

# Marktwerking in de zorg

## Dilemma's en oplossingen vanuit het perspectief van de zorgaanbieder

### Afstudeerscriptie van Job Zwaal

Studentnummer:292246

Begeleid door:  
dr. Antoinette de Bont  
dr. Kor Grit (meelezer)

Erasmus Universiteit  
Rotterdam, juni 2006

## **Abstract**

In the Netherlands the question whether demand driven care should be stimulated in the Dutch healthcare system has been subject of debate for quite some time now. Positive effects of demand driven care, such as a more efficient and more effective health care system, are being balanced against negative consequences mostly concerning ethical and normative dilemmas. For example: what is more important in a demand driven care system? Money and eventually profits or quality of given care?

Demand driven care constantly interacts with the system it functions in. The system believes about and behaviour towards demand driven care influences its use and features. Demand driven care on the other hand influences the system's actions and beliefs. By influencing each other, both demand driven care and its system will continually evolve. Therefore this paper is based on the idea that demand driven care is not a rigid but rather a dynamic instrument.

The paper not only aims at enhancing knowledge about the impact of demand driven care, but also, in all modesty, at contributing to the development of demand driven care in the Dutch healthcare system. It considers two types of demand driven care namely supply oriented care and demand oriented care and will focus on the healthcare organisations' points of view. It will do so by means of qualitative methods of research. Three types of healthcare organisations are included: organisations for the mentally disabled, mental healthcare organisations and nursing home organisations. Within these organisations respondents are divided into three groups: directors, middle management and healthcare professionals.

In total twenty interviews were held. Interviews and data analysis focused on the way respondents expressed their thoughts. Subsequently their expressions were subdivided into either economic, political or medical professional vocabularies. This way dilemmas experienced by respondents could more easily be interpreted and validated.

After data analysis and interpretation it can be concluded that healthcare organisations are trying to find a balance between economic and medical professional points of view. This requires a continuous dialogue between directors, middle management and healthcare professionals in healthcare organisations. But in doing so the political goal of, for instance, empowerment of the client through demand oriented care is more or less put aside. Furthermore, in order to maintain and realize political values a new and thorough dialogue between government, clients and healthcare organisations is needed in the Netherlands.

## Samenvatting

Er bestaat in Nederland veel maatschappelijke en politieke discussie over de vraag of marktwerking, als sturingsmechanisme mogelijk en wenselijk is binnen de gezondheidszorg. Binnen deze discussie worden verschillende voordelen van marktwerking tegenover mogelijke nadelen van marktwerking gesteld. Een meer vraaggerichte, efficiëntere en effectievere zorg worden benoemd als voornaamste voordelen van marktwerking. De nadelen bestaan geregeld uit ethische en normatieve dilemma's. Een voorbeeld hiervan ligt in de vraag wat binnen de marktwerking de boventoon zal voeren, de financiering of de kwaliteit van de zorg?

Marktwerking is, als sturingsmechanisme in een voortdurende interactie met haar omgeving. Hoe de omgeving handelt naar en denkt over marktwerking beïnvloedt de uiteindelijke toepassing van marktwerking. Hiertegenover staat dat marktwerking invloed heeft op het handelen van en denken door haar omgeving. Door deze wederzijdse invloed zijn zowel de marktwerking als haar omgeving in een voortdurende staat van ontwikkeling. Deze scriptie gaat dan ook uit van de gedachte dat marktwerking een dynamisch instrument is.

Deze scriptie richt zich niet alleen op het vergroten van kennis over de impact van marktwerking binnen de zorg, maar ook op, zij het in bescheiden mate, het verder ontwikkelen van marktwerking en van haar omgeving. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van kwalitatieve onderzoeksmethoden en dient het perspectief van de zorgaanbieder als uitgangspunt. Deze scriptie richt zich voornamelijk op het aspect vraagsturing als onderdeel van marktwerking. Vraagsturing is vervolgens te verdelen in het sturen *van* de vraag en het sturen *door* de vraag. Drie typen zorgorganisaties zijn opgenomen voor dit onderzoek: de geestelijk gehandicaptenzorg, de geestelijke gezondheidszorg en de verpleeg- en verzorghuis zorg. Binnen deze typen zorgorganisaties zijn de respondenten verdeeld in bestuurders, middenmanagement en professionals.

In totaal zijn er een twintigtal interviews afgenomen. De interviews en de analyse van de interviews waren gericht op de wijze waarop de respondenten hun gedachten verwoordden. Vervolgens is de wijze waarop zij hun gedachten verwoordden naast de economische, politiek-maatschappelijke en professioneel-medische vocabulaires gelegd. Op deze manier konden de door de respondenten benoemde dilemma's en aangedragen oplossingen voor deze dilemma's beter worden geduid.

Na de analyse en interpretatie kan worden geconcludeerd dat de zorgorganisaties opzoek zijn naar een balans tussen de economische en professioneel medische uitgangspunten. Deze zoektocht behoeft een continue dialoog tussen de verschillende medewerkers van de zorgorganisaties: bestuurders, middenmanagement en professionals. Hierdoor dreigen de politieke uitgangspunten, zoals een cliënt georiënteerde zorg in combinatie met de sturing door de vraag, echter op de achtergrond te raken. Om ook de politiek en maatschappelijke uitgangspunten sterker te laten gelden is wellicht een nieuw en gedegen dialoog nodig tussen zowel politiek, zorgvragers en zorgorganisaties.

Abstract .....	2
Samenvatting.....	3
1. Inleiding .....	5
1.1 Leeswijzer .....	5
1.2 Maatschappelijke ontwikkeling.....	6
1.3 Een weerwoord.....	6
1.4 De focus.....	6
1.5 Doelstelling .....	7
2. Het theoretisch kader.....	7
2.1 Marktwerking, opgedeeld.....	9
2.2 Vraagsturing .....	10
2.3 Marketing, ook vraagsturing? .....	10
3. De probleemstelling .....	12
4. Onderzoekopzet en methode.....	13
4.1 De selectie van de onderzoekspopulatie en omvang .....	13
4.2 Interviews .....	14
4.2.1 <i>Gespreksonderwerpen interviews</i> .....	14
4.3 Registratie en verwerking van de gegevens .....	14
4.4 Analyse van de gegevens .....	14
4.6 Betrouwbaarheid en validiteit .....	15
5. Marktwerking in de gezondheidszorg; een historisch en maatschappelijk perspectief .....	16
5.1 De positie van de overheid in vogelvlucht .....	16
5.2. De overheid treedt terug en de verzekeraar komt naar voren?.....	17
5.3 De positie van de zorgvrager.....	18
5.4 Samenvattend .....	18
6. De ontwikkelingen van drie verschillende sectoren.....	19
6.1 Wet en regelgeving, financiering, indicering en verdeling .....	19
6.2 De gehandicaptenzorg .....	20
6.3 De sector GGZ .....	21
6.4 De sector verpleeg & verzorghuizen (V&V) .....	22
6.5 De GZ, GGZ en V&V in relatie tot marktwerking .....	22
7. De mondige klant en de functie van het contract .....	24
7.1 De mondige klant .....	24
7.2 Dilemma's en speelruimte in theoretisch perspectief.....	27
8. Het dienen van verschillende koningen .....	28
8.1 Twee perspectieven .....	28
8.2 In theoretisch perspectief .....	33
9. Conclusie.....	35
9.1 Verschillende perspectieven, verschillende klanten.....	35
9.2 De logica van het bedrijfsmatig zorgen.....	36
9.3 De ontwikkeling van het beleidsmatig zorgen; een advies .....	37
9.4 Een vervolg .....	38
Literatuur:.....	39
Bijlage I.....	42
Bijlage 2 .....	43
Bijlage 3 .....	44

# 1. Inleiding

*'Ik denk toch...dat de medewerkers kijken ook allemaal tv en lezen ook allemaal de kranten en willen ook allemaal toch wel... ja je wil je huis altijd mooi verkopen. Het is je eigen huis ook'* Hoofd verpleging V&V

“De zorg is een markt.” Een zin die lijnrecht tegenover het Manifest van onder anderen Agnes Kant (2004) staat, waar het tegenovergestelde wordt beweerd. De zorg als markt is in ieder geval een ‘hot item’. Menig scriptie wordt direct of indirect aan dit onderwerp gewijd en een korte zoekactie met de term ‘marktwerking’ op alleen al de website van het VWS geeft 142 hits. In veel van deze zoekresultaten wordt uitvoerig ingegaan op de mogelijkheden en onmogelijkheden van de zorg als markt en zodoende van het fenomeen marktwerking binnen de gezondheidszorg. De voorstanders, tegenstanders, mogelijkheden en onmogelijkheden hebben een ding gemeen: zij bespreken het fenomeen marktwerking als een sturingsmechanisme. Hiermee sluiten zij aan bij de beschrijving van Marktwerking van het CEG (204): ‘Marktwerking is een sturingsmechanisme om de zorg vraaggericht te organiseren en de keuzevrijheid van de patiënt te vergroten’. Marktwerking is met deze definitie een mechanisme met als doel de zorgsector zo in te richten dat twee blijkbaar belangrijke waarden worden gerealiseerd: het vraaggericht organiseren én het vergroten van keuzevrijheid van de patiënt. In marktwerking worden echter meer doelstellingen gezien. Marktwerking als ‘marktmechanisme’ zou tevens zorgen voor een meer doelgerichte, meer innovatieve, snellere en goedkopere zorgmarkt. Een praktisch voorbeeld van deze doelstellingen is het verminderen van de wachttijden. Marktwerking binnen de zorg resulteert zodoende in zowel een goedkopere als een kwalitatief betere zorg. Kortom: binnen de boven gegeven omschrijvingen van marktwerking wordt de zorg als een markt gezien. Ook deze scriptie richt zich op het fenomeen marktwerking, maar ditmaal voornamelijk vanuit het perspectief van de zorgaanbieders. Hoe kijken zij aan tegen marktwerking en hoe gaan zij om met de door hun omschreven aspecten van marktwerking.

