleiding naar de stad. Het gaat niet om producten of diensten zoals een extra bezoek van de arts of paramedicus of kwalitatief beter verbandmateriaal, producten of diensten die met medische zorg te maken hebben. Kortom het gaat er vooral om, om het leven 'aangenamer' te maken in de instelling. Met aangenamer

¹ Productenboek is nog in ontwikkeling en nog niet in uitgifte of omloop

wordt bedoeld een zo prettig mogelijk leefklimaat voor jezelf, het individu te scheppen met behulp van deze extra luxe.

De producten worden gebundeld in pakketten. Uit het interview een voorbeeld gegeven als: luxe eten en activiteiten in één pakket. Die pakketten worden gedifferentieerd naar soorten klanten binnen de V&V sector. Voor groep a zijn er pakketten die extra diensten leveren wat betreft lichamelijke activiteiten of uitstapjes. Voor groep a een pakket b die luxe eten wil combineren met activiteiten. Ondernemers zijn mensen die zelf bepalen welke producten of diensten zij aanbieden. De ondernemende organisatie gaat een bepaalde klant dienen. Namelijk klanten die lichamelijk mobiel genoeg zijn om uitstapjes te kunnen maken. Ouderen die redelijk zelfstandig kunnen eten, weinig tot geen medicatie gebruiken (bijv. ivm alcohol) en geen sondevoeding gebruiken. Bovenal ouderen die financieel draagkrachtig genoeg zijn om de luxe te kunnen betalen. Dat betekent automatisch dat andere klanten (groepen) afvallen binnen diezelfde organisatie, namelijk ouderen met een zeer hoge zorgzwaarte en financieel ondraagkrachtige ouderen.

4.1.2 Eigen bijdragen

De GZ instelling ontwikkelt zelf geen nieuwe pakketten, maar zij krijgen vragen van ouders voor eigen bijdragen om (extra) luxe producten te bekostigen. Producten als een luxere douchestoel, luxe eten².

Afdelingshoofd GZ

Ik heb wel eens een geval gehad waarvan de ouder zei nou ik wil hem (de douchestoel toch) en we gaan bijdragen. Dan hebben we het over een douchestoel voorzien van alle gemakken die we tegenwoordig hebben, computergestuurd. Dan is het mijn creativiteit, kunnen we andere middelen aanboren in de Wet Voorzieningen Gehandicapten om ons doel te bereiken.

Het gaat om producten die worden gezien als een individueel hulpmiddel bij het (ver)zorgen. Voor producten die gezamenlijk worden gebruikt zoals spelmateriaal, spullen voor aankleding van een gezamenlijke huiskamer worden wel bekostigd door ouders, het 'zakgeld' van de klant of via donaties van de 'vrienden'³ van de instelling. De organisatie wil alle klanten blijven bedienen binnen de organisatie, mits de vragen van de klanten binnen het kader van de wet- en regelgeving vallen. Op het moment dat deze luxevraag niet gehonoreerd kan worden, wordt deze doelgroep niet bedient.

Het blijkt dat er verschillen bestaan tussen de sectoren in het creatief of innovatief bezig zijn, namelijk in het wel of niet aanbieden van pakketten of het accepteren van eigen bijdragen voor extra luxe. Eigenlijk bestaat het fenomeen van keuze uit verschillende pakketten deels al bij de zorgverzekeraars. Als klant kun je kiezen om een basiszorgpakket te nemen met alle benodigde basiszorg, gedefinieerd door de overheid en dit basispakket eventueel aan te vullen met verschillende soorten aanvullende pakketten. Tegenover de keuze voor dit aanvullende

² Bedragen en preciezere definities van producten konden niet worden gegeven door het afdelingshoofd of zijn gevonden op de website.

³ De stichting Vrienden van de Compaan zet zich in om die extra's te bieden waarvoor de Compaan zelf de mogelijkheden niet heeft. Het gaat daarbij om kleine dingen: speeltoestellen, een computer of een biljarttafel. Maar ook grotere projecten, zoals het inrichten van een nieuw kinderdagcentrum of een kinderboerderij kunnen rekenen op een steuntje in de rug van 'de Vrienden van de Compaan'. De stichting Vrienden van de Compaan is onafhankelijk van de Compaan en bepaalt zelf welke activiteiten zij steunt. (bron: www.decompaan.nl)

pakket bestaat een geldelijke vergoeding afhankelijk van het soort 'plus' pakket. In deze pakketten krijg je meerdere soorten zorg vergoed, maar is het ook mogelijk om bijvoorbeeld een eenpersoonskamer in een ziekenhuis te verkrijgen. Net als bij verzekeringen die adverteren voor verschillende doelgroepen (klantengroepen), voor bijvoorbeeld 'kies nu dit pakket' want er zit deze zorg in voor de oudere klant of deze zorg in voor de jonge moeder. Verzekeringen maken binnen hun pakketten onderscheid tussen verschillende soorten klanten, zodat zij hun pakketten kunnen afstemmen op voor ieder-wat-wils.

Vanuit verschillende trend analyses blijkt dat er een toenemende koopkracht bestaat bij burgers in de samenleving (Putters 2001). Op dit moment zijn de luxe pakketten er nog niet. Het is daarom niet mogelijk iets over het gebruik van deze pakketten te zeggen. Als we over ouderen spreken, kan worden verwacht dat een deel van deze ouderen gebruik zal maken van deze pakketten. Het is echter onzeker hoe de betaling van luxe of extra zich in de GZ en GGZ zal ontwikkelen.

Het is belangrijk om te weten dat het nu nog steeds zo is dat klanten met hun hulpvraag bij het CIZ aankloppen en dit indicatieorgaan een indicatiebesluit opstelt. Hoeveel uur zorg zij nodig achten en welke zorgzwaarte daar aan hangt. Vervolgens kloppen klanten bij een zorgaanbieder die volgens het indicatiebesluit de desbetreffende benodigde zorg levert. Dat betekent dat de inhoud van basispakket vaststaat. Het basispakket zal bestaan uit 'standaardzorg' gefinancierd door de AWBZ. Die standaardzorg is niet alleen zorg voor een aandoening, maar ook eten, wonen, activiteiten etc. Buiten het pakket van de AWBZ-zorg zijn er mogelijkheden om op het gebied van luxe keuzen aan te bieden. Immers voor luxe zorg buiten de AWBZ gefinancierd om, is er geen indicatiebesluit nodig. Buiten die AWBZ zijn ondernemers en klanten vrij in het aanbieden en kiezen van diensten en producten, binnen het kader van wet- en regelgeving niet.

4.2 Wat je ook kiest, het is triest

Met marktwerking en ondernemerschap wordt verondersteld dat het zorgaanbieders meer vrijheid geeft om zelf producten en diensten aan te bieden, echter zij hebben nog steeds te maken met een gereguleerde markt(werking). In het onderstaande gedeelte wordt dat duidelijk.

4.2.1 Zorgdomein of vrije markt

V&V sector

De V&V instellingen willen onderscheid gaan maken in verschillende soorten producten of diensten die zij aanbieden aangeboden in 'plus' pakketten. In de V&V instellingen gaat het om luxe wat betreft extra faciliteiten en diensten, geen zorg, maar producten om het leven te veraangemen. De organisatie gaat een bepaalde klant dienen. Klanten die mobiel zijn, redelijk zelfstandig en financieel draagkrachtig.

Onder 'luxe' wordt duurder eten, meer eten verstaan, wandelingen en uitstapjes, maar andere dingen die onder zorg vallen worden niet gedefinieerd. Klanten in de ouderenzorg vallen onder de wet AWBZ, zorg voor chronisch zieken. Zorg vanuit de AWBZ gaat verder dan alleen eten, uitstapjes of wandelingen. AWBZ geformuleerde zorg bestaat uit medische zorg, wonen en eten. 'Rechten hebben' of 'recht hebben op' in het kader van de wet houdt in dat de indicatie, die in de wetgeving staat vastgelegd, dat iedereen binnen die wet hetzelfde

krijgt en moet krijgen. Dat betekent dat elke oudere met medische zorg vanuit het 3^e compartiment, onder de AWBZ-zorg valt. Collectief betalen wij als burger mee aan deze financiering en we vinden dat niet alleen volgens de wet, maar ook vanuit onszelf dat we dus recht hebben hetzelfde te krijgen als ieder ander zodra zorg onder de AWBZ valt. De medische zorg betaald vanuit de AWBZ is voor iedereen hetzelfde gedefinieerd, afhankelijk van de zorgzwaarte en moet ook geleverd worden door de zorgaanbieder. In de V&V sector mogen er dus geen verschillen bestaan in de definitie voor het geven van zorg. Het kan niet zo zijn dat de mevrouw x meer zorg krijgt dan mevrouw y. Een V&V instelling kan en mag niet sleutelen aan deze standaardzorg of dit basispakket.

Het is het recht van het individu om 'luke' zorg te kopen. Het is geen gemeenschapsrecht meer, zoals de AWBZ voor iedereen geldt, maar het recht van het individu in dit geval de oudere. Het recht van de oudere op luke is geen recht meer vanuit de wet- en regelgeving in de zorg, maar de wetten van de markt gelden ineens. Wetten van de markt met de klant als koper van producten en diensten. Binnen die markt is het collectief geaccepteerd dat er onderlinge verschillen kunnen optreden in bevolkingsgroepen. Verschillen in de grote van een huis, wel of niet kunnen dineren in een restaurant. Het houdt in, dat het algemeen wordt geaccepteerd dat er binnen V&V instellingen verschillen optreden tussen ouderen.

Luxe is meer dan alleen eten, uitstapjes of wandelingen. 'Luxe' in de V&V sector wordt eenzijdig gedefinieerd. De basis is gegarandeerd binnen de zorg, het basispakket. Alle extra's buiten dit pakket is luke, dus extra geld, dus met het aanbieden van luke beleving V&V instellingen zich op de vrije markt. Alleen op die markt is het niet zo dat iedereen gegarandeerd is van een bepaalde basisbehoefte en wil je meer dan moet je extra betalen. Nee, een klant koopt een product kan hij dat niet betalen dan krijgt hij niets. Kan een maaltijd in een supermarkt of restaurant niet betaald worden dan geen product. In die zin is luke op een markt anders dan luke binnen een V&V instelling als die luke nog binnen het domein van het zorgen valt.