## 1.1 Leeswijzer

In het vervolg van dit eerste hoofdstuk zal worden ingegaan op de maatschappelijke context waarbinnen deze scriptie zich in bevindt. Tevens zal de focus en de doelstelling van deze scriptie nader worden beschreven. Vervolgens wordt in hoofdstuk twee een uiteenzetting gegeven van de theoretische uitgangspunten van deze scriptie; het theoretische kader. Nadat in hoofdstuk drie de probleemstelling is neergezet wordt in hoofdstuk vier de opzet en de methode van het onderzoek besproken. In hoofdstuk vijf wordt ingegaan op de historische ontwikkelingen van de gezondheidszorg in het algemeen om zo, in hoofdstuk zes in te gaan op de specifieke situatie van de drie verschillende, te onderzoeken sectoren; de gehandicaptenzorg (GZ), de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en de verpleeg en verzorghuissector (V&V). Na deze voornamelijk theoretische uiteenzettingen wordt in de hoofdstukken zeven en acht een analyse gegeven van het verzamelde empirische materiaal. In hoofdstuk negen is de conclusie van deze scriptie te vinden, waarna slechts nog resten de literatuurlijst en de verschillende Bijlagen.

## **1.2 Maatschappelijke ontwikkeling**

Reeds sinds de commissie Dekker (1987) bestaat er vanuit de overheid een toenemende interesse voor een meer gedecentraliseerde wijze van het organiseren van de gezondheidszorg (Boot; 2001). Aan de ene kant staat bij deze interesse het drukken van de kosten voor de gezondheidssector centraal (Boot; 2001) en aan de andere kant heeft het zelfbewuste individualisme ook in de politiek en in de gezondheidszorg zijn intrede gedaan (Mol; 2006). Niet alleen de overheid, maar ook de zorgorganisaties hebben zodoende een toenemende interesse laten zien voor het meer private ondernemerschap (Grit, 2002). Dit 'economiseren' van de non-profit gezondheidsorganisaties is daarbij te zien als een uiting van marktwerking. In hoofdstuk 5 zal specifiek worden ingegaan op de maatschappelijke en historische ontwikkelingen van de gezondheidszorg in relatie tot marktwerking.

## **1.3 Een weerwoord**

De toenemende interesse van zowel de overheid als van de zorgorganisaties voor marktwerking ging en gaat zeker niet zonder weerwoord. Zoals het Manifest 'marktwerking in de zorg? Nee!' (2004) aantoont - een weerwoord vanuit wederom zowel de politiek als de zorgorganisaties zelf. Zonder al te veel te herhalen wat al vele malen uitvoerig is beschreven, komt het weerwoord voornamelijk neer op de verschillende risico's die marktwerking binnen de zorg met zich meebrengt. Risico's op het aantasten van de solidariteit, op vooral korte termijn beleid, op meer bureaucratie, op minder samenwerking en op het duurder worden van de zorg. Al deze risico's, als tekenen van een 'marktfalen' staan tegenover de zojuist beschreven positieve doelstellingen en verwachtingen van marktwerking. Dit marktfalen brengt ethische dilemma's met zich mee. Zo worden er vanuit een puur bedrijfseconomisch oogpunt wellicht andere zaken belangrijker gevonden dan een kwalitatief goede zorg. Kotler (1993) stelt over marketing, als een instrument binnen marktwerking als sturingsmechanisme, dat een gewetensvolle aanbieder voor de nodige dilemma's komt te staan: hoe ver mag of moet men gaan om bepaalde producten aan de man te brengen? Als men weet dat het om een schadelijk product gaat verkoop je het dan toch? Wie is er eigenlijk verantwoordelijk voor dit soort keuzes; de organisatie, de maatschappij of de (zelfbewuste) consument (Kotler; 1993)?

## **1.4 De focus**

Deze scriptie richt zich op de zoektocht naar een waarheid. Een waarheid is, vanuit het constructivisme (Hagendijk; 1996) echter van tijdelijke aard en sterk afhankelijk van de (eveneens tijdelijke) context van waaruit deze waarheid wordt gevormd. De context waar deze scriptie zich op richt is die van de zorgaanbieder. Hierbij gaat de voornaamste interesse uit naar de ervaringen en denkwijzen van de zorgaanbieders over het fenomeen marktwerking. Vanuit de verschillende voors en tegens jegens marktwerking is het te verwachten dat de zorgaanbieders niet met één afgebakend verhaal komen. Niet één eenduidig verhaal, maar eerder een verhaal waarin verschillende tegenstrijdigheden en tegengestelde belangen naar voren komen. Binnen deze scriptie wordt er naast een algemene inventarisatie van ervaringen en denkwijzen tevens gekeken naar hoe zorgaanbieders omgaan met deze tegenstrijdigheden. Zorgen de tegenstrijdigheden voor dilemma's en hoe gaan zij daar dan mee om? Hoe gaan zij om met hun waarheid.

Voor het onderzoek is gesproken met mensen vanuit drie verschillende lagen binnen zorgorganisaties: bestuurders, middenmanagement en uitvoerende professionals. Gedurende deze gesprekken ontstond het groeiende besef dat bij het verwoorden van de ervaringen en gedachten een keur aan vocabulaires werd gebruikt. Zo werd voor patiënt naast het woord 'patiënt' de woorden bewoner, burger, zorgvrager, en klant gebruikt. Het ging hierbij vaak

over een en dezelfde persoon, maar door het gebruik van de verschillende woorden veranderde de positie van deze persoon en zo ook de relatie tussen de zorgaanbieder en 'zorgvrager'. Deze scriptie richt zich op het in kaart brengen van de dilemma's waar zorgorganisaties voor komen te staan en het formuleren van de oplossingen om met deze dilemma's om te gaan. Om tot deze oplossingen te komen moet er echter eerst worden ingegaan op de verschillende vocabulaires. Er wordt ingegaan op de betekenis en de consequenties van de verschillende vocabulaires die worden gebruikt door drie lagen binnen de zorgorganisaties.

## 1.5 Doelstelling

Deze scriptie heeft zich gaande het onderzoek steeds meer gericht op het bepalen en doorgronden van de verschillende vocabulaires waarmee zorgorganisaties hun gedachten, ervaringen en hun handelen in relatie tot de verschillende dilemma's als gevolg van marktwerking verwoorden. Met het bepalen en doorgronden van de verschillende vocabulaires worden de dilemma's en de wijze van omgaan met deze dilemma's geanalyseerd en geïnterpreteerd.

Zodoende is de *doelstelling* van deze scriptie om vanuit een kwalitatieve beschrijving bij te dragen aan het vergroten van de kennis over de impact van marktwerking op het dagelijkse handelen van bestuurders, middenmanagement en uitvoerende professionals. De doelstelling is zodoende theorievormend (Stoependaal; 2003, Creswell; 2003).

De waarde van het doorgronden van de verschillende vocabulaires is mede gevoed door het door Keulartz (2004) beschreven pragmatisme. Het pragmatisme is een manier om een impasse tussen twee tegenstrijdigheden en de daardoor ontstane dilemma's te doorbreken. In de volgende paragraaf wordt eerst verder ingegaan op de theoretische basis waarop deze scriptie voortborduurde. Vervolgens zal de lijn van deze theoretische basis worden doorgetrokken tot twee onderdelen van marktwerking in de zorg: vraagsturing en marketing.

## 2. Het theoretisch kader

Marktwerking is in ontwikkeling. Een deel van deze ontwikkeling wordt vorm gegeven door de manier waarop mensen die er in hun dagelijks leven mee te maken hebben omgaan met de verschillende aspecten van marktwerking. In de volgende theoretische uiteenzetting zal worden ingegaan op het fenomeen marktwerking. De basis van het te beschrijven theoretisch kader ligt bij de gedachte dat marktwerking is te beschouwen als een instrument. Een instrument om de eerder beschreven doelstelling van een doelgerichte, vraaggerichte, innovatieve, snellere en goedkopere zorgmarkt te bewerkstelligen. Marktwerking is zo te zien als een instrument om de zorg te reguleren. Volgens auteurs als Keulartz (2004) en Callon (1998) bestaat er echter een voortdurende wisselwerking tussen een instrument en zijn context en tussen de hierbij horende theorieën. Keulartz (2004) beschrijft hierbij de ontwikkeling van ethische gedachten en waarden die beïnvloed worden door technische ontwikkelingen en vice versa. Callon (1998) beschrijft in '*the law of the markets*' dat er een voortdurende interactie bestaat tussen een markt en de verschillende individuen en organisaties die zich op deze markt begeven. Door de door Keulartz (2004) en Callon (1998) genoemde interacties ontstaan er nieuwe technieken, ethische uitgangspunten en theorieën. Vanuit deze gedachte is het instrument marktwerking binnen de zorg nog niet voltooid en zal deze waarschijnlijk ook niet voltooid raken. Het is te veronderstellen dat vanaf het moment dat marktwerking binnen de zorg is geïntroduceerd er een ontwikkeling heeft plaatsgevonden van zowel het fenomeen marktwerking als van de ethische gedachten en theorieën over marktwerking. Een voorbeeld waarin de ontwikkeling van de theorie over marktwerking

binnen de zorg naar voren komt, is te vinden in de uiteenzetting van Mol (2006) over 'de logica van het zorgen'. Marktwerking maakt gebruik van het krachtenspel tussen aanbod en vraag; tussen het aanbod van keuzemogelijkheden en het maken van keuzen. Binnen de 'logica van het zorgen' wordt door Mol (2006) de mogelijkheid van het maken van keuzen door de patiënt echter ter discussie gesteld. En zo wordt, indirect, ook het fenomeen marktwerking ter discussie gesteld. Over de uiteenzetting van Mol (2006) dadelijk meer.

Dit onderzoek bestudeert de dagelijkse zoektocht van zorgorganisaties hoe om te gaan met marktwerking. Zo kan dit onderzoek, in alle bescheidenheid, een bijdrage leveren aan de verdere ontwikkeling van marktwerking in de zorg. Het beschrijven van de techniek marktwerking en de ethische uitgangspunten vindt plaats vanuit de optiek van de zorgaanbieder. Hiervoor zal opzoek moeten worden gegaan naar hoe zorgorganisaties spreken over marktwerking en ethische uitgangspunten. 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) (Kraan van der; 2004, Mol; 2004, Grit; 2002). Begrip van de oorsprong van de vocabulaires is vervolgens mede bepalend voor het begrip van de aangegeven dilemma's tussen de verschillende waarden en idealen (Vliet van; 2004, Noordegraaf; 2004, Grit; 2002). En dit begrip is op haar beurt weer van belang voor het verder ontwikkelen van marktwerking en ethiek vanuit het perspectief van de zorgaanbieder.