GZ sector

De GZ instelling ontwikkelt zelf geen 'plus' pakketten. Zij krijgen vragen van ouders voor eigen bijdragen om (extra) luke producten te bekostigen. Het gaat om producten die worden gezien als individueel hulpmiddel bij het (ver)zorgen. Alle klanten binnen de organisatie blijven bediend, mits de vragen binnen het kader van de wet- en regelgeving vallen anders wordt die vragen niet gehonoreerd en deze doelgroep niet bediend.

Afdelingshoofd GZ

Ik heb wel eens een geval gehad waarvan de ouder zei nou ik wil hem (de douchestoel toch) en we gaan bijdragen. Dan hebben we het over een douchestoel voorzien van alle gemakken die we tegenwoordig hebben, computergestuurd. Dan is het mijn creativiteit kunnen we andere middelen aanboren in de Wet Voorzieningen Gehandicapten om ons doel te bereiken.

In de GZ organisatie wordt onder 'luke' een mooier, duurder of kwalitatief beter hulpmiddel voor de zorg verstaan. Andere elementen als spelmateriaal en de aankleding voor de huiskamer worden individueel bekostigd. Hulpmiddelen voor zorg en verzorging vallen onder de Wet Voorzieningen Gehandicapten. AWBZ geformuleerde zorg bestaat uit medische zorg, wonen en eten. In de bovenstaande paragraaf is al kort genoemd dat 'Rechten hebben' of 'recht hebben op' in het kader van de wet inhoudt dat de indicatie in die wetgeving staat vastgelegd zodat iedereen binnen die wet hetzelfde krijgt en moet krijgen. De medische zorg en hulpmiddelen vanuit de AWBZ en Wet Voorzieningen Gehandicapten is voor iedereen

hetzelfde gedefinieerd afhankelijk van de zorgzwaarte en benodigde hulpmiddelen en moet ook geleverd worden door de GZ instelling. In principe moet iedere klant binnen de GZ instelling hetzelfde soort 'luxe' hulpmiddel krijgen als daarvoor een aanvraag wordt gedaan. Niet alleen die ene luxevraag naar de douchestoel moet worden gehonoreerd, maar dan hebben alle klanten recht op een luxe douchestoel.

Luxe is meer dan alleen een zorghulpmiddel. 'Luxe' wordt nu eenzijdig binnen de GZ organisatie gedefinieerd. Er is geen sprake van een luxe product, want er is sprake van een markt, namelijk die van de zorg en binnen die zorgmarkt heersen de wetten en regels waarbinnen de GZ organisatie, maar ook de klant zich beweegt. Op het moment dat die klant met zijn luxevraag zich buiten die zorgmarkt wil begeven, bestaat er voor hem geen markt meer, want binnen de GZ instelling bestaat geen andere markt dan de zorgmarkt.

Het is belangrijk aan te geven dat er binnen de drie typen sectoren andere woonvormen bestaan. Deze uitleg is van betekenis voor de uiteenzettingen van betekenissen die aan de hand van de verschillende vocabulaires worden gegeven in de paragraaf 4.4. Ondanks dat individualisering ook de zorgsector aandient worden er in de care sector verschillende zorgvormen in groepsvormen aangeboden.

In de ouderenzorg worden verschillende patiëntgroepen onderverdeeld in een organisatie, somatiek en PG. Ouderen wonen over het algemeen op zelfstandige kamers. Er kunnen gezamenlijk activiteiten ondernomen worden, zoals eten, activiteitenbegeleiding, uitstapjes. Ze kunnen gezamenlijk eten en drinken in gezamenlijke ruimten: woonkamer, restaurant, koffiezaal of alleen op de kamer. Activiteitenbegeleiding gebeurt over het algemeen in groepsvorm. Het wonen in groepsvorm komt meer voor bij GGZ en GZ instellingen. Patiënten wonen kleiner, hebben geen faciliteiten om te koken in hun kamer en leven daardoor meer in de gezamenlijke huiskamer. Activiteitenbegeleiding gebeurt ook in groepsvorm.

4.3 Goede zorg

In de onderstaande paragrafen wordt beschreven wat zorg nu precies inhoudt voor managers en operationele managers of professionals in de drie sectoren. Zorg in de betekenis van medische zorg of zorg in het verzorgen van de klant of zorg dragen voor de klant/patiënt op alle fronten.

4.3.1 Medische zorg en Welzijnszorg

Het blijkt dat bestuurders, managers en professionals een andere visie hebben op zorg. Binnen het bewegende domein van ondernemerschap wordt het onderscheid aangescherpt. Als eerste wordt de visie van bestuurders op het begrip zorg geschetst.

Bestuurder V&V

Het kan zijn dat je in je basiszorg goed verwoord wat je aanbiedt aan lichamelijke verzorging. Als mensen zeggen, ik vind het prettig om. Dan kun je zeggen ja dat kan, maar betekent ook extra inzet personeel. Daar kunnen we in voorzien, dat kost u een bepaald bedrag.

Bestuurder GGZ

Gaat om zorg voor aandoening (dan moet)-geld geen rol (spelen). Bedrijfsspoli niet kunnen.

Bestuurder Gehandicaptenzorg

We moeten wel definiëren wat verantwoorde zorg is- dit is een definitie, dit is standaardzorg, de basisbehoeften.

Onder basiszorg wordt medische zorg verstaan, in de betekenis van zorg voor een aandoening. Zorg voor een aandoening betekent wondverzorging, medicatietoediening en alle lichamelijke verzorging daaromheen om de patiënt zo goed mogelijk te laten herstellen of zijn toestand stabiel te houden. Die medische zorg wordt alleen nog verleend in het basispakket. Het aanbieden van standaard- of basispakketten zonder franje. Franje in de vorm van elementen als eten en wonen worden gedeeltelijk of helemaal niet meer gedefinieerd in het nieuwe basispakket. Maar ook franje in de vorm van zorg dragen voor het welzijn van de patiënt zoals extra aandacht en kleine attenties of extra activiteiten ondernemen. Als er wordt gesproken over luxe zorg dan wordt er gesproken over producten en diensten buiten het basispakket om. Dus buiten de medische zorg voelen zorgaanbieders vrijheid in het aanbieden van diensten en producten. 'Luxe' op de markt van de medische zorg zou bijvoorbeeld zijn dat mensen voorrang verkrijgen op wachtlijsten door middel van instroming op een bedrijfspolikliniek. 'Luxe' op de markt van medische zorg is bijvoorbeeld een extra keer een artsbezoek, een langer artsbezoek of een extra keer fysiotherapie krijgen. Dus medische zorg als 'luxe' bovenop de standaard.

4.3.2 (Professionele) betrokkenheid

Er wordt een beeld geschetst over de achterliggende motieven waarom mensen kiezen om werkzaam te zijn in de gezondheidszorg. Zorg gaat verder dan het verlenen van alleen medische zorg. Medewerkers kiezen voor de franje om te gaan werken in de zorg. Deze franje wordt niet opgelegd, gemeten in termen van de hoeveelheid benodigde medicatie of het aantal keer verzorgen van de wond, maar komt vanuit de intrinsieke motivatie van medewerkers.

Bestuurder GZ

Mensen komen hier werken, omdat hun bezieling daar ligt, ze graag met anderen willen werken.

Locatiemanager V&V sector

Het is natuurlijk fantastisch dat er een betrokkenheid is van medewerkers. Je moet altijd voorzichtig zijn wat een professionele betrokkenheid hoort te zijn en wat buiten die professionele verantwoordelijkheid omgaat, waarbij je in de liefdadigheidssfeer komt. Dat wij duidelijk moeten aangeven wat wij wel bieden en wat wij niet bieden. Wat wij niet kunnen bieden en als mensen het om welke reden financieel niet rond kunnen krijgen.

Vanuit de intrinsieke motivatie kiezen mensen om in de gezondheidszorg te werken. Dit zorgt voor een betrokkenheid bij patiënten. Een betrokkenheid die volgens bestuurders schommelt tussen professie (verantwoordelijkheid) en liefdadigheid. Zorg voor de zieken van de samenleving was vroeger niet voor niets een taak voor liefdadigheidsinstellingen. Het verlenen van zorg is steeds zakelijker geworden. Zakelijk in de zin van het uitvoeren van handelingen om medische zorg te verlenen. Die handelingen, zoals wondverzorging en medicatie worden als een professionele zakelijkheid vastgelegd in de regels van de basiszorg; de standaard, dus zonder franje. Betrokkenheid bij medewerkers is nodig om behoeften van mensen te signaleren die zij zelf niet meer kunnen verwoorden of waar zij zelf niet meer voor kunnen zorgen. Een professionele zakelijkheid kun je aan banden leggen, handelingen

stapsgewijs vastleggen in protocollen, opleidingen en zorgovereenkomsten/contracten tussen vrager en aanbieder. Betrokkenheid of in feite de franje, bezieling is volgens professionals een noodzakelijke voorwaarde om goede zorg te kunnen verlenen. Volgens bestuurders is de grens van professionele betrokkenheid of liefdadigheid moeilijk van elkaar te onderscheiden. Liefdadigheid of betrokkenheid wordt goed gevonden, zolang het de kosten niet overschrijdt. Doordat die grens zo moeilijk is te trekken, zal duidelijker moeten worden gedefinieerd wat er in welk pakket wordt aangeboden waarmee de zakelijkheid zijn intrede doet.

Daarnaast heeft die betrokkenheid nog een ander aspect in zich, namelijk die van spontaniteit. Medewerkers vinden het leuk om bewoners een plezier te kunnen doen en het leven in de instelling gezelliger en leuker te maken.

Locatiemanager V&V sector

Medewerkers hier op zoek gaan naar de goedkoopste kledingwinkel in Katwijk.

Dan nemen medewerkers het op zich om bijv. naar Lidl of naar Aldi te gaan om goedkope sigaretten te halen. Dat wordt dan door de bewoner betaald, waarmee zie je ook de worsteling van die medewerker. 'Plus'pakketen- ja dat gaan we doen.

Professional

Het gebeurt, het feit dat iemand fruit meeneemt voor alle bewoners. Ik zie iets op de markt wat leuk is voor de huiskamer als prulletje wat het gezellig maakt. Dat gebeurt heel erg veel.

Medewerkers signaleren behoeften van bewoners en spelen daar op in. Betrokkenheid is altijd aanwezig, maar komt tot uiting op de momenten dat medewerkers behoeften van klanten signaleren. De uiting van betrokkenheid is niet aan vaste tijden gekoppeld, maar komt onverwacht. Voor deze betrokkenheid is geen plaats meer in de basiszorg. Het hoort bij luxe zorg, maar om voor luxe zorg in aanmerking te komen, moeten klanten aan het begin van het jaar intekenen welk 'plus' pakket zij willen krijgen. In dat pakket ligt vast dat ze een of twee keer per week sigaretten of fruit krijgen. Op het moment dat ze meer sigaretten of fruit willen of juist geen sigaretten of fruit meer willen moet de klant intekenen op een ander 'plus' pakket kopen.

Kort samengevat kan worden gezegd dat luxe zorg alleen vorm krijgt buiten de AWBZ-zorg om in de V&V instellingen. Het basispakket bestaat uit AWBZ gedefinieerde zorg en daar wordt niet aan gesleuteld. Daarnaast heeft de GZ instelling stelling wel te maken met een vraag naar luxe, maar ontwikkelen zij geen pakketten. Zij willen luxe vragen honoreren als dit binnen de wet valt en anders willen zij gelijkheid binnen de instelling blijven handhaven.

Mensen komen in de zorg werken, omdat zij intrinsiek gemotiveerd zijn om (medische) zorg te bieden en zorg voor welzijn. De grens tussen professionele betrokkenheid en liefdadigheid is onduidelijk. Die grens wordt verduidelijkt door zakelijkheid in de vorm van protocollen, overeenkomsten en die grens wordt verduidelijkt om het financiële kader precies te definiëren. Zorg voor welzijn verdwijnt daarmee deels uit het basispakket. Buiten dat is welzijnszorg onverwacht, gegeven naar behoeften en de precieze hoeveelheid en levering op vaste tijden worden nu vastgelegd in het luxe pakket.

Een eerste aspect is dat als instellingen helemaal niet kiezen voor luxe pakketten zij geen ondernemer zijn en waarschijnlijk is het luxe pakket een extra bron van inkomsten. Echter het luxe pakket is niet voor iedereen bereikbaar en zorg voor welzijn verdwijnt in dat luxe pakket. Een tweede aspect is dat betrokkenheid en liefdadigheid nodig zijn voor de motivatie van medewerkers en voor het algemene welzijn van de klant. Dat houdt goede zorg verlenen in. Maar activiteiten die samenhangen met betrokkenheid moeten wel passen binnen het financiële kader, anders zou een instelling hiermee verlies kunnen leiden.

Dus waar er ook voor gekozen wordt, wel of geen extra of luxe pakket, wel of geen betrokkenheid/ liefdadigheid een van beide partijen gaat er op achteruit ofwel de klant ofwel de organisatie. Wat je ook zou kiezen, het blijft moeilijk.

4.4 Speelruimte

Domein

In de instellingen wordt onderscheid gemaakt tussen AWBZ betaalde producten, producten buiten de AWBZ om en producten betaald door de Wet Voorzieningen Gehandicapten. In de GZ wordt er onderscheid gemaakt tussen gezamenlijke en individuele zorgvormen. Welke beschrijving van luxe zorg en de ethische uitgangspunten past binnen marktwerking en ondernemerschap? De beschrijving (definitie) van luxe zorg, gelijkheid, en AWBZ/ WVG vindt plaats vanuit verschillende vocabulaires. De aard van deze vocabulaires ligt in de oorsprong van deze vocabulaires. Economisch (winst, verlies, markt), politiek (sociaal, liberaal) of professioneel medisch (kwaliteit van zorg) (Grit 2002, Mol 2004). Het gebruik van deze vocabulaires wordt ondersteund in de volgende citaten.

Bestuurder Gehandicaptenzorg

Stel dat het gebeurt, dan zeg ik fantastisch, maar geen expliciete verschillen in een groep (gehaktbal-biefstuk). Ik betaal het niet vanuit de AWBZ.

Locatiemanager v & v

Ja. Waar je recht op hebt vanuit de AWBZ dat is geformuleerd door CTG, het bekende groene boekje. Dat zullen we zeker bieden en daarnaast als iemand 2x per dag warm wil eten dat kan. Dan hoort daar extra financiering bij.

Bestuurder GGZ

Daarnaast geld verdienen aan bepaalde zaken. Geen moeite mee om luxe op de markt te zetten, is ook onze cultuur in Nederland: voor luxe moet je betalen. Luxe auto; eerste en tweede klas reizen.

De beschrijving van luxe zorg binnen marktwerking en de uitgangspunten van luxe zorg vallen niet meer onder de noemer zorg, omdat de klant zich niet meer beweegt binnen het institutionele kader van het zorgdomein. Luxe in de economie betekent geld, de dominante factor op een vrije markt en valt daarmee onder het economische vocabulaire. Geld is van het individu, niet van een groep mensen. Als geld voor een hele groep mensen beschikbaar zou zijn, dan zou dit betekenen dat luxe zorg niet onder het economische vocabulaire valt, maar onder het politieke vocabulaire. AWBZ verwijst naar 'het recht', 'recht hebben op', naar het politieke vocabulaire. Wijzend naar het politieke kader waaronder het recht op zorg valt en ook gelijkheid voor iedereen die zorg moet krijgen. De gelijkheid domineert in de zorg als solidariteitsprincipe. Echter luxe is niet voor iedereen bereikbaar, terwijl zorg dat wel is. Het economische vocabulaire domineert boven het politieke vocabulaire. Dit omdat met ondernemerschap organisaties een keuze hebben welke producten of diensten zij aanbieden en aan wie ze die aanbieden. Volgens bestuurders van alle drie de sectoren wordt het verkrijgen van luxe geaccepteerd door de maatschappij en door de organisatie omdat het besluit genomen is om luxe aan te bieden. Luxe is geen zorg en geen AWBZ en daarmee verdwijnt het politieke vocabulaire: de gelijkheid, de solidariteit naar de achtergrond. Aan de andere zijde willen bestuurders gelijkheid blijven handhaven binnen groepen en dus juist zorg (of luxe) blijven beschouwen als gemeenschapsgoed. Dit gemeenschapsgoed botst met het

individuele goed. Welke keuzes organisaties ook nemen in het wel of niet aanbieden van luxe. Er zijn altijd doelgroepen die niet bediend worden. Alleen de toegang tot de basiszorg is voor iedereen gewaarborgd, daarin zijn geen keuzes te maken. Keuze voor 'plus' is keuze voor individuele voorkeuren, maar niet alle individuen kunnen worden bediend. Er kunnen geen keuzen worden gemaakt in de basiszorg en daarmee is het basispakket niet ondernemend, niet innovatief en creatief. Die basiszorg wordt gedefinieerd door de overheid en de organisatie voert de regels uit. Keuze voor 'plus' pakketten is een manier om je als organisatie te profileren als ondernemer, maar dat betekent dat er geen zorg meer wordt gedragen voor de sociaal zwakkeren of financieel minder draagkrachtige mensen, waardoor maatschappelijke doelstellingen uit het oog worden verloren.

De logica van het kiezen veronderstelt een bewust kiezende klant waarmee luxe zorg zich kenmerkt. Mol (2005) betoogt dat de 'logica van het kiezen' niet van toepassing is op de zorg. Luxe zorg past binnen het economische vocabulaire, hetgeen domineert boven de het politieke vocabulaire. Daarmee is de 'logica van het kiezen' wel van toepassing op de zorg gemaakt, aangezien we kunnen spreken van die bewust kiezende klant alleen binnen een beperkt kader. Daardoor verandert de betekenis van de 'logica van het zorgen' en komt daarmee onder druk te staan. Zorg is niet meer samen met de klant op zoek naar een passende positie in de maatschappij, maar alleen voor de betalende klant. De speelruimte die instellingen hebben wordt verkleind door de 'logica van kiezen' alleen te laten gelden binnen de luxe zorg en de 'logica van het zorgen' binnen de basiszorg.

Zorg

In de instellingen wordt gesproken over basis/ standaard, behoeften, medische zorg en betrokkenheid en verantwoordelijkheid. Welke beschrijving van zorg en de ethische uitgangspunten past binnen marktwerking en ondernemerschap vanuit de verschillende vocabulaires? In welke oorsprong de aard van deze vocabulaires liggen (economisch (winst, verlies, markt), politiek (sociaal, liberaal) of professioneel medisch (kwaliteit van zorg) wordt hieronder duidelijk gemaakt.

Bestuurder Gehandicaptenzorg

We moeten wel definiëren wat verantwoorde zorg is- dit is een definitie, dit is standaardzorg, de basisbehoeften.

Locatiemanager V&V sector

Het is natuurlijk fantastisch dat er een betrokkenheid is van medewerkers. Je moet altijd voorzichtig zijn wat een professionele betrokkenheid hoort te zijn en wat buiten die professionele verantwoordelijkheid omgaat, waarbij je in de liefdadigheidssfeer komt. Dat wij duidelijk moeten aangeven wat wij wel bieden en wat wij niet bieden. Wat wij niet kunnen bieden en als mensen het om welke reden financieel niet rond kunnen krijgen.