Een goed functionerende markt vraagt om een gelijkwaardige relatie tussen de klant en de aanbieder. Binnen een goed functionerende markt beschikken zowel aanbieders als vragers over voldoende informatie om als gelijkwaardige partners te kunnen onderhandelen. Naast deze gelijkwaardige beschikking over informatie zijn, in een ideale situatie, de beide partijen ook in kwantitatieve zin aan elkaar gewaagd. Binnen een markt staat onderhandeling tussen de verschillende partijen centraal. De klant probeert vanuit de vraag het aanbod te sturen (vraagsturing) en de aanbieder probeert de vraag zoveel mogelijk te beïnvloeden. De aanbieder kan hierbij gebruik maken van verschillende marketing principes als reclame, productontwikkeling en het in kaart brengen van een mogelijke vraag (Kotler; 1993, Lapré; 2001, Erp van; 1998).

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 de marktwerking 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. 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. De klant komt binnen de logica van het kiezen bij de zorgprofessional (de aanbieder) met een vraag en de zorgprofessional geeft een aantal keuzemogelijkheden 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 marktwerking waarin de kiezende en bewuste klant een centrale rol speelt.

Naast de door Mol (2006) aangegeven vraagtekens bij de kiezende patiënt, geeft Pols (2004) aan dat het kiezen, als waarde voor het individu de nodige consequenties heeft voor de inhoud van de zorg en de daarbij bestaande waarden en idealen. Het maken van keuzen binnen de zorg roept zo niet alleen de vraag op of er überhaupt wel sprake is van een keuze, maar roept ook de vraag op wat het maken van een keuze tot gevolg kan hebben. Het kunnen maken van keuzen komt vooral centraal te staan op het moment dat de waardering van het individu en de waarde van zelfbeschikking meer op de voorgrond treden (Mol 2004). In 'etnografie van goede zorg' geeft Pols (2004) een aantal praktische voorbeelden die illustreren dat het meer centraal stellen van het individu ook zekere gevolgen heeft voor de inhoud van de zorg. Meer abstract is te stellen dat het meer centraal stellen van het individu, als waarde, ten koste kan gaan van andere waarden. Als voorbeeld geeft Pols (2004) dat er in toenemende mate belang wordt gehecht aan het feit dat mensen zelfredzaam zijn. Mensen moeten zo bijvoorbeeld zelfstandig hun kopje koffie kunnen zetten zodat zij dat uiteindelijk kunnen doen wanneer zij daar zelf voor kiezen. Hiervoor kan dan een (individueel) trainingsprogramma worden opgesteld. Voordat de patiënt zelfstandig het kopje koffie zette was het koffiedrinken voornamelijk een groepsactiviteit. Door het individuele programma is er echter geen ruimte meer voor het sociale aspect van het koffiedrinken. Het koffiedrinken als traditionele en sociale gebeurtenis werd hierbij bewust of onbewust, aan de kant geschoven. De waarde van het individu gaat hier ten koste van de waarde van het sociale (samenzijn). Met behulp van dergelijke praktische voorbeelden geeft Pols (2004) aan dat nieuwe ideeën, stromen en waarden voor een deel ten koste gaan van oude of andere ideeën en idealen. Maar naast deze constatering geeft Pols (2004) ook aan dat het noodzakelijk is om bewust te zijn van een mogelijk verlies van waarden en idealen.

Marktwerking binnen de zorg, met verschillende onderdelen als vraagsturing en marketing, staan voor verschillende waarden en idealen. Een van de idealen is dat de patiënt of klant een gelijkwaardige positie inneemt op de zorgmarkt (VWS). Daarnaast wordt marktwerking beschouwd als een sturingsmechanisme om de kosten te kunnen beheersen. Het is de vraag hoe deze idealen zich tot elkaar en tot de dagelijkse zorgpraktijk (de logica van het zorgen) verhouden. Als eerste stap om te komen tot een beschrijving van marktwerking, de daarbij horende idealen en ethiek wordt binnen dit onderzoek het begrip 'marktwerking' verder uitgewerkt. Bij deze uitwerking wordt vooral ingegaan op de aan elkaar verwante begrippen vraagsturing en marketing.

## **2.1 Marktwerking, opgedeeld**

Deze scriptie maakt deel uit van een groter onderzoek naar de ethische aspecten van liberalisering van en marktwerking in de zorg. Binnen dit grotere onderzoek staan de volgende vragen centraal:

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

Voor het beantwoorden van deze vragen is er gebruikt gemaakt van de volgende drie casussen om het begrip marktwerking op te delen in meer afgebakende items:

- Vraagsturing
- Ondernemen in de zorg
- Opkomst van individuele financieringswijzen

De voornaamste focus van dit deelonderzoek ligt op de eerste casus. Dit deelonderzoek gaat op zoek naar de ontwikkelingen van vraagsturing als onderdeel van het bredere begrip marktwerking.

Echter ook vraagsturing blijkt een begrip dat in verschillende elementen is op te delen. Elementen die de nodige raakvlakken, overlappingsen, maar ook zeker tegenstrijdigheden hebben met elkaar. En zie hier het ontstaan van dilemma's waar vanuit het pragmatisme gezocht kan worden naar nieuwe vocabulaires en theorieën. In de volgende twee paragrafen zal nader worden ingegaan op de verschillende elementen van vraagsturing.

## **2.2 Vraagsturing**

Sinds geruime tijd is de positie en de rol van de zorgvrager onderwerp van discussie (Kraan van der; 2001). In een open markt wordt het aanbod bepaald door de vraag. Met andere woorden: marktwerking met als voornaamste sturingsmechanisme de vraag. Door ZonMw wordt in een special over vraagsturing in de zorg vraagsturing omschreven als 'de ontwikkeling dat de wensen en behoeften van de patiënt steeds meer het uitgangspunt vormen van het handelen.' (2005). Het sturen *door* de vraag als tegenbeweging op een sturen *van* de vraag. Dat wil zeggen tegen een op aanbod gericht of een door budgetten bepaald handelen. Een uitgangspunt van vraagsturing is dat de patiënt een meer gelijkwaardige rol in kan nemen binnen de gezondheidszorg. Volgens de RVZ (2003) zitten er echter een aantal beperkingen aan deze gelijkwaardigheid. Vraagsturing zou daarbij, met als voorbeeld de acute zorg, niet altijd mogelijk zijn, maar ook schaarste aan zorg en de kennisongelijkheid tussen hulpvrager en hulpaanbieder beperken de gelijkwaardigheid van de patiënt. Daarnaast zijn er verschillende vormen van vraagsturing en bestaan er botsende belangen op de markt van de gezondheidszorg (Grinten van der; 2000). In het artikel 'Professionals between problem and demand' wordt een uiteenzetting gegeven over het begrip 'vraag' en de mogelijke dilemma's waar (zorg) professionals voor kunnen komen te staan als het gaat om vraaggestuurde zorg (Vliet van; 2004). Een van de genoemde oorzaken voor deze dilemma's, naast de bovengenoemde beperkingen van vraagsturing, is de onduidelijkheid over de begrippen rondom vraagsturing. Gaat het om vraagsturing, vraaggeoriënteerde zorg, cliëntcentrale zorg? En wie bepaalt eigenlijk wat de vraag of zelfs, wie de vrager is?

De verschillende vormen van vraagsturing komen het beste naar voren op het moment dat men op zoek gaat naar het antwoord op de vraag: wie is eigenlijk de vrager op de zorgmarkt? Oftewel wie is nu eigenlijk de klant? Vaak zijn dat niet alleen de patiënt, maar ook de overheid, gemeenten, huisartsen, werkgevers en zorgverzekeraars (Erp van; 1998, Grinten van der; 2000, De Open Ankh; 2002).

## **2.3 Marketing, ook vraagsturing?**

Binnen de gezondheidszorg spelen de termen liberalisering en marktwerking de afgelopen decennia in toenemende mate een rol. Zo streeft de overheid er gedurende enige jaren naar om marktwerking te introduceren. In een open markt wordt het aanbod bepaald door de vraag. De

kernbegrippen hierbij zijn: concurrentie en ondernemerschap (RVZ, 2003). Een activiteit van (maatschappelijk) ondernemerschap is marketing. Het sturen van de vraag en het sturen door de vraag komt daarbij ook terug bij het begrip marketing.

Kotler (1993) geeft de volgende definitie van marketing: ‘Een sociaal en managementproces waarin individuen en groepen verkrijgen wat zij nodig hebben en wensen, door producten en waarde te creëren en deze met andere uit te wisselen’. Marketing is een instrument dat ingezet kan worden om de doelstellingen van een organisatie te bereiken. Zo dient marketing de vraag te manipuleren opdat het gestelde streefniveau (de nagestreefde hoeveelheid vraag) zo dicht mogelijk wordt benaderd. Met behulp van marketing wordt zodoende gewerkt aan een passende zorgmarkt.

Een goede marketing zorgt voor een uitvoerige analyse van de consument, waarbij een organisatie zich bewust is van het feit dat niet alle consumenten in een bepaalde markt tevreden kunnen worden gesteld (Kotler; 1993).

Voor de analyse van de doelgroep wordt gebruik gemaakt van een driefasenproces: segmentatie, doelgroepkeuze en positionering.

Bij segmentatie worden de klanten ingedeeld naar groepen met verschillende behoeften, kenmerken of gedrag. Vervolgens gaat men over op doelgroepkeuze (doelmarkt). Elk segment wordt beoordeeld op aantrekkelijkheid en vervolgens wordt er een keuze gemaakt. Na het nemen van deze keuze zal de organisatie het te vervuilen product binnen het segment positioneren; de (herkenbare) plaats die het product inneemt in de ogen van de consument in vergelijking met het product van een concurrent.

Als de doelgroep eenmaal is geanalyseerd is het er een organisatie aan gelegen om de vraag van de consument te beïnvloeden. Hiervoor kan gebruik worden gemaakt van de zogenaamde ‘marketingmix’. Deze marketingmix bestaat uit de vier P’s: Product, Prijs, Plaats en Promotie (zie fig. 1). Het product staat hierbij voor de inhoud van het product samen met de dienstverlening rondom het product. De prijs is het bedrag dat de consument moet betalen voor het product. Echter een organisatie kan aan de consument de mogelijkheid geven om te onderhandelen over de prijs. De plaats gaat over wat een organisatie doet zodat het product bij de consument terecht komt. Promotie is een ander woord voor reclame.

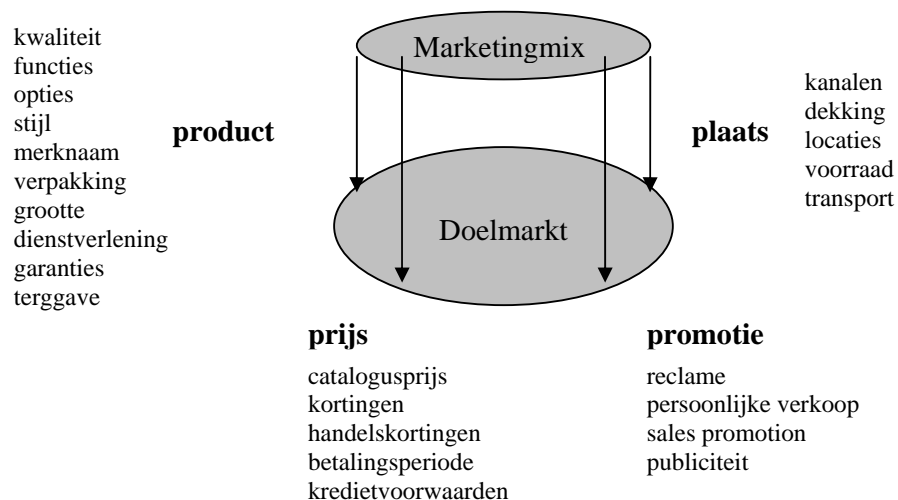


fig.1 marketingmix (Kotler; 1993)

De termen die een belangrijke rol spelen in het taalgebruik van marketing zijn: behoefte, wensen, vraag, producten, ruil, transacties en markten.

Marketing, in de bovenstaande beschreven vorm, is binnen de gezondheidszorg een relatief nieuw fenomeen. Het roept niet bij iedereen een positief beeld op (Kotler;1993). Marketing wordt nog al eens geassocieerd met misleidende praktijken, agressieve verkooppraktijken, ondeugdelijke producten en hogere prijzen. In de inleiding is reeds een voorbeeld gegeven waarbij Kotler(1993) aangeeft dat een gewetensvolle aanbieder voor de nodige dilemma's kan komen te staan. Dilemma's die in het kort neerkomen op de vraag wat refereert: het belang van de organisatie, het belang van de maatschappij of die van de individuele consument en wie is er verantwoordelijk voor deze keuzes? Van Erp (1998) past de principes van marketing, zoals beschreven door onder anderen Kotler (1993), specifiek toe op de gezondheidszorg. Hij geeft ook een duidelijke beschrijving van de doelgroepkeuze. Vooraf aan deze keuze moet echter de vraag worden gesteld wat de potentiële doelgroepen kunnen zijn oftewel: wie zijn eigenlijk de klanten. Van Erp (1998) geeft bij het antwoord op deze vraag aan dat de gezondheidszorg zich in een specifieke situatie bevindt. Er zijn, zo stelt van Erp (1998) verschillende klanten voor de zorgorganisaties. Uiteraard zijn er de verschillende zorgvragers, maar naast deze traditionele klantengroep zijn er de overheid en de financiers. Vanuit een analyse van deze verschillende klanten stelt van Erp (1998) dat deze verschillende klanten beschikken over verschillende mate van macht. Binnen de klanten van de gezondheidszorgorganisaties ligt de macht voornamelijk bij de financiers en bij de overheid. Vanuit de principes van marketing zal een organisatie zich voornamelijk richten op de sterkste klanten, de financiers en de overheid. Hoe zich dit verhoudt tot de stroming om de zorgvragende klant centraal te stellen is nog onvoldoende duidelijk.

### 3. De probleemstelling

Bovenstaande geeft aan dat er in binnen de zoektocht naar een passende zorgmarkt in feite twee vormen van vraagsturing tegenover elkaar staan. Aan de ene kant *sturing door de vraag*, met als centrale thema's consumentensoevereiniteit, emancipatie en individualisering. En aan de andere kant *sturing van de vraag*, met als centrale thema's gemeenschapszin, maatschappelijke verantwoordelijkheid (Grinten van der; 2000).

Tot nu toe is er voornamelijk een uiteenzetting gegeven van de verschillende begrippen die in relatie staan tot marktwerking als sturingsmechanisme. Daarnaast zijn er gedurende deze uiteenzetting tal van vragen naar voren gekomen: hoe ver gaat men in de zorg om producten aan de man te brengen, wie is er verantwoordelijk voor deze keuzes, is er sprake van sturing van of door de vraag, bestaat er wel een klant en zo ja wie is deze dan, gaat het om het individu, het collectief of de organisatie? Verschillende vragen die indirect impliceren dat er tussen de verschillende vragen, of eerder de verschillende antwoorden, tegenstrijdigheden of dilemma's bestaan.

Zoals uit de focus van deze scriptie naar voren komt richt dit deelonderzoek zich niet alleen op het in kaart brengen van de verschillende vragen en dilemma's en de daarbij horende vocabulaires, maar ook op de mogelijke oplossingen om aan deze dilemma's het hoofd te bieden. En dan wel vanuit perspectief van de zorgorganisaties zelf. Vanuit deze verschillende vragen en de genoemde focus staat de volgende vraag centraal:

*Welke opvattingen hebben zorgaanbieders over een vraaggerichte zorgmarkt? Welke mogelijkheden hebben zorgaanbieders om aan vraaggerichte zorg bij te dragen?*

Onder deze centrale vraag liggen de volgende subvragen:

- Welke principes zijn er in het geding bij de verschillende vormen van vraagsturing in de zorg?
- Welke dilemma's spelen er bij de verschillende vormen van vraagsturing?
- Hoe gaat men om met deze dilemma's?
- In hoeverre convergeren en divergeren de opvattingen van zorgaanbieders over bovenstaande vragen?
- Welke oplossingsrichtingen kunnen we onderscheiden?

Voor het beantwoorden van deze vragen wordt naast een conceptuele analyse gebruik gemaakt van een empirische studie. Deze empirische studie vond plaats binnen zowel de sector gehandicaptenzorg, verzorg en verpleegzorg als in de sector van de geestelijke gezondheidszorg.

## **4. Onderzoeksopzet en methode**

Om een antwoord te kunnen geven op de probleemstelling is gebruik gemaakt van kwalitatieve onderzoeksmethoden. Voorafgaande aan dit onderzoek hebben er een aantal oriënterende interviews plaatsgevonden op basis waarvan het begrip marktwerking is opgedeeld in de drie eerder beschreven casussen. Tevens hebben de oriënterende interviews als basis gediend voor de eerste interviews voor het uiteindelijke onderzoek. Gedurende het onderzoek is er gebruik gemaakt van een drietal vormen van gegevensverzameling: verzameling van documenten (jaarverslagen, beleidsplannen, websites), semi- gestructureerde interviews en groepsinterviews. Op deze manier wordt met behulp van triangulatie van bronnen de validiteit en betrouwbaarheid zo veel mogelijk geoptimaliseerd (Creswell; 2003, Maso; 1987). Het onderzoek had een sterk explorierend karakter. Dit uitte zich in de werkwijze van het cyclische afwisselen van het verzamelen en analyseren van de gegevens. Deze cyclische werkwijze vond plaats in samenspraak met de overige leden van het onderzoeksteam opdat er voortdurend een kritische reflectie plaatsvond van de genomen stappen en gemaakte keuzen.

### **4.1 De selectie van de onderzoekspopulatie en omvang**

De omvang van de studie bij een kwalitatief onderzoek is beperkt. Kwalitatief onderzoek richt zich op contexten en details. Een relatief kleine populatie voldoet voor deze richting (Creswell; 2003). Voor dit onderzoek is in totaal gebruik gemaakt van een twintig tal interviews.

Dit onderzoek heeft zich gericht op de bij de Open Ankh aangesloten zorgorganisaties. Deze organisaties bestaan uit: gehandicaptenzorg, verzorg- en verpleeghuiszorg en de geestelijke gezondheidszorg. Zie voor een totaal overzicht van de organisaties (Bijlage I). Voor dit deelonderzoek heeft de dataverzameling plaatsgevonden binnen alle drie de sectoren. Zodoende is contact gezocht met de volgende instellingen: Sherpa en Compaan (gehandicaptenzorg), GGZ Drenthe en de Symfora groep (geestelijke gehandicaptenzorg), Oranje Nassau's oord, Duyn & Ryn en Stichtse Warande (verpleeg- en verzorgingshuis sector). De selectie van specifiek deze instellingen is voornamelijk op basis van praktisch overwegingen in relatie tot bereikbaarheid. Van deze zeven instellingen heeft uiteindelijk Stichtse Warande aangegeven in verband met organisatorische drukte niet te kunnen participeren in het onderzoek.

Het onderzoek richt zich op de ervaringen van de organisatie als geheel. Het is geïnteresseerd in de ervaringen van de verschillende lagen binnen de organisaties. Het onderzoek richt zich zodoende op de ervaringen van zowel bestuurders, (midden)management als van (zorg) professionals.

Binnen de verschillende organisaties is met behulp van een 'eerste contact brief' (Bijlage II) contact gezocht met de leden van de verschillende raden van bestuur. Naar aanleiding van deze brief zijn de organisaties verzocht zelf een suggestie te doen voor de personen die geschikt zijn om mee te doen aan het onderzoek.

## **4.2 Interviews**

Voor dit kwalitatief onderzoek is gebruik gemaakt van Semi-gestructureerde interviews. Semi- gestructureerde interviews zijn los gestructureerd. Hierbij is de agenda flexibel gehouden. De gespreksonderwerpen bakenen in grote lijnen het te onderzoeken gebied af (Bernard; 1995). Daarnaast werden er ook onderwerpen en ideeën besproken waarop bij aanvang van het onderzoek nog niet gerekend was. Het interview startte met vragen die eenvoudig beantwoord konden worden als functie, hoe lang werkt iemand binnen de organisatie etc. In de loop van het interview werden vragen gesteld die moeilijker te beantwoorden waren of die gevoelig lagen. Observaties leken binnen dit onderzoek weinig zinvol, omdat ze tijdrovend zijn en niet specifiek genoeg zijn voor de onderzoeksvraag.