De keuze van het vocabulaire (basis)behoefte valt binnen het domein van het economische vocabulaire. Op basis van behoefte is er vraag naar een bepaald product. Als er geen behoefte is, kan er geen vraag zijn en hoeft er geen aanbod te zijn. Ondernemerschap in de zorg volgt bedrijfskundige principes, binnen het vocabulaire van de economie. Daar hoort een eigen verantwoordelijkheid bij, namelijk voor de eigen organisatie en hun producten en kwaliteit. Verantwoordelijkheid kan ook binnen het kader van de professie vallen. De professional is verantwoordelijk voor de levering van kwaliteit van zorg, waarmee met de woorden zorg en kwaliteit direct een professioneel medisch vocabulaire wordt aangeduid. Zorg voor een aandoening is het verlenen van medische zorg. Medische zorg valt onder het vocabulaire van

professioneel medisch. Voor betrokkenheid geldt hetzelfde. De betrokkenheid bij een klant levert kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven aan die klant. Standaard (zorg) past binnen het vocabulaire van de politiek. De politiek heeft de plicht te zorgen binnen het sociale kader voor een kwalitatief, toegankelijke en gelijke zorg voor alle burgers in de samenleving.

Het politieke vocabulaire domineert boven het economische vocabulaire en het economische vocabulaire domineert boven het professioneel medisch vocabulaire. Volgens bestuurders van instellingen moet eerst de standaard worden gedefinieerd, voordat er verder gekeken kan worden naar andere aspecten van de zorg. Bij het verwoorden van de standaard of basispakket worden alle behoeften voor de klanten gelijk gesteld. Er is immers geen keuze in het basispakket, behoeften en kan er dus geen sprake zijn van vraag. Medische zorg wordt verleend op basis van behoeften, maar die behoeften worden vastgesteld aan de hand van zorgzwaarte. Die zorgzwaarte is vastgesteld door het CIZ als tussenproduct van de vrager. De professional signaleert een behoefte naar kwaliteit van leven, kwaliteit van zorg. Hij toont betrokkenheid. Met het opnieuw definiëren van het standaard valt de betrokkenheid van de professional buiten de basiszorg. Hoewel kwaliteit van zorg voorop staat is deze kennelijk niet genoeg om te behouden in de huidige pakketten.

De zorg voor kwaliteit van leven botst met zorg voor een aandoening. De logica van het zorgen omvat beide aspecten, terwijl nu die twee elementen uit elkaar worden getrokken. In de logica van het zorgen ontstaat een tweedeling: in het basispakket is geen plaats meer voor liefdadigheid/ teveel professionele betrokkenheid; het professionele vocabulaire verdwijnt niet, maar verandert van plaats namelijk naar het luxe pakket. Waardoor er afbreuk wordt gedaan aan de logica van het zorgen als samen op zoek met de klant naar een passende positie binnen de instelling. De organisatie benutten de ruimte van de logica van het zorgen niet goed door deze tweedeling te laten ontstaan. Organisaties ontnemen mede hun bestaansrecht aan hun medewerkers en klanten. Nu doen ze misschien wel afbreuk aan de motivatie en tevreden van medewerkers en klanten, waardoor de logica van het zorgen misschien wel helemaal verdwijnt of nog kleiner wordt gemaakt.

5 Maatschappelijk Ondernemen

Zorginstellingen beogen ondernemerschap na introductie van marktwerking na te streven, maar ook het uitvoeren en handhaven van de publieke taak/ rol is van grote waarde. In de zorginstellingen en in de literatuur wordt er in het algemeen gesproken over de combinatie van het maatschappelijke en het ondernemen; maatschappelijk ondernemerschap of de maatschappelijke ondernemer (Dees 1998, Van der Grinten 1999, RVZ 1996, RVZ 2000). Het gaat niet alleen om een ondernemende organisatie die vanuit een privaat (organisatie) initiatief, wat een gezondheidszorgorganisatie *sec* is, op een creatieve en innovatieve manier diensten en producten op de (zorg)markt aan te bieden. Het gaat om de publiek maatschappelijke functie; de positie van de klant, toegankelijkheid en bereikbaarheid waarborgen en zorgen voor een kwalitatief goed en breed zorgaanbod (Van Harten & Schuring 2003). Wil een instelling zich blijven handhaven op de zorgmarkt, zo is de veronderstelling, dan moet een instelling financieel gezond opereren. Instellingen voelen een maatschappelijke druk in de zin van verantwoordelijkheid vanuit de overheid en maatschappij voor de hulpbehoevenden. Niet alleen van buiten af, maar ook intern is het verantwoordelijkheidsgevoel een sterk bepalende factor voor het beleid. Volgens bestuurders van zorginstellingen wordt er steeds meer financiële druk ervaren vanuit de overheid, omdat zij steeds meer financieel verantwoordelijk worden voor hun eigen organisatie. Daarom zeggen zij steeds strenger zorgvraag en bijbehorende indicatie te beoordelen. Tevens zeggen zij selectiever klanten aan de poort te beoordelen. In het onderstaande stuk wordt de situatie geschetst tegen welke achtergrond ontwikkelingen uit de maatschappij en overheid invloed hebben op het beleid en gedrag van de zorginstelling. Vervolgens wordt beschreven welke problemen er volgens zorgaanbieders plaatsvinden en welk kader dit moet worden geplaatst. Als laatste wordt geschetst in welk speelveld de huidige zorgaanbieder zich bevinden of de welke zij creëren of ervaren.

5.1 Huidige Situatie

In het volgende stuk wordt geschetst met wat voor soort klant de verschillende typen sectoren te maken hebben. De onderscheiding in soort klanten heeft gevolgen voor de handelwijzen van de instellingen. Dit werpt een blik op hoe zij wel of niet maatschappelijke ondernemer zijn.

5.1.1 Kortdurende (ambulante) en 24-uurs zorg

Een bestuurder uit de GZ instelling beschrijft dat zij klanten hebben die levenslang gebruik maken van de instelling. Vermaatschappelijking is daarom minder belangrijk in de betekenis van participatie en integratie in de maatschappij, omdat deze mensen niet aan het maatschappelijke leven gaan deelnemen. Daarom krijgt vermaatschappelijking in deze sector de betekenis van een interne maatschappelijke verantwoordelijkheid. Ook vertelt de bestuurder dat er een ontwikkeling is dat klanten met beperkingen meer gebruik maken van maatschappelijke voorzieningen. Vermaatschappelijking krijgt in dit geval de betekenis van zorg dragen en ondersteuning bieden voor integratie in de maatschappij.

Bestuurder GZ

Deels is dat evenwicht een gevolg van eigen succes van de sector: gehandicapten maken langer of vaker gebruik van algemeen maatschappelijke voorzieningen en worden dus minder snel intramuraal opgenomen of hoeven minder gebruik te maken van de voorzieningen van de instelling.

ja daar kan ik natuurlijk erg onrustig van worden dat wij nu mensen in huis hebben.. in principe hebben we ze voor de eeuwigheid in huis... (..) Maar die wonen en worden door ons ondersteund in een omgeving die eigenlijk (financieel) niet uitkan.

Bestuurder GGZ

... wij willen wel vermaatschappelijken, maar als de maatschappij dan, cq de overheden niet bereid zijn te financieren, wat wij ambachtelijk wel kunnen, wat moeten wij dan met die vermaatschappelijking.

De GZ instellingen maakt onderscheid tussen klanten. De ambulante klant, klanten die af en toe gebruik maken van voorzieningen in de instelling en geen volledige bewoner meer zijn van de instelling, maar meer en meer bewoner van de maatschappij. Klanten die 24-uurs zorg nodig hebben en levenslang binnen de muren van de instelling wonen. In het wonen en verzorgen niet ondersteund door de maatschappij, maar door de instelling. Algemeen maatschappelijke voorzieningen zijn voorzieningen als: woonvoorzieningen als groep gesitueerd in het centrum van een stad, werken in een wijkcentrum⁴. De instelling houdt een bepaalde omgeving in stand die niet reëel is voor de situatie in de maatschappij. Die bemaarde omgeving van de instelling botst met de onbeschermdde omgeving van de maatschappij. De maatschappij is een omgeving waar mensen met en zonder beperkingen wonen, waar mensen zoveel mogelijk zelfstandig functioneren en waar mensen voortdurend wisselen van woon- en werkomstandigheden. De maatschappij is geen beschermdde ommuurde omgeving waar burgers ieder moment kunnen terugvallen op hulp.

Kort samengevat kan gesteld worden dat mensen met een handicap langer leven, instellingen voelen grote verantwoordelijkheid naar patiënten die 40 tot 60 jaar bij hen wonen. Ze willen meer bieden dan alleen beschermdde zorg, namelijk ook toegang tot de wereld buiten de instelling. Een andere groep patiënten maakt langer gebruik van eerste lijnszorg. Zij worden niet opgenomen, maar krijgen ambulante zorg en begeleiding in bijvoorbeeld wonen, het opzetten van winkeltjes met zelfgemaakte spullen. De zorg die eerst in de instelling werd gegeven, is nu verplaatst naar de maatschappij. Vermaatschappelijking heeft twee betekennissen gekregen, verantwoording voor iemand leven en aanbieden van zorg en ondersteuning buiten de instelling.

5.1.2 Aantrekkelijk en Onaantrekkelijk

Zorginstellingen ervaren meer financiële druk van de overheid en budgetverantwoordelijkheden worden steeds lager in de organisatie gelegd. Daardoor wordt zichtbaarder welke klanten financieel aantrekkelijk zijn en welke niet of in mindere mate.

Locatiemanager V&V instelling

Wat wij niet kunnen bieden en als mensen het om welke reden financieel niet rond kunnen krijgen. Dan houden onze verantwoordelijkheden op.

⁴ Die algemene voorzieningen worden beschreven in een jaarverslag (bron: Jaarverslag 2004 Regie over je eigen leven).

Bij de V&V instelling, maar ook bij de GGZ instelling (zie citaat bestuurder GGZ paragraaf 5.1.1) gaat het om een maatschappelijke verantwoordelijkheid die de organisatie zelf voelt en een verantwoordelijkheid die wordt opgelegd door de overheid en de maatschappij. De verantwoordelijkheid die de organisatie zelf voelt is de verantwoordelijkheid voor het zorg dragen van een breed aanbod van zorg voor een stad of maatschappij. In het gesprek kwam naar voren dat verantwoordelijkheid voor kwalitatief goede zorg zich uit door (extra) opvang en ondersteuning te bieden voor patiënten en familieleden in moeilijke thuissituaties. Verantwoordelijkheid door de overheid wordt onder andere via het zorgkantoor opgelegd. Zorgkantoren leggen vragen over moeilijke (financiële) situaties snel terug bij de zorgaanbieder. Door instellingen eerst zelf binnen de organisatie te laten inventariseren met welke middelen oplossingen kunnen worden gevonden. Vanuit de overheid hebben zorgaanbieders de verantwoordelijkheid een breed aanbod van zorg te bieden. Dit gebeurt door het opleggen van capaciteitsverdelingen in een regio. De organisaties voelen de verantwoordelijkheid voor de zorgverlening van een klant binnen en buiten de organisatie. Het wordt moeilijk op het moment dat zij zorg niet meer of in mindere mate binnen de financiële kaders kunnen aanbieden. Diezelfde verantwoordelijkheid wordt nog meer bemoeilijkt op het moment dat organisaties financieel niet gesteund worden door de overheid. Op het moment dat er geen financiële draagkracht bestaat vanuit de klant of organisatie wordt het onmogelijk de klant te bedienen of blijven bedienen.

Maatschappelijk ondernemen richt zich op mensen die al klant zijn van de organisatie, met wie een relatie is opgebouwd. De GZ instelling maakt verder onderscheid tussen mensen die al klant zijn van de organisatie en die nog klant moeten worden.

Controller GZ

Wat we zeker doen is sterker selecteren aan de poort. Dus staat hier iemand op de deur te kloppen ik wil zorg van jullie dan beoordelen wij sterk nemen wij nu een verliesgevende klant op of niet. Als die verliesgevend is dan kan hij een deur verder.

Wij hebben 13 klanten tezamen die ons 1.3 miljoen meer kosten dan dat het oplevert. Dan voeren wij het gesprek van nou ja als wij die er nu eens uitgooien. Dat kan je niet doen, je kan niet 13 klanten op straat zetten.

De selectie van financieel aantrekkelijke klanten is alleen van belang bij opnamen, bij het begin van zorgtraject. Klanten hebben via het CIZ een indicatiebesluit gekregen en zijn via het zorgkantoor terecht gekomen bij de GZ instelling. Uit het vraaggesprek kwam naar voren dat de instelling een interne afdeling heeft waar aanvragen binnenkomen. Medewerkers beoordelen samen met de klant of de zorgvraag die past bij de indicatie, aansluit bij de financiële vergoeding. Op het moment dat dit wel het geval is dan worden die nieuwe klanten aangenomen. Het wordt moeilijker op het moment dat deze zorgvraag niet aansluit bij de financiële vergoeding. Samen met de klant wordt gekeken naar een oplossing: medewerkers kijken of er mogelijkheden zijn om aan de hand van de zorgvraag de indicatie te laten aanpassen. Is dat niet het geval dan worden mensen teruggestuurd naar het zorgkantoor.

Er wordt geen onderscheid gemaakt tussen financieel aantrekkelijke of onaantrekkelijke mensen die al klant zijn van de organisatie. Financieel onaantrekkelijke klanten binnen de organisatie zijn patiënten met een hele hoge zorgzwaarte en waarbij de huidige zorgvraag niet meer binnen de financiële kaders/ vergoeding past. Hiervoor wordt op andere manieren naar oplossingen wordt gezocht, bijvoorbeeld door te schuiven met het aanbod van zorg. De ene klant krijgt wat meer en de andere wat minder.

Een belangrijke toevoeging is dat zorginstellingen geen zorgplicht hebben, maar het zorgkantoor wel. Klanten gaan naar een zorgkantoor, nadat de indicatie door het CIZ is vastgesteld. Klanten hebben recht op zorg en het zorgkantoor heeft ervoor te zorgen dat dit recht de klant toekomt. Dat betekent dat zorgaanbieders niet verplicht zijn alle klanten op te nemen die zich bij de zorginstelling aandienen. Het gevolg is dat instellingen aan de poort selectief beoordelen of zij klanten wel of niet aannemen. Dit betekent dat de indicatie van het CIZ leidend is voor het wel of niet leveren van zorg.

Samengevat uit de vorige paragrafen kan worden beschreven dat zorgorganisaties een grote verantwoordelijkheid voelen voor allerlei typen klanten met een zorgvraag. Zij willen een breed aanbod van zorg bieden aan een stad of maatschappij, maar ook steun bieden binnen de organisatie. Ondersteuning binnen de GZ organisatie is niet altijd meer mogelijk binnen de financiële kaders bovendien wordt er een omgeving in stand gehouden die niet overeenstemt met de maatschappij. De overheid oefent druk op financiële verantwoordelijkheden en op maatschappelijke verantwoordelijkheden uit. Op het moment dat de financiële druk te hoog wordt, geeft de organisatie aan klant binnen de organisatie de voorkeur. Maar door die financiële druk zien organisaties zich genoodzaakt indicatiebesluiten scherper te beoordelen bij aanmelding van klanten, waardoor nieuwe klanten niet altijd meer opgenomen worden in de organisatie.

Vermaatschappelijking als integratie en participatie van mensen met beperkingen in de maatschappij heeft andere betekenissen gekregen. Vermaatschappelijking betekent een splitsing in interne en externe verantwoordelijkheden. Externe verantwoordelijkheid is vermaatschappelijking als rol voor de maatschappij en overheid. Interne verantwoordelijkheid is zorg dragen voor alle klanten. Zorg dragen voor een kwalitatief goed en breed aanbod van zorg; voorzieningen en hulpverlening toekennen aan de klanten die dat nodig hebben. Als (maatschappelijk) ondernemer heeft marktdenken heeft ervoor gezorgd dat zorgaanbieders zich steeds meer bewust zijn geworden van de externe omgeving; verkenning van de markt met wat voor soort klant hebben we te maken en zorgen voor het binnenhalen van financieel gunstige, (winstgevende) klanten.

5.2 klantdefiniëring

Maatschappelijk ondernemen impliceert dat zorgaanbieders beide taken als ondernemer en het uitvoeren van de maatschappelijke functie evenwichtig naast elkaar kunnen uitvoeren. Zorgorganisaties hebben in toenemende mate te maken met invloed van de overheid op financieel beleid waarbinnen weinig flexibiliteit mogelijk is. In het onderstaande stuk wordt dat duidelijk.

5.2.1 Kortdurend of levenslang

De bestuurder van de GZ instelling heeft te maken met een maatschappelijke verantwoordelijkheid intern, namelijk het levenslang verantwoordelijk zijn voor een individu. En een externe verantwoordelijkheid, namelijk zorg en ondersteuning buiten de instelling bieden.

In deze context is maatschappelijke verantwoordelijkheid in de eerste betekenis je als organisatie de verantwoordelijkheid voor iemands leven. Daardoor wordt binnen die instelling alle mogelijke faciliteiten, zorgverlening geboden om deze persoon zo goed mogelijk te

verzorgen. Die maatschappelijke verantwoordelijkheid gaat veel verder dan alleen verantwoordelijkheid, het wordt iemands complete leven inrichten. Dat leven wordt op een onnatuurlijke manier in stand gehouden en past niet binnen de financiën. Die verantwoordelijkheid is zo groot geworden, dat de organisatie het proces geen halt durft toe te roepen. Dit is wel mogelijk op het moment dat een klant ambulante is. Daarmee kan gezegd worden dat de maatschappelijke verantwoordelijkheid is verkleint. De organisatie verliest een deel van zijn inkomsten, omdat de klant gebruik maakt van algemene voorzieningen waarvoor de klant andere instanties betaalt.

Als gevolg van de succesvolle maatschappelijk ondernemer worden beide doelen behaald. Vervulling van de publiek maatschappelijke taak, zorg dragen voor integratie van de klant in de maatschappij en zorgen voor een kwalitatief goed aanbod van zorg, zodat de klant goed en snel geholpen wordt. Ondernemend in de zin van de welbewuste, kiezende klant. De ambulante klant die kiest deze instelling en wisselend gebruik maakt van de diensten, maar net zo goed bij een andere instelling terecht kan. Minder succesvol als maatschappelijk ondernemer bij de 24-uurs zorgklant. Het maatschappelijke deel krijgt de overhand, de uitvoering van verantwoordelijke taak gaat te ver en eigenlijk kan die taak financieel niet meer uitgevoerd worden. Tegelijk houdt de instelling de klant binnen de organisatie, daardoor heeft de klant geen keuze. Bovendien is organisatie is verzekerd van die vaste klant, dit houdt een bepaalde zekerheid van inkomsten in.

5.2.2 Publiek of privaat

Bij de GGZ en ouderenorganisatie gaat het om een maatschappelijke verantwoordelijkheid die zij zelf voelen, vanuit de organisatie en een verantwoordelijkheid die wordt opgelegd door de overheid en de maatschappij. De termen maatschappij, maatschappelijk beleid of maatschappelijke verantwoordelijkheid worden losgekoppeld van termen als winst draaien, nieuwe producten en diensten: dus ondernemerschap.

In deze context is maatschappelijke verantwoordelijkheid, als organisatie de verantwoordelijkheid voelen voor het bieden van een goede kwaliteit van zorg. Als non-profit organisatie wordt je geacht een publieke taak te vervullen, behorend bij maatschappelijk ondernemerschap. Een publieke taak houdt meer in namelijk: zorg dragen voor de positie van de klant (een goed geïnformeerde, wel kiezende klant), zorg die toegankelijk en bereikbaar is en zorg dragen voor een kwalitatief goed en breed aanbod. Niet alleen de non-profit organisaties, maar ook de overheid dienen bij te dragen aan deze publieke taak.