### ***4.2.1 Gespreksonderwerpen interviews***

De gespreksonderwerpen zijn gevormd aan de hand van de deelvragen en de verrichte documentenverzameling binnen de verschillende organisaties of hun websites. Aanvankelijk werden er eerst gesprekken gevoerd met de bestuurders. Zo kon na dit eerste gesprek de gespreksonderwerpen verder worden toegespitst op de specifieke situatie van de verschillende organisaties. De interviews bestonden uit begripsbespreking van: marktwerking, marketing en vraaggestuurde zorg. Tevens kwam de positie van de klant ten opzicht van de zorgorganisatie en de interactie tussen de besproken begrippen en de ervaren dilemma's bij deze interactie aan bod. Er werd hierbij aan de respondenten gevraagd welke betekenis zij gaven aan deze verschillende termen. Zie voor een overzicht van enkele gespreksonderwerpen Bijlage III.

## **4.3 Registratie en verwerking van de gegevens**

Het interview met de patiënt werd met een i-pod speler/ castte recorder geregistreerd. Naast deze opname zijn aantekeningen gemaakt om ook de non verbale communicatie mee te nemen in de verwerking van de gegevens. De opnamen van de i-pod zijn overgenomen op een cd of laptop om daarna letterlijk te worden uitgeschreven. Tijdens een drietal gesprekken is de opname gedurende een korte periode gestaakt ivm persoonlijke telefoongesprekken.

## **4.4 Analyse van de gegevens**

De interviews zijn na het uitschrijven verschillende malen doorgelezen. Hierna zijn de interviews opgedeeld met behulp van de termen uit de theoretische achtergrond van deze studie en de verschillende deelvragen. Het verder expliceren van deze termen (vocabulaires) en deze deelvragen kreeg zodoende vorm tijdens de analyse van de interviews. Op deze wijze is er een combinatie gemaakt van codering op basis van voorgaand onderzoek én van codering op basis van de gevonden data uit de interviews zelf.

Er is gekeken of een deel van de opdeling buiten het theoretische achtergrond en de verschillende deelvragen valt. Dit in verband met de mogelijkheid dat een (her-) nieuw(d) theoretisch kader gevormd moet worden.

Om bovenstaande onderzoeksvragen te beantwoorden is er binnen het empirisch onderzoeksmateriaal gezocht naar een aantal praktische casussen waarin mogelijke dilemma's naar voren komen. Vanuit deze dilemma's is het onderzoeksmateriaal vervolgens verder in kaart gebracht en geanalyseerd. Voor dit onderzoek is zodoende gekomen tot de volgende drie relevante casussen:

- de mondige klant
- de positie van de zorgvraag ondersteuner; een positie tussen twee belanghebbenden

#### **4.6 Betrouwbaarheid en validiteit**

'Gegevens zijn het meest waardevol voor zover ze niet zijn gebaseerd op gevoelens of vooroordelen van de onderzoekers (betrouwbaarheid), terwijl ze wél een uitdrukking zijn van wat de onderzoekers willen weten (validiteit)' (Maso; 1987).

Binnen de gebruikte onderzoeksmethode schuilt het risico dat de onderzoekers de resultaten beïnvloeden. Dit doordat de onderzoekers beschikken over voorinformatie en daarmee niet open in een interview kunnen stappen en zo het interview te veel te sturen. Om de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek te optimaliseren zijn de volgende maatregelen genomen:

- De interviews zijn opgenomen op een i-pod/ cassette recorder. Zodoende zijn de interviews letterlijk uit te werken en voor controle vatbaar.
- tijdens de interviews zijn tevens aantekeningen gemaakt
- Er is voortdurend door de verschillende leden van het onderzoeksteam kritisch gekeken naar en commentaar gegeven op de gemaakte stappen en overwegingen.
- Er zijn verschillende informatiebronnen gebruikt. Naast de interviews zijn tevens de verschillende websites, jaarverslagen en beleidsplannen nageslagen.
- De verschillende gespreksonderwerpen (Bijlage III) zijn op basis van voorgaande interviews en de overige informatiebronnen samengesteld
- De verschillende onderwerpen zijn voorgelegd aan een klankbordgroep bestaande uit een afvaardiging van de verschillende te onderzoeken instellingen
- Er heeft een focusgroep bijeenkomst plaatsgevonden met de Centrale Ondernemingsraad

Mede door deze maatregelen wegen de voordelen van een kwalitatief onderzoek en met name het exploratieve karakter hiervan, op tegen de mogelijke nadelen.

## **5. Marktwerking in de gezondheidszorg; een historisch en maatschappelijk perspectief**

Voordat er wordt ingegaan op de empirische ervaringen met en de consequenties van vraagsturing zal er eerst een uiteenzetting worden gegeven van de meer algemene ontwikkelingen binnen de gezondheidszorg. Dit om ook een breder maatschappelijke context weer te geven waarbinnen de ontwikkelingen van vraagsturing zich hebben afgespeeld. Het zal hierbij vooral gaan om ontwikkelingen in relatie tot regulering en deregulering van de zorg. Onlosmakelijk verbonden aan deze ontwikkelingen zijn de rol van de overheid, de wijze van financiering, maar ook zeker sociaal maatschappelijke fenomenen als collectivisme en individualisering. Naast een beschrijving van meer algemene ontwikkelingen binnen de gezondheidszorg zal er tevens een overzicht worden gegeven van de ontwikkelingen van marktwerking meer specifiek gerelateerd aan de drie verschillende sectoren. Hiermee zal worden aangegeven dat dit deelonderzoek past binnen de ontwikkelingen binnen de sector gezondheidszorg en in feite voortborduurde op een reeds jarenlange bestaande golfbeweging van maatschappelijke, politieke ontwikkelingen.

Gedurende de afgelopen decennia heeft de gezondheidszorg verschillende ontwikkelingen ondergaan (Boot; 2001). Uiteraard is er het groeiende inzicht in ziekten, aandoeningen en in de manieren om tegen deze negatieve verschijnselen op te treden. Dit is echter een ontwikkeling waarop hier niet nader zal worden ingegaan. Dit zonder te willen suggereren dat deze ontwikkelingen niet een grote invloed hebben gehad op de positie van de gezondheidszorg op de hedendaagse samenleving. Wel zal er worden ingegaan op de meer maatschappelijke ontwikkelingen, ideologieën en hun wisselwerking op de positie van de gezondheidszorg in de samenleving. De overheid speelt al vele jaren een belangrijke rol in relatie tot de gezondheidszorg (Boot; 2001). De meest recente rol was die van een sturende partij. Sturend binnen de klassieke driehoek van cliënt, zorgverlener en zorgverzekeraar. Deze sturende rol werd voornamelijk ingegeven vanuit de behoefte om kostenontwikkelingen te beheersen (Boot; 2001). Naast deze rol heeft de overheid echter ook andere rollen vervuld. Dit is zeker niet altijd zo geweest. In de volgende paragrafen zal een uiteenzetting worden gegeven over hoe de overheid een steeds belangrijker rol is gaan spelen. De laatste jaren lijkt het er echter op dat de overheid zich weer wil terugtrekken of in ieder geval zijn rol meer decentraal wil manifesteren. De reden om dit historisch perspectief op te nemen is niet alleen die van het willen aantonen dat deze scriptie past binnen een voortdurende maatschappelijke golfbeweging. Een andere reden is om aan te geven dat een gewenste, vernieuwde situatie voor de zorgsector, met behulp van marktwerking, kan botsen met ontwikkelde idealen. Een botsen, wat uiteindelijk terecht kan komen in de dagelijkse praktijk van de zorgverleners en zo de zorgorganisaties. En dat is uiteindelijk de doelgroep waar deze scriptie zich op richt.

### **5.1 De positie van de overheid in vogelvlucht**

Halverwege de 19<sup>e</sup> eeuw bestond de regulering van de gezondheidszorg voornamelijk uit individuele initiatieven of initiatieven vanuit de beroepsgroep van de geneeskundigen zelf (Boot; 2001). Hiermee vertoont de ontwikkeling van de regulering van de gezondheidszorg grote overeenkomsten met de ontwikkelingen op het gebied van schoonwatervoorzieningen en woonvoorzieningen. Voor zowel de gezondheidszorg, watervoorziening als de woningvoorzieningen ontstond rond 1850 in toenemende mate de overtuiging voor een meer gelijke verdeling van deze voorzieningen.

In de 19<sup>e</sup> eeuw liepen een aantal ontwikkelingen parallel aan elkaar. Er was sprake van een toenemende verstedelijking, sterk opkomende industrieën en een opkomend socialistisch en communistisch gedachtegoed. 1848 is daarnaast het jaartal van de revoluties binnen Europa.



Het besef groeide dat een aanzienlijk deel van de bevolking leefde onder een aanvaardbare levensstandaard. De overtuiging om hier iets aan te doen was mogelijk een overtuiging van filantropische aard, maar wellicht ook vanwege de angst voor revoluties, angst voor epidemieën of vanuit de overtuiging dat een gezonde mens harder werkt (Schade; 1980). In deze periode had de overheid de voornaamste taak om ziekten die een gevaar voor de gemeenschap zouden betekenen zo veel mogelijk te voorkomen en te beteugelen (Boot; 2001). Het zou tot na de eerste wereldoorlog duren voordat de overheid zich werkelijk genoodzaakt zag hier een meer actieve rol in te nemen.

Sindsdien heeft de overheid voornamelijk randvoorwaarden geschapen, met behulp van wet en regelgeving voor een gelijke toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Solidariteit en rechtvaardige verdeling zijn hierbij centrale begrippen.

<b>1900-1940</b>	Organisatie op gemeentelijk en lokaal niveau
<b>1940-1945</b>	Duitse bezetting
<b>1946-1960</b>	Organisatie naar nationaal niveau: centraal geleide groei
<b>1961-1970</b>	Overheid treedt terug: corporatisme
<b>1971-1985</b>	Toenemende aanbodregulering: etatisme
<b>1986-2000</b>	Tussen aanbodregulering en vraagsturing
<b>2000-heden</b>	Naar gereguleerde marktwerking

Door de jaren heen vormt de mate van overheidsbemoeyenis een golvende beweging. Dit is duidelijk te zien in het bestaande overzicht van jaartallen (tabel nav college structuur en financiering iBMG en obv: Boot; 2001).