Het waarborgen en uitvoeren van die publieke taak heeft ermee te maken dat we als overheid en dus als maatschappij kiezen voor gezondheid en daarmee voor een solidaire samenleving. Met solidariteit wordt bedoeld; sterkeren zorgen voor zwakkeren in de samenleving. Solidariteit komt onder andere tot uiting doordat iedere burger meebetaalt aan de volksverzekering, de AWBZ afhankelijk van inkomen, maar onafhankelijk van het feit of deze burger ziek of gezond is of wordt. De volksverzekering impliceert dat de hele bevolking profijt moet hebben van deze verzekering op het moment dat het nodig is. Zorgorganisaties proberen zo goed mogelijk de voorwaarden van die verzekering uit te voeren. Op het moment dat de zorgvraag te groot wordt voor de indicatie kunnen zorgaanbieders de kwaliteit en aanbod van zorg horend bij die volksverzekering (AWBZ) niet meer of in mindere handhaven, terwijl de publieke taak dit wel vraagt. Immers iedereen moet profijt hebben van zorg via die verzekering. Bij de uitvoering van de publieke taak dus ook de

AWBZ-zorg zou de organisaties een beroep moeten kunnen doen op de overheid en maatschappij, zodat samen naar een oplossing kan worden gezocht.

Naast de uitvoering van de publieke taak heeft marktwerking en ondernemerschap het doel dat zorgaanbieders zich meer als ondernemer gaan gedragen; kostenbewuster zijn, op een doelmatige wijze zorg verlenen, meer keuzemogelijkheden creëren en vraaggericht handelen (Putters 2001). Dit ondernemerschap heeft inderdaad als effect dat zorginstellingen kostenbewuster zijn geworden. Niet kostenbewuster voor de groep, maar voor elk individu. Volgens de controller van een GZ instelling worden gelden die binnenkomen in de zorginstelling niet op groepsniveau toegerekend, maar toegerekend naar het individu. Voorheen konden meer winstgevende klanten gecompenseerd worden met minder winstgevende of verliesgevende door te schuiven met het aanbod van zorg. Zorg dragen voor zwakkeren geldt niet meer als zodanig, want aan financieel zwakkeren wordt geen zorg meer verleent. Met 'zwakkeren' worden klanten bedoeld waarbij de vergoeding horend bij indicatie niet genoeg geld oplevert in relatie tot de zorgzwaarte.

De uitvoering van de publieke taak lijkt in meerdere mate betrekking op het individu te hebben. Bovendien wordt de uitvoering van de publieke taak toebedeeld aan de zorginstelling en niet aan de overheid en maatschappij, terwijl de verantwoordelijkheid voor de uitvoering bij alle drie zouden moeten liggen. In die zin wordt de publieke taak een private aangelegenheid (taak). In die private taak zouden zorgaanbieders de volledige regie en vrijheid in handelen moeten hebben. Die vrijheid wordt echter aan banden gelegd. Dit omdat zorgaanbieders moeten handelen binnen vastgestelde financiële kaders. Vastgesteld in indicatiebesluiten opgesteld door het CIZ.

5.2.3 Nieuwe en Oude klanten

De GZ instelling maakt verder onderscheid tussen mensen die al klant zijn van de organisatie en mensen die nog klant moeten worden. De selectie tussen financieel onaantrekkelijke en aantrekkelijke klanten is alleen van belang bij opname. Aan nieuwe financieel onaantrekkelijke klanten wordt geen zorg verleend. Bij oude financieel onaantrekkelijke klanten wordt de zorgverlening voortgezet. Dat wil zeggen dat bij oude financieel onaantrekkelijke klanten door de organisatie een maatschappelijke verantwoordelijkheid wordt gevoeld en bij nieuwe financieel onaantrekkelijke klanten niet.

Een klant is iemand die een product of dienst koopt. Er vindt dan uitwisseling van diensten plaats, in dit geval zorg. Op het moment dat een persoon het product zorg niet (meer) kan betalen, vindt er geen zorgverlening plaats. Immers als ondernemer moet je activiteiten ondernemen die het beste zijn voor de organisatie (Van Harten & Schuring 2003). Dit lijkt op te gaan voor nieuwe klanten. Dit als de nieuwe klant niet in voldoende mate aan zijn plicht kan voldoen: de geldelijke vergoeding staat niet in relatie met de levering van zorg. Op dat moment is de zorginstelling vrij om geen koop(zorg)overeenkomst met de klant aan te gaan. Dit gaat niet op voor oude klanten. Het is interessant als mensen levenslang gebruik maken van jouw producten of diensten, mits ze het kunnen betalen. Hier komt een ander aspect naar voren. Echter de organisatie vervult niet alleen de rol van ondernemer, maar deels ook een rol van maatschappij. In die rol van maatschappij komt de maatschappelijke verantwoordelijkheid naar voren.

Maatschappelijke verantwoordelijkheid houdt namelijk meer in dan het wel of niet zorg verlenen aan klanten afhankelijk van de financiële situatie. Er is een verschil tussen de (maatschappelijke) verantwoordelijkheid intern (binnen de organisatie) of extern (buiten de organisatie). De zorginstelling houdt zich voornamelijk bezig met het vervullen van de

publieke taak binnen de organisatie. Namelijk de positie van de klant (een goed geïnformeerde, wel kiezende klant) wordt gewaarborgd, de zorg blijft bereikbaar ondanks dat sommige klanten niet aan hun financiële plichten kunnen voldoen. Buiten de organisatie vervalt die publieke taak deels. De zorg die de organisatie biedt is voor de nieuwe klant niet altijd meer bereikbaar.

Die publieke taak van het bereikbaar houden van de zorg moet ook een zorg zijn van de overheid en de maatschappij. Zoals eerder gezegd kiezen we als overheid en dus als maatschappij voor een solidaire samenleving. Niet alleen moet iedereen van die volksverzekering profijt kunnen hebben, deze volksverzekering zou ook in voldoende mate toereikend zijn. Anders wordt er afbreuk gedaan aan de bereikbaarheid en toegankelijkheid van de zorg door het buitensluiten van mensen die zorg nodig hebben die toevallig heel veel geld kosten.

5.3 Speelruimte

In de instellingen wordt onderscheid gemaakt tussen vermaatschappelijking als verantwoordelijkheid van maatschappij, overheid (extern) en die van de organisatie (intern). Welke beschrijving van vermaatschappelijking (maatschappelijke verantwoordelijkheid) en ethische uitgangspunten past binnen marktwerking en ondernemerschap? De beschrijving (definitie) van klanten, verantwoordelijkheid, selectie, en zorg vindt plaats vanuit verschillende vocabulaires. Vocabulaires als economisch (winst, verlies, markt), politiek (sociaal, liberaal) of professioneel medisch (kwaliteit van zorg) (Grit 2002, Mol 2004). Het gebruik van deze vocabulaires wordt ondersteund in de volgende citaten.

Bestuurder GGZ

... wij willen wel vermaatschappijken, maar als de maatschappij dan, cq de overheden niet bereid zijn te financieren, wat wij ambachtelijk wel kunnen, wat moeten wij dan met die vermaatschappelijking.

Locatiemanager V&V instelling

Wat wij niet kunnen bieden en als mensen het om welke reden financieel niet rond kunnen krijgen. Dan houden onze verantwoordelijkheden op.

Controller GZ

Wat we zeker doen is sterker selecteren aan de poort. Dus staat hier iemand op de deur te kloppen ik wil zorg van jullie dan beoordelen wij sterk nemen wij nu een verliesgevende klant op of niet. Als die verliesgevend is dan kan hij een deur verder.

Het gebruik van het woord zorg valt onder het economische vocabulaire. Zorgverlening is in dit kader geen professioneel medisch aspect, maar puur het aanbod van zorgproducten en diensten aan een klant. Een product of dienst wordt op de markt gezet en klanten kunnen wel of niet kiezen voor dit zorgproduct. Die keuze is afhankelijk van individuele voorkeur voor een organisatie of afhankelijk van het gegeven of de geldelijke vergoeding wel of niet betaald kan worden. Anders geen klant, geen overeenkomst en geen geld. Vermaatschappelijking wijst naar het waarborgen van publieke doelen, naar het politieke vocabulaire, maar ook naar het professioneel medisch vocabulaire; zorg dragen voor iemands leven, ondersteuning bieden

met zorg. Vanuit sociaal oogpunt gezien is iedereen verantwoordelijk voor de positie van de zorgvrager, de toegankelijkheid en bereikbaarheid van de zorg. De klant valt onder het economische vocabulaire, door gebruik van woorden als verliesgevend, financieel. Binnen de organisatie overheerst het professioneel medische vocabulaire en politiek vocabulaire en buiten de organisatie het economische vocabulaire. De twee idealen vermaatschappelijking en ondernemerschap kunnen niet naast elkaar staan. Maatschappelijk ondernemerschap impliceert dat die twee werelden samengaan, maar het blijkt dat er een keuze moet worden gemaakt tussen een van beide. Afhankelijk van de rol die de organisatie kiest gaat een van de twee idealen overheersen. Instellingen proberen zowel intern als extern de maatschappelijke rol te vertegenwoordigen. Op dit moment kiezen instellingen intern voor de maatschappelijke rol en extern voor de ondernemende rol. Dit impliceert een gebrek aan creativiteit om de financiële prikkels te benutten. Creativiteit om ondernemerschap en vermaatschappelijking beiden naast elkaar blijven uitvoeren. In de 'logica van het zorgen' gaat de professional op zoek naar een passende positie in de maatschappij. Binnen de organisatie geldt dit niet helemaal, omdat er een irreële omgeving in stand wordt gehouden. Binnen de financiële kaders die kwalitatief goede zorg niet aan iedereen worden geboden. Extern geldt dit niet, omdat het economische vocabulaire overheerst.

6 Discussie en conclusie

In dit hoofdstuk wordt in paragraaf 6.1 de conclusie weergegeven en in de paragrafen 6.2 en 6.3 worden kort de resultaten geschetst en geïnterpreteerd. In paragraaf 6.4 worden aanbevelingen gedaan aan de verscheidene zorginstellingen en adviezen voor verder onderzoek.

6.1 Ondernemerschap versus vermaatschappelijking

Met de invoering van het ideaal van ondernemerschap is het ideaal van vermaatschappelijking onder druk komen te staan. Met ondernemerschap heeft een zakelijkheid zijn intrede in de zorg gedaan, kostenverhoudingen op individueel klantniveau zijn scherper komen te liggen en financiële verantwoordelijkheden zijn toegenomen. Zo is samen met het ondernemerschap ook het economische vocabulaire op de voorgrond getreden. Er wordt gesproken over het economische vocabulaire in de betekenis van luxe zorg (geld), klant, kosten, extra en voor het politieke vocabulaire de betekenis van ‘recht hebben op, gelijkheid’. Het ideaal van vermaatschappelijking is van betekenis veranderd; van integratie, participatie van mensen met beperkingen overheerst voor zorgorganisaties de betekenis van (interne) en (externe) verantwoordelijkheid. Die scheiding tussen intern en extern zorgt ervoor dat interne verantwoordelijkheid in het professionele medische en politieke vocabulaire en extern in het economische vocabulaire wordt ingevuld.

De ‘logica van het kiezen’ is wel van toepassing op de zorg met ondernemerschap. De patiënt kiest misschien niet voor zorg, maar zorg krijgt een andere betekenis. Delen uit de ‘logica van het zorgen’ verdwijnen of verschuiven naar de ‘logica van het kiezen’, omdat ondernemers de voorkeur geven aan ondernemen. Het is met marktwerking waarschijnlijk effectiever is om met ondernemerschap een passende zorgmarkt voor organisaties te creëren. Vermaatschappelijking is ongrijpbaarder en een zorgorganisatie wordt niet beloond. Niet beloond voor het verlenen van een kwalitatief goed, breed aanbod van zorg noch zorg voor het welzijn van de klant, kortom op zoek naar een passende positie voor die klant. Vermaatschappelijking belooft niet in termen van geldelijke vergoedingen of andere vergoedingen in termen van vrijheid in handelen, dit in tegenstelling tot het uitoefenen ondernemerschap. In de onderstaande paragrafen wordt nadere uitleg verschaft over bovengenoemde conclusie.

6.2 Vermaatschappelijking niet meer voor iedereen

Vanuit de literatuur komt naar voren dat marktwerking als impuls dient om kwaliteit van de zorg te verbeteren en kosten te beheersen. Een instelling moet goede zorg leveren, klanten eisen goede zorg en er ontstaan meer keuzemogelijkheden binnen die zorg. Zorginstellingen moeten hun kosten beheersen door effectieve en doelmatige zorg te leveren aan klanten. Zorgkantoren hebben daar een controlerende functie op. Dit uit zich op verschillende manieren binnen de praktijk.

Als eerste kan genoemd worden dat het CIZ bepalend is voor een concrete invulling van AWBZ-zorg. Daardoor bepalend voor de waarde en betekenis die zorg krijgt, omdat het indicatiebesluit dwingend is voor de zorgverlening. Daardoor hebben zorgaanbieders weinig tot geen mogelijkheden tot veranderingen en aanpassingen binnen de zorgverlening van de AWBZ gedefinieerde (standaard) zorg. Iedereen in Nederland heeft recht op AWBZ-zorg. Dit betekent dat een V&V organisatie niet kan en mag sleutelen aan deze standaardzorg of dit

basispakket. Gelijkheid voor iedereen, passend binnen het politieke vocabulaire, geldend in de basiszorg.

Als tweede kan genoemd worden dat zorgaanbieders, voornamelijk in de V&V sector, luxe zorg gaan aanbieden op de zorgmarkt. Luxe zorg is zorg buiten de medische zorg om, aangeboden in 'plus' of 'aanvullende' pakketten. Het gevolg van het aanbieden van luxe zorg is dat regels van de zorgmarkt meer en meer als regels van de vrije markt worden geïnterpreteerd door zorgaanbieders. Op de vrije markt worden onderlinge verschillen tussen mensen op allerlei niveaus geaccepteerd. De wetten van de markt en dus het economische vocabulaire als geld, winst, verlies spelen een rol. Het politieke vocabulaire waarmee gelijkheid wordt aangeduid, geldt niet binnen de luxe zorg. De voorzieningen op de vrije markt zijn immers ook niet voor iedereen even toegankelijk/ betaalbaar. Verondersteld wordt dat daarom verschillen binnen de zorgmarkt ook algemeen geaccepteerd worden.

Als derde kan genoemd worden dat een zekere zakelijkheid zijn intrede op de zorgmarkt heeft gedaan. Zorg in de betekenis van welzijn is een belangrijk gegeven voor professionals. Professionals in de zorg hebben voor dit werk gekozen, hun 'bezieling' ligt in de zorg. Zorg voor welzijn voor de patiënt in de vorm van aandacht, attitude en activiteiten. Ze zijn begaan zijn met de klanten en willen hen graag iets extra's bieden. Door de komst van luxe zorg (economische vocabulaire), wordt de inhoud van de zorgpakketten geherdefinieerd. Het basispakket bestaat uit medische zorg, waarmee zorg voor welzijn, het professioneel medische vocabulaire niet meer wordt gedefinieerd. Door het vastleggen van regels, opstellen van protocollen en overeenkomsten met de klant krijgt de zakelijkheid concreet vorm. Hierdoor is het ook grijpbaarder dan welzijnszorg, omdat zakelijkheid kan worden vastgelegd en beheersbaar wordt verondersteld.

Naar aanleiding van deze drie punten kan worden gesteld; dat wat niet meer in het standaardpakket kan worden geboden wordt in luxe zorg ondergebracht. Welzijnszorg verdwijnt uit het standaardpakket en is daarmee verworpen tot luxe, geen noodzakelijke zorg meer. Welzijnszorg blijft beschikbaar, maar niet meer voor iedereen. Niet elke klant kan zich het 'plus' of 'aanvullende' pakket veroorloven. Met ondernemerschap worden nieuwe keuzen geboden, keuze voor een luxe pakket of niet. Zoals de 'logica van het kiezen' al aangeeft is er geen sprake van een kiezende bewuste klant. Ja, kiezen voor verschillende pakketten binnen de luxe zorg, maar geen keuze voor standaardzorg en luxe zorg, omdat niet iedereen luxe zorg kan betalen. Echter de logica van het kiezen wordt als middel gebruikt om de logica van het zorg te waarborgen. Met het luxe pakket als commercieel product is ondernemerschap een middel om welzijn en daarmee vermaatschappelijking in stand te houden. Daardoor verandert de betekenis van 'logica van het zorgen' en komt daarmee onder druk te staan. Dit omdat vermaatschappelijking niet meer voor iedereen beschikbaar is. Vermaatschappelijking niet zozeer in de betekenis horend bij de 'logica van het zorgen'. Dat wil zeggen samen met de klant op zoek naar een passende positie in de maatschappij of instelling, maar samen op zoek met de 'betalende' klant naar een passende positie.

6.3 Gebrek aan ondernemerschap

In de literatuur en in de praktijk wordt geschreven en gesproken over maatschappelijk ondernemerschap. Het begrip maatschappelijk gaat om de publiek maatschappelijke functie; de positie van de klant (welkiezend, goed geïnformeerd), toegankelijkheid, bereikbaarheid waarborgen en zorgen voor kwalitatief goed en breed zorgaanbod. Met ondernemerschap ervaren zorgaanbieders meer financiële druk door onder andere budgetverantwoordelijkheden. Daarnaast wordt het woord vermaatschappelijking gebruikt, in de literatuur beschreven als

maatschappelijke integratie en participatie voor mensen met beperkingen in de maatschappij waaraan een andere betekenis is gegeven, namelijk verantwoordelijkheid. Dit uit zich op verschillende manieren in de praktijk.

Als eerste wordt genoemd dat het indicatiebesluit niet altijd aansluit bij de zorgvraag. Klanten binnen de organisatie krijgen zorg vastgesteld aan de hand van het indicatiebesluit en de daarbij horende zorgzwaarte. Voor de invoering van marktwerking en ondernemerschap kwamen gelden centraal binnen. Na invoering van marktwerking en daarmee meer financiële kaders en transparantie werd het kostenplaatje per individu inzichtelijker gemaakt. Voorheen kreeg de klant wat de organisatie nodig achtte. De ene klant wat meer, de andere wat minder. Op het moment dat klanten precies toebedeeld krijgen wat het indicatiebesluit stelt, kan de publieke plicht van kwalitatief goede zorg verlenen in het geding komen. Op het moment dat iemand al als klant opgenomen is binnen de organisatie, dan voelt de organisatie verantwoording voor het leven van die klant. Ondersteuning en zorg worden op alle mogelijke manieren geboden. Zelfs als de klant kortdurend gebruik maakt van faciliteiten of diensten van de instelling kan deze klant alle ondersteuning verkrijgen. Het economische vocabulaire van de verliesgevende klant, overheerst binnen een organisatie nog niet. Intern overheerst de maatschappelijke verantwoordelijkheid als politiek en professioneel medisch vocabulaire in de vorm van kwalitatief goede zorg blijven verlenen en binnen de organisatie een passende positie zoeken voor die klant.