Toen in de jaren 70 de kosten van de gezondheidszorg explosief stegen is de overheid zich in toenemende mate gaan toelagen op de beheersing van deze kosten (Schut; 2005). Deze kostenbeheersing vond aanvankelijk voornamelijk top down plaats. Gedurende de jaren tachtig groeide echter de kritiek op deze benadering. Er was te weinig sprake van een prikkel bij de gezondheidszorg sector zelf om de efficiency en effectiviteit, en dus het drukken van de kosten te stimuleren (Schut; 1992, Schut; 2005).

## **5.2. De overheid treedt terug en de verzekeraar komt naar voren?**

In deze paragraaf zal aan de hand het advies van de ‘commissie de Vries’ uit 1999 aan de minister van VWS de verschuivende rol van de overheid, ten gunste van de zorgverzekeraars worden geïllustreerd. Ook al had het advies van de commissie de Vries voornamelijk betrekking op de financiering van geneesmiddelen, het is illustratief voor de algehele verschuiving in rollen van de verschillende partijen binnen de gezondheidszorg en de maatschappelijke zienswijze op deze rollen.

Een van de voornaamste rollen van de overheid in de afgelopen decennia is het zorgdragen voor een voor alle burgers toegankelijke en goede gezondheidszorg tegen acceptabele kosten. In het advies van de commissie de Vries aan de minister van VWS wordt gesteld dat de kosten die hiermee samenhangen sinds de jaren zestig en zeventig in zo hoog tempo groeiden dat deze kosten in toenemende mate gingen drukken op het nationaal inkomen. Reeds sinds de commissie Dekker groeide de twijfel over de mogelijkheden om een kostenbeheersing binnen de zorg centraal te realiseren (Schut; 2005). De maakbaarheid van de samenleving wordt in toenemende mate in twijfel getrokken. De commissie de Vries (1999) borduurt verder op deze toegenomen twijfel. Dit door regie voor de kosten, van in eerste instantie de geneesmiddelen, over te laten aan de zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars zouden immers een direct financieel contact hebben met zowel de zorgaanbieders als de zorgvragers (hun klanten). Door de

sterkere regiefunctie van de zorgverzekeraars binnen de al eerder genoemde belangendriehoek van zorgverleners (de aanbieders), de zorgvragers (de cliënten) en de zorgverzekeraars (de financiers) zou er tevens een beter evenwicht ontstaan tussen de zorgaanbieders aan de ene kant en de financiers aan de andere kant. Een evenwicht dat voor een goed werkende marktwerking noodzakelijk is. De commissie de Vries (1999) geeft een vervolg aan de commissie Dekker vanuit de gedachte dat een gereguleerde concurrentie binnen de zorg zorgt voor een, interne, prikkel om efficiënt te opereren (Elsinga 1995, Ham 1994, Lieverdink 2001, Schut 1992, Schut 2005). De overheid trok zich niet geheel terug uit de rol van de kostenbeheerser en het zorgdragen voor goede en toegankelijke zorg. De zorgverzekeraars moeten in detail aangeven welke initiatieven zij namen en welke resultaten zij boekten. Zo behield de overheid een controlerende en een regiefunctie; een 'gereguleerde' concurrentie.

### **5.3 De positie van de zorgvrager**

Door de sterkere positie van de zorgverzekeraars is er meer evenwicht tussen de zorgaanbieders en de financiers van de zorg. Hiermee is echter slechts een deel van de belangendriehoek in balans.

Sinds de jaren 60 en 70 is er een groeiende maatschappelijke aversie tegen al het patriarchale. Zo heeft er maatschappelijk breed een cultuuromslag voorgedaan. Vanuit een sterk verzuilde samenleving heeft Nederland zich steeds verder ontwikkeld als een maatschappij waar het individu belangrijker is geworden. Een individu met eigen belangen, verlangens, behoeften en vragen. Dit lijkt in steeds mindere mate te verenigen met een zorgsector die voornamelijk aanbod gestuurd is. Naast deze maatschappelijke ontwikkeling wordt ook binnen de politiek en verschillende adviesorganen een grotere waarde gegeven aan het meer individualistische denken. Dit komt naar voren in bijvoorbeeld de rapporten 'van patiënt tot klant' (RVZ; 2003) en 'Naar een meer vraaggerichte zorg' (RVZ;1998). Maar ook in de verschillende plannen om de zorg te hervormen zoals: 'Verandering verzekerd' (naar aanleiding van de commissie Dekker) tot aan de nota 'Vraag aan Bod' in 2001.

Het individu komt meer centraal te staan en zo, blijkt uit bovenstaande nota's en plannen, ook de individuele zorgvrager. Binnen de belangendriehoek krijgt nu ook de zorgvrager een belangrijkere positie als tegenhanger tegenover de overige twee partijen. Deels als uiting van het toegenomen individualisme, maar ook als spelende partij binnen het sturingsmechanisme van de marktwerking. Het individu is immers van patiënt verworden tot klant. Een klant met wensen en de mogelijkheid tot het kiezen tussen verschillende producten en verschillende aanbieders.

### **5.4 Samenvattend**

De beschreven ontwikkelingen komen uiteindelijk samen in het begrip marktwerking. Door het ontstaan van de balans tussen de drie partijen binnen de belangendriehoek ontstaat er een situatie waarin de verschillende partijen kunnen functioneren als op een reguliere markt. Gelijkwaardige partijen die kunnen kiezen, onderhandelen en concurreren. Een ideaal beeld waarbinnen de klant of het individu centraal staat. Tevens bestaat er door de mogelijkheid van het kiezen en zodoende de noodzaak tot concurrentie, een mogelijkheid om de prijzen te laten zakken. Met als gevolg een kostenbesparing. Toegegeven, dit is nog al kort door de bocht, maar in het kort komt de theorie hier op neer. Dat de praktijk ingewikkelder ligt wordt onder andere geïllustreerd in de volgende hoofdstukken waarin een uiteenzetting wordt gegeven van de verschillende partijen die betrokken zijn op de 'zorgmarkt'. Al snel zal blijken dat er in feite geen sprake is van een eenvoudige driehoek van partijen. Bewust is hier dan ook gekozen voor het woord 'theorie'. Er zitten immers voetangels in deze theorie zoals ook het

Manifest (2004) aangeeft. Welke voetangels er uiteindelijk in de praktijk worden ervaren en hoe men in de zorgpraktijk omgaat met deze voetangels is dan ook onderwerp van dit onderzoek.

## **6. De ontwikkelingen van drie verschillende sectoren**

De koepelorganisatie de Open Ankh beslaat een drietal typen zorginstellingen te weten: de gehandicaptenzorg (GZ), verpleeg & verzorgingshuizen (V&V) en de GGZ instellingen. In de komende paragrafen zal een uiteenzetting worden gegeven van de, algemene, ontwikkelingen die deze drie verschillende typen hebben doorgemaakt. Het zal blijken dat deze ontwikkelingen grote overeenkomsten vertonen met de ontwikkelingen van de gezondheidszorg in het algemeen, maar dat er op een aantal onderdelen wel degelijk verschillen bestaan, los uiteraard van de zorginhoudelijke verschillen in de specifieke doelgroepen.

De verschillende organisaties hebben te maken met bepaalde wet- en regelgeving omtrent financiering en indicatiestelling. Bij het beschrijven van de verschillende typen organisaties is het, om de huidige werksituatie te begrijpen, noodzakelijk ook deze wet en regelgeving en indicatiestelling verder uit te werken. Zo zullen de volgende zaken de revue passeren: Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO), persoonsgebonden budgetten (pgb), de rol van het zorgkantoor, de rol van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) en de rol van de gemeente.

### **6.1 Wet en regelgeving, financiering, indicering en verdeling**

In de jaren 90 is er voor gekozen om de gezondheidszorg onder te verdelen in drie compartimenten (Janssen; 2003). Het eerste compartiment richtte zich daarbij op de onverzekerde risico's, het tweede compartiment richtte zich op de curatieve zorg en het derde compartiment richtte zich op de resterende zorg waar de overheid alleen toeziet op de kwaliteit van het aanbod en zodoende niet met de financiering. De gehandicaptenzorg viel, net als de verpleeg- en verzorghuizenzorg, onder het eerste compartiment en werd zodoende gefinancierd vanuit de voor een ieder verplichte verzekering via de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ).

Sinds 1996 is begonnen met het Project Modernisering Ouderenzorg. In 1998 is dit omgezet in de meer algemene 'modernisering van de AWBZ' (Tweede Kamer Der Staten-Generaal; 2001). Belangrijkste uitgangspunten bij de modernisering van de AWBZ waren het centraal stellen van de cliënt, een toenemende concurrentie met de daarbij horende toenemende keuzemogelijkheden voor de cliënt, het behoud van een betaalbare AWBZ en prestatiegerichte financieren van de zorginstellingen. Hiermee vertoont de modernisering van de AWBZ grote overeenkomsten met de eerder beschreven doelstellingen van marktwerking. Sinds de verandering AWBZ wordt er een onderscheid gemaakt in de volgende zeven functies: : huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding, behandeling en verblijf (Klinkert; 2004. Zorgmagazine, VWS;2006).

Bij de uitvoering van de wet en regelgeving rondom de AWBZ zijn de volgende partijen van belang: het Centrum Indicatie Zorg, het (regionaal) Zorgkantoor, College Tarieven Gezondheidszorg (CTG), College Voor Zorgverzekeringen (CVZ) en het College Toezicht Zorgverzekeringen (CTZ). Al deze partijen verzorgen een schakel in de verdeling van zorg.

Om in aanmerking te komen voor een van de zeven functies moet men een indicatie besluit verkrijgen bij een indicatieorgaan van het Centrum Indicatie Zorg (CIZ). Vervolgens

verzorgen de zorgkantoren de afstemming van de regionale zorgvraag en het zorgaanbod. Zo maken de zorgaanbieders afspraken met de zorgkantoren over de te halen productie (Tweede Kamer; 2001). De werkelijke productie wordt uiteindelijk uitbetaald. De hoogte en de opbouw van de te betalen tarieven wordt vastgesteld door het CTG, een zelfstandig bestuursorgaan die de uitvoering van de Wet op de Tarieven Gezondheidszorg (WTG) regelt. Het CVZ heeft tot taak de toetsing van het overheidsbeleid op uitvoerbaarheid en efficiëntie. Uiteindelijk houdt het CTZ, als zelfstandig bestuursorgaan, toezicht op het functioneren van eerder genoemde partijen.