Als tweede wordt genoemd dat zorginstellingen strenger aan de poort gaan beoordelen bij nieuwe klanten of die zorgvraag wel aansluit bij de indicatie. Dit als gevolg van die budgetverantwoordelijkheid. Op het moment dat een nieuwe klant zich aandient bij de instelling en de zorgvraag past niet bij de indicatie, dan wordt of samen met de klant naar andere mogelijkheden gezocht en als die er niet zijn wordt die klant teruggestuurd naar het zorgkantoor. Zorginstellingen hebben vooralsnog geen zorgplicht dus de klant moet zijn zorg elders zoeken. Extern (buiten de organisatie) overheerst het economische vocabulaire van geld in termen van winst of verlies. Het politieke vocabulaire verdwijnt naar de achtergrond.

Als gevolg van marktwerking en daarmee de invoering van budgetverantwoordelijkheden, zijn verhoudingen op individueel niveau scherper komen te liggen en moeten instellingen dezelfde producten en diensten bieden voor minder geld. Met ondernemerschap is het de kunst om creatief en innovatief te zijn, ook op het gebied van financiën. Zorgondernemers ervaren die financiële prikkels, maar gaan er niet creatief genoeg mee om. Creativiteit om publieke doelen te blijven waarborgen, creativiteit om vermaatschappelijking te blijven waarborgen. Ondanks gebrek aan creativiteit geven organisaties voorkeur geven aan ondernemerschap omdat zij anders niet meer als financieel gezonde operatie kunnen functioneren en zij uiteindelijk failliet kunnen gaan. De 'logica van het zorgen'; de professional gaat samen met de klant op zoek naar een passende positie in de maatschappij, geldt niet meer. Vermaatschappelijking is niet meer voor iedereen, omdat niet iedere klant wordt opgenomen binnen de instelling en binnen de instelling wordt die passende positie samen met de professional op zoek naar zorg minder passend, omdat niet aan iedere klant de meest kwalitatief goede zorg kan worden geboden. Tegenover het economische vocabulaire van ondernemerschap, waarbij winst en kostenbeheersing op de voorgrond treden.

6.4 Aanbevelingen

Ondanks dat het ideaal van vermaatschappelijking naar de achtergrond is geraakt kan worden gezegd dat zorgaanbieders zich in een voortdurende zoektocht bevinden om deze twee idealen naast elkaar te kunnen waarmaken. Het is heel belangrijk dat zorgaanbieders zich nog meer

bewust worden van hun handelswijzen en gedachten, zodat zij alert blijven om evenwicht te vinden tussen deze twee idealen voor een passende zorgmarkt.

Op basis van dit onderzoek kunnen daarom enige aanbevelingen worden gedaan naar zorgaanbieders. Kunstmatig opgestelde kaders van wet- en regelgeving bakenen domeinen af en die domeinen worden niet optimaal benut door zorginstellingen. Het advies is om de grenzen van dit kleine gebied te verleggen of wellicht doorbreken binnen het kader van wet- en regelgeving. Doorbreken door een dialoog aan te gaan met de wetgever of op de grenzen van de wetgeving, nieuwe activiteiten uit te voeren. Daarnaast wordt creativiteit en innovatief zijn in beperkte mate toegepast. Ondernemerschap is misschien een nieuw fenomeen binnen de gezondheidszorg, maar heeft al veel langer zijn intrede gedaan in het buitenland, maar ook op de vrije markt. Deze adviezen zijn dan ook: meer gebruik maken van benchmarking, een nog transparantere manier van werken vinden, niet voor de overheid, maar voor de eigen organisatie. Het binnen de organisatie stimuleren van nieuwe ideeën.

Gedurende het onderzoek werd duidelijk dat de professionele hulpverlener relatief weinig aan het woord is geweest. Echter veel operationele managers bleken als professional te zijn bestempeld en zij hadden in het algemeen een achtergrond als hulpverlener waardoor zij wel de stem van de hulpverlener naar voren konden laten komen. Daarbij komt dat vermaatschappelijking enkel in de betekenis van verantwoordelijkheid naar voren is gekomen. In beleidsnota's van de overheid blijkt dat de overheid als belangrijkste doel van vermaatschappelijking integratie en participatie in de samenleving nastreeft. Het is nog onvoldoende duidelijk hoe dat beleid en het beleid van zorgaanbieders op elkaar aansluiten. Verder onderzoek naar de opvattingen en betekenissen van vermaatschappelijking binnen een passende zorgmarkt is gewenst.

Literatuurlijst

- Bles, W. 2005. "Zorgcentra zoeken extra inkomsten; zorgen over de zorgwet." *Trouw* p7
- Dehue, T. 2005. "Verdienen aan neerslachtigheid." *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 60:223-234.
- Delden-van der Wolf, N., van der 2005. "De dwangbuis van de vrije marktwerking." *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 60: 992-994.
- Carbo, C. 2000. "Betere zorg, kariger leven." *Zorgvisie* 2000 2:11-13
- Elsinga, E. & Kemenade, Y.W. 1997. *Van revolutie naar evolutie. Tien jaar stelselwijziging in de Nederlandse gezondheidszorg*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Grit, K. & W. Dolfsma. 2002. "The dynamics of the Dutch health care system- a discourse analysis". *Review of Social Economy* 3:377-401
- Ham, C. & M. Brommels. 1994. "Health care reform in The Netherlands, Sweden, and the United Kingdom." *Health Affairs* 13(5):106-119
- Harten, W. van & R. Schuring. 2003. *Ondernemers in de zorg*. Assen: van Gorcum
- Jong, P., Made, J.H. & J.G.A. Mierlo. 1994. *Gezondheidszorg in de jaren negentig: op weg naar maatschappelijk ondernemerschap? Tweede ongewijzigde druk*. Amsterdam: SISWO. [1993]
- Jongorius, S. & J. Smeets. 2006. "Schrale zorg verdient nieuwe bezieling". *Brabants Dagblad*
- Kaasenbrood, A., Werf, B. van der. & P. Hanneman 2006. "Getemde professionals, gestremde zorg. Over Algemene Regels van Boven en controle op de naleving ervan in de ggz." *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 61(1): 9-19.
- Kemenade, Y.W. 1993. *Health care in Europe. The finance and reimbursement systems of 18 European countries*. Eerste druk. Zoetermeer: National Council for Public Health.
- Kiers, B. 2005. "Zonder WMO dreigt stagnatie." *Zorgvisie* 11:27-29
- Klinkert, J.J. 2004. "WMO en de nieuwe knip: het einde van de integrale organisatie?". *Zorgmagazine* 9:18-21
- Kraan, W.G.M. van der. 2001. *Vraaggericht en vraaggestuurd. Een literatuuronderzoek naar vraaggerichtheid en vraagsturing in de gezondheidszorg*. Rotterdam, Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam. Den Haag, ZonMw.
- Kwekkeboom, M.H. 2003. *Vermaatschappelijking in de zorg*. Sociaal en Cultureel Planbureau Den Haag.
- Lieverdink, H. 2001. "The marginal success of regulated competition policy in the Netherlands." *Social Science & Medicine* 52:1183-1194

- Maarse, H. & A. Paulus. 2003. "Has solidarity survived?" "A comparative analysis of the effect of social health insurance reform in four European countries." *Journal of Health Politics, Policy and Law* 28 (4):585-614
- Mol, A. 2004. "Klant of zieke? Markttaal en de eigenheid van de gezondheidszorg." *Krisis* 3: 3-24.
- Mol, A. 2006. *De logica van het zorgen. Actieve Patiënten en de grenzen van het kiezen*. Amsterdam: van Gennep.
- Noordegraaf, M. & K. Grit. 2004. "Vragen over vraagsturing." *Beleidswetenschap* 3:201-222.
- Poel, P. van de. 2005. "Enquête vermaatschappelijking. Werk in uitvoering." *Zorgvisie* 11:16-17
- Pol, F. v. d. (2005). "Gereguleerde marktwerking in de ggz." *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 60(2): 1095-1107.
- Pols, J. 2004. "De etnografie van goede zorg. Empirische ethiek in de langdurige psychiatrie." *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 59:487-499
- Putters, K. 2001 *Geboeid ondernemen. Een studie naar het management in de Nederlandse ziekenhuiszorg*. Assen: van Gorcum
- Saltman, R.B., Busse, R. & E. Mossialos. 2002. *Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems*. Eerste druk. Buckingham: Open University Press. [2002].
- Schut, F.T. 1992. "Workable competition in health care: prospects for the Dutch design." *Social Science Medicine* 35 (12): 1145-1455
- Schut, F.T. & P.M.M. van de Ven. 2005. "Rationing and competition in the Dutch health-care system." *Health Economics* 14:59-74
- Staverman, R. 1996. "Eerste stapjes op de vrije markt; verpleeghuizen." *Vereniging VNO-NCW* 3:18-21
- Tamminga, M. 2005. "De zorgsector wil snel samenklonteren; Schaalvergroting doorbreekt grenzen, maar geeft geen efficiëntie." *NRC Handelsblad* p9
- VGN (Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland). 2004. *Wet maatschappelijke ondersteuning voldoet niet* [Internet]. Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, 26-4-2004 [aangehaald 1-4-2006]. Bereikbaar op <http://www.vgn.org.nl/>
- VWS (ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport). 2000. *Beweging in de zorg. Krachten en ontwikkelingen binnen het stelsel*. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

VWS (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport). 2005. *Gehandicaptenzorg*.
Ministerie van VWS, 18-5-2005 [aangehaald 10-3-2006] bereikbaar op
<http://www.brancherapporten.minvws.nl>

VWS (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport). 2005. *GGZ-MZ*.
Ministerie van VWS, 18-5-2005 [aangehaald 20-3-2006] bereikbaar op
<http://www.brancherapporten.minvws.nl>

VWS (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport). 2005. *Verpleging en Verzorging*.
Ministerie van VWS, 18-5-2005 [aangehaald 2-2-2006] bereikbaar op
<http://www.brancherapporten.minvws.nl>

Zeijden, P.T.H. van der., Bruins, A. & Y.M. Prince. 2005. *Ondernemen in de Zorg*[Internet].
Onderzoek voor Bedrijf en Beleid, 1-2-2005 [aangehaald 10-2-2006]. Bereikbaar op
<http://www.eim.net/>