In het komende jaar zal ook de gemeente een grotere rol gaan spelen. Met de Wet Maatschappelijke Ondersteuning wordt er een onderscheid gemaakt tussen de zorg en de maatschappelijke ondersteuning. Zo zullen alleen de langdurige zorg voor chronisch zieken, gehandicapten, chronisch psychiatrische patiënten en ouderen onder de AWBZ vallen. Maatschappelijke ondersteuning om mensen zo lang mogelijk 'zelfstandig' in de maatschappij te laten functioneren wordt vanuit de AWBZ overgeheveld naar de WMO. Net als Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg) en de Welzijnswet. De gemeenten krijgen de regie over de uitvoering van de WMO.

## **6.2 De gehandicaptenzorg**

Binnen de Gehandicaptenzorg worden diensten, ondersteuning en zorg geleverd aan mensen met een verstandelijke, lichamelijke en of zintuiglijke beperking. De gehandicaptenzorg heeft in Nederland een doelgroep van ruim 600.000 mensen (VWS; 2006)

De ontwikkelingen binnen de gehandicaptenzorg zijn in grote lijnen niet anders dan de algemene ontwikkelingen binnen de gezondheidszorg. Ook hier blijkt dat de maatschappelijke omstandigheden en ontwikkelingen op economisch, religieus, cultureel, sociaal en politiek gebied de ontwikkelingen van een sector sterk beïnvloeden (Beltman; 2001). Lange tijd werden mensen met een (verstandelijke) handicap gezien als de abnormalen en paupers voor wie het leven lag aan de rand van de samenleving (Beltman; 2001).

Een van de ontwikkelingen die van grote invloed is geweest, is het medicaliseren van de maatschappij in de 19<sup>e</sup> eeuw. Artsen verwierven een stevige positie binnen de maatschappij en zij definieerden afwijkend gedrag, gedrag dat niet voldeed aan de maatschappelijke standaard als 'ziek' of 'gestoord'. Hiermee plaatsten zij deze zieke of gestoorde mensen buiten de maatschappelijke context (Beltman; 2001).

Aanvankelijk nam ook hier de overheid, in het kader van de liberale laissez faire gedachte, een passieve positie in. In feite pas na 1945 nam de overheid een meer actieve rol binnen de gehandicaptenzorg. De reden hiertoe lag voornamelijk in de gedachte van een sterke, sturende overheid in een periode van naoorlogse opbouw. In de periode na 1960 werd deze sturing, mede door de economische bloeiperiode, weer losgelaten. De invoering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten in 1968 deed het aantal inrichtingenplaatsen voor (verstandelijk) gehandicapten explosief toenemen. Mede hierdoor stegen in gelijke tred de kosten. Toen in de jaren 70 de economische groei tot een halt kwam werd mede door het kabinet Den Uyl gepoogd weer meer grip te krijgen op de kosten binnen de gezondheidszorg. Uitingen van de wens om meer grip te krijgen is te zien in de nieuwe regels (wetten) die in die periode werden opgesteld zoals Wet Ziekenhuisvoorzieningen (1971), de WTG (1980).

In het begin van de jaren tachtig werd in theorie wel al geopperd dat er binnen de gehandicaptenzorg meer aandacht moest komen voor zorg op maat en het 'ontschotten' van semimurale en intramurale zorg. Echter ook in deze periode bestond er de situatie van

laagconjunctuur waardoor in de praktijk weinig terecht kwam van deze wensen. Naast deze situatie van laagconjunctuur bestond in de jaren tachtig echter ook een sterke zakelijke mentaliteit. Inhoudelijke discussies over een meer zorg op maat, betere samenwerking verloren het tegen de zakelijke en juridische argumenten.

In de jaren 90 werd in de vorm van de nota uit 'De perken te Buiten' door de overheid voor het eerst een integraal beleidsprogramma ten aanzien van de 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 in de maatschappij dienen te krijgen gelijk ieder ander. Als het nodig was moest de gehandicapte gecompenseerd en beschermd worden voor hun handicap (Beltman; 2001). Naast deze, meer inhoudelijke, uitgangspunten zette de nota een periode in waarin werd geprobeerd de gehandicaptensector langzaam te hervormen. De sector stond te boek als star en vooral intern gericht. In tegenstelling tot de jaren 70 poogde men met deze nota stap voor stap de sector te veranderen. Met name door vooral onbedreigend de randen van de sector door middel van kleine experimenten aan te pakken (Beltman; 2001).

Ook binnen de gehandicaptenzorg is de trend van individualisering zichtbaar. Zo is ook in de zorg voor verstandelijk gehandicapten zelfbeschikking tot een leidende waarde geworden (Schuurman; 2003). Uit het brancherapport van VWS (2006) komt naar voren dat ook in de gehandicaptenzorg een groeiend aantal mensen aangeeft liever in kleinere wooncombinaties te willen wonen en in ieder geval zo zelfstandig mogelijk. Om een streven van zo 'gewoon mogelijk' te kunnen leven te bereiken wordt er in toenemende mate belang gehecht aan een flexibel aanbod van zorg en daar waar nodig een continue aanbod van zorg. Dat laatste is voornamelijk van belang voor de vergrijzing die ook bij gehandicapten plaatsvindt en voor de gehandicapten met een ernstige lichamelijke, geestelijke beperking of voor gehandicapten met ernstige gedragsproblemen.

### **6.3 De sector GGZ**

Gelijk aan de ontwikkelingen binnen de GZ sector is ook de psychiatrische patiënt een meer maatschappelijk geaccepteerde persoon (Beltman; 2001). De GGZ sector beslaat een breed spectrum aan zorgaanbod (VWS; 2006). Het werkgebied wordt ingedeeld in: volwassenen, kinderen en jeugdigen, ouderen, forensische psychiatrie, verslavingszorg, preventie en maatschappelijke zorg. Binnen het diverse werkgebied werkt de GGZ samen met een groot aantal partijen: jeugdhulpverlening, jeugdbescherming, politie, reclassering en woningcorporaties. Voor een groot deel is de scheiding tussen deze partijen en de werkzaamheden van de GGZ niet even scherp.

In het kader van de ziekenfondswet, die vanaf 1 januari 2006 opgaat in de zorgverzekeringswet, zal de op genezing (cure) gerichte GGZ vanaf 2007 deel gaan uitmaken van zorgverzekeringswet. 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 ouderenzorg en gehandicaptenzorg 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).

## **6.4 De sector verpleeg & verzorghuizen (V&V)**

Verpleeghuizen zijn lange tijd aan de rand van de stad of het dorp gevestigd. Ouderen werden lijdend aan een lichamelijke handicap of aan dementieverschijnselen 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.

Uit demografische gegevens is af te leiden dat door het groeiende aantal ouderen de vraag naar zorg toeneemt (VWS;2006). De groep ouderen die zorg nodig heeft, zal de komende jaren explosief groeien. Ouderen zullen vooral een beroep doen op de verpleeghuizen en de voorzieningen die hun in staat stellen langer thuis te blijven wonen. Volgens gegevens van de Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg (NVVz) bestaat tien procent van degenen die verpleegzorg nodig hebben de komende jaren uit jongeren die lijdend aan hersenletsel, als gevolg van beroertes en het 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. Zo verbreden verzorgingshuizen hun aanbod naar 'ouderen in de wijk' en bieden zij 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 leveren daarnaast ook extramuraal zorg bieden. Het gaat dan om producten als huishoudelijke hulp en verpleging en verzorging bij de patiënt thuis. Zorgkantoren hebben voor de extramuraal zorg echter geen contracteerplicht meer sinds september 2004 (VWS).

Voorheen werkten verpleeghuizen met een vastgelegd budget, nu mogen ze een deel vrij besteden aan het vernieuwen van de zorg. De patiënt krijgt van de verzekeraar de gelegenheid om een deel van de vergoeding, met behulp van het persoonsgebonden budget (pgb), verpleeghuiszorg naar eigen inzichten te besteden. Dit persoonsgebonden budget kan tevens worden aangewend om zorg van de buurvrouw of familie te kopen. (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.

## **6.5 De GZ, GGZ en V&V in relatie tot marktwerking**

De drie bovenbeschreven sectoren hebben alle drie veranderingen ondergaan die overeenkomen met de algemene veranderingen die in de zorgsector zijn waar te nemen. Vanuit de wens om zowel de kosten te beheersen als de positie van de zorgafnemer te versterken hebben de verschillende organisaties te maken met een veranderde financiering en indicatiestelling. De betaler van de zorg (zorgverzekeraar of het zorgkantoor) heeft een belangrijke sturende rol gekregen. Ook hier is een poging gedaan om de verhouding tussen de spelers op de 'zorgmarkt' meer gelijkwaardig te maken opdat er uiteindelijk sprake kan zijn van een meer reguliere markt. Vraagsturing en concurrentie zijn termen die terug zijn te vinden in de verschillende jaarverslagen en beleidsplannen (zie verwijzing naar verschillende plannen). De verschillende onderdelen van marktwerking binnen de sectoren GZ, GGZ en V&V komen geregeld terug in vakbladen als Zorgmanagement Magazine (Zie voor een kleine selectie: Rees Vellinga; 2005, Luijckx; 2005, Wijk van; 2006). De verschillende sectoren zijn

zich aan het oriënteren op de mogelijkheden om hun positie ten opzicht van de andere partijen op de markt zo stevig mogelijk te maken. Stoopendaal (2003) geeft in een onderzoek naar 'de afstand tussen bestuurders in de zorg en de zorgverlening' een overzicht van enkele gevolgen die zichtbaar zijn binnen de zorg vanwege de toegenomen interesse voor marktwerking en concurrentie. Een van de beschreven gevolgen is het toegenomen aantal fusies binnen de zorg. Onduidelijk is nog hoe deze 'schaalvergroting' zich verhoudt tot een andere waarde binnen de marktwerking; de vraaggerichte zorg. Wel is het zichtbaar dat verschillende instellingen voor verschillende strategieën kiezen om hun positie te verstevigen; fuseren of eerder klein en specialistisch.

## 7. De mondige klant en de functie van het contract

Marktwerking heeft verschillende waarden in zich. Als gevolg van het individualisme, liberalisme en de waarde van de autonomie van de mens praten klanten binnen de zorg over de rechten die zij hebben. Zij claimen meer de zorg die hun volgens de wetgeving of volgens het indicatiebureau toekomt.

In het komende hoofdstuk wordt ingegaan op hoe de verschillende zorgaanbieders tegen de mondige klant aankijken, welke dilemma's ervaren zij en hoe wordt er met deze dilemma's omgegaan. Er zal worden ingegaan op hoe de mondige, vaak individuele klant, zich verhoudt tot de dagelijkse, gewenste, praktijk van het zorgaanbod. Het zal blijken dat 'het contract' een belangrijke plaats inneemt in de relatie tussen de (mondige) klant en de zorgaanbieder. Deze plaats is echter niet eenduidig. De meer algemene beschrijving van de mondige klant, de positie van het contract en de daarbij gevonden dilemma's zullen tevens in relatie worden gebracht tot de verschillende theorieën die eerder zijn beschreven in het theoretisch kader.

### 7.1 De mondige klant

Binnen marktwerking, als sturingsmechanisme, speelt de mondige klant idealiter een belangrijke rol. De klant stelt eisen over aangeboden producten en maakt zelfbewuste keuzen. Deze rol wordt door de zorgaanbieders wisselend besproken en beoordeeld. Zo wordt er gesteld dat binnen de onderzochte instellingen vaak geen sprake is van een mondige klant. Er bestaat binnen de onderzochte instellingen een grote groep die door een specifieke aandoening niet in staat is om voor de eigen behoeften op te komen. Naast een pathologie is menig klant in die mate gehospitaliseerd dat deze niet meer gewend is om voor de eigen belangen op te komen. Respondenten geven aan dat voor deze groep, zeker als zij ook geen vertegenwoordiger hebben die belangenbehartiging opneemt, er niet of nauwelijks sprake is van een mondige klant die een actieve rol speelt op de zorgmarkt. De niet mondige klant is zo in feite een belemmering voor de marktwerking als sturingsmechanisme. Naast de 'niet-mondige' klant beschrijven de verschillende respondenten ook een groep steeds mondigere klanten. Zij geven hierbij aan dat vooral de jongere generatie klanten zich bewuster en mondiger opstelt. Onderstaand citaat benoemt deze ontwikkeling en geeft tevens aan dat ook de rol van de klant verschuift.

*'...we zien ook wel een generatiekloof, de ouderen (ouders) gaan mee in alle regels, maar ouders van jonge kinderen die net worden aangemeld, die kennen hun positie heel goed en die worden gewoon consument.'*  
Locatiehoofd GZ

Dit citaat geeft aan dat er een verschil bestaat tussen oudere 'klanten' en de klanten van de jongere generatie. Dit verschil zit hem vooral in het woord 'consument'. Daar waar de oudere, niet mondige, generatie vooral doet wat er wordt gezegd, het meegaan met de regels, doet de nieuwe generatie dat blijkbaar niet. Het is hierbij interessant om te bepalen om welke regels het hier gaat. Uit de gesprekken blijkt dat onderscheid wordt gemaakt tussen de (wettelijke) regels en de regels die een zorginstelling zelf heeft bepaald. De 'positie' waar dit citaat over spreekt gaat voornamelijk over de juridische positie van de klant. Het gaat hier om: recht op zorg, recht op de door het CIZ geïndiceerde zorgzwaarte en op de door het zorgkantoor bepaalde budget. Een consument, zoals benoemd in het citaat, beroept zich binnen de zorg zodoende op door externen bepaalde rechten. Deze 'externe' rechten geven de klant de mogelijkheid om de regels van een zorgaanbieder ter discussie te stellen of om te gaan



onderhandelen over wat de zorgaanbieder precies gaat aanbieden. Een mondige klant, nu consument, maakt gebruik van deze mogelijkheid, zoals uit het volgende citaat blijkt.

*Mensen gaan steeds meer over hun rechten praten (...) zijn er gewoon op uit het maximale uit hun verbintenis te halen. (...) Je bent bijna meer tijd bezig met onderhandelen dan waar het eigenlijk om ging: zorg'*

Hoofd behandelaars GZ

De rechten van de klant worden door de klant toegepast om de onderhandeling van de klant kracht bij te zetten. Uit bovenstaand citaat klinken drie onderwerpen door die geregeld in de gesprekken naar voren werden gebracht. Ten eerste wordt er vrij negatief gesproken over een 'eisende' en 'individualistische' klant. Een klant die een maximaal resultaat wil, ongeacht wat, een soort winstmaximalisatie. Deze winstmaximalisatie gaat niet zozeer over wat de klant precies voor een zorg wil of nodig heeft, maar eerder om hetgeen waar ze recht op hebben. Hiermee wordt het tweede onderwerp van het citaat ingeleid. De onderhandeling over de winstmaximalisatie gaat niet over de zaak waar een zorgaanbieder eigenlijk mee bezig wil zijn, namelijk het verlenen van (nodige) zorg. Verschillende leidinggevendenden beschouwen deze onderhandeling eerder als tijdverlies, een administratieve en bureaucratische druk. De wensen van de mondige klant en de keuze die de klant maakt komen niet overeen met waar, volgens de zorgaanbieders, de zorgaanbieder mee bezig wil zijn.. Het derde onderwerp van het citaat is de verbintenis. Ook nu is het weer van belang om te bepalen om welke verbintenis het eigenlijk gaat. Een verbintenis is een ander woord voor overeenkomst, voor een contract. Er worden binnen de gesprekken verschillende verbintenissen benoemd. Er is een verbintenis tussen de zorgaanbieder en het zorgkantoor, tussen het zorgkantoor en de zorgvrager en een verbintenis tussen de zorgvrager en de zorgaanbieder. Vanuit deze opsomming heeft elke partij in principe twee verbintenissen, echter uit de gesprekken komt naar voren dat een klant op meer dan twee verschillende momenten een overeenkomst ontvangt of aangaat. De eerste overeenkomst of contract wordt opgesteld door het CIZ en het zorgkantoor. Het CIZ geeft een indicatie af voor de benodigde zorg en het zorgkantoor heeft een overeenkomst met de zorginstelling over welk bedrag de instelling krijgt voor de geleverde zorg. In de indicatie staat beschreven op welke zorg de klant recht heeft. Het eerste contract wordt opgesteld voordat een klant heeft gekozen voor een bepaalde instelling. Het tweede 'contract' wordt opgesteld als de klant eenmaal heeft gekozen voor een bepaalde zorginstelling. In feite is dit contract op basis van de Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst (WGBO: Legemaate;2004). Op het moment dat de klant reeds binnen een zorginstelling is opgenomen volgt een soort derde contract. Dit derde contract wordt opgesteld door de instelling én de klant. In dit (zorg)contract wordt aangegeven wat de zorgwens is van de klant. In toenemende mate wordt in dit contract naast de wensen en rechten van de klant ook de plichten van de klant beschreven.

In de interviews staat bij de mondige klant voornamelijk het eerste contract centraal. Dit type contract focust de klant op waar hij recht op heeft en op het budget dat hij meebrengt. Op basis van het eerste contract worden de klant en de zorgaanbieder in feite tegenover elkaar gesteld. Er wordt over de klant die met behulp van het eerste contract zijn eisen neerlegt vrij negatief gesproken. De klant stelt zich zo tegenover de zorgorganisaties terwijl binnen het zorgen eerder wordt gewerkt om samen met de klant, in een dialoog te bekijken wat de zorg verder gaat inhouden. Dat de klant zich tegenover de zorgaanbieder stelt of, door het eerste contract, wordt gesteld, komt op verschillende manieren uit de interviews naar voren. Als eerste het volgende citaat:

*'Ouders die weten wat ze willen...kijk er is gewoon een overhead. Die is er gewoon altijd en daar lopen ze tegenaan. Het is ook nodig om als team zo nu en dan te overleggen, af te stemmen. Vaak is dat een hekel punt. Hoezo... twee uur per week vergaderen, zonde van het geld'* Medewerker GGZ/GZ

Bovenstaand citaat werd gemaakt naar aanleiding van de vraag of klanten een andere positie innemen ten opzichte van de zorgaanbieders. Klanten, in dit geval de ouders van zorgontvangers, hebben én eisen meer inzicht in de gegeven zorg en de manier waarop het budget wordt besteed. Uit bovenstaand citaat blijkt dat de klanten wel weten wat ze willen en waar ze recht op hebben, maar dat dit niet altijd overeenkomt met wat de aanbieder nodig acht om zorg te leveren. Zeker wanneer de klant meer beschikking heeft over het budget, zoals bij het PGB of de meer private financiering stelt de klant eisen die volgens de aanbieders niet haalbaar zijn. Gesteld wordt dat klanten niet voldoende verstand hebben van de zorg en van de organisatie van de zorg om te kunnen inschatten of hun wensen en verwachtingen wel reëel zijn. Ook hier speelt het dilemma dat de logica van het kiezen niet overeenkomt met wat de aanbieders beschouwen als de logica van het zorgen.

De zorgaanbieder probeert de logica van het zorgen stand te laten houden binnen de zorg. Zij maken hiervoor opvallend genoeg gebruik van dezelfde methoden waar de klant gebruik van maakt. Over dit opvallend gebruik van methoden de volgende uiteenzetting. Steeds vaker komen zorginstellingen in het nieuws. Vaak gaat het dan om negatieve situaties. Klanten zoeken de media op om hun ongenoegen kenbaar te maken. Via de media is te zien dat zorgaanbieders en zorgvragers tegenover elkaar staan. In het volgende citaat wordt aangegeven dat klanten van de media gebruik maken om hun wensen te bereiken, ook al zijn die wensen volgens de aanbieder, meestal financieel, niet reëel.

*(R1) 'Wij hebben inderdaad geen zorgplicht'. (R2) 'Dan gaan ze naar de krant of de pers en dan krijgen ze de zorg toch wel, zo gaat het altijd'*  
Gesprek tussen twee medewerkers GZ

Wat opvalt in ook bovenstaand citaat is dat over de mondige klant en zijn methoden om de wensen kracht bij te zetten vrij negatief wordt gesproken, een bepaalde mate van machteloosheid wordt hierbij geuit. De aanleiding voor dit negatieve beeld is divers. Volgens een districthoofd GZ staan we nog maar aan het begin van de marktwerking binnen de zorg. Volgend citaat geeft weer waar beide partijen tegenaan lopen.

*'Het thema is: we moeten de vraag van de klant centraal stellen en hoe kunnen we dat doen terwijl we merken dat, als we dat doen, we moeilijk uitkomen met het budget.'* Districthoofd GZ

Een V&V locatiemanager geeft aan de druk te voelen van zowel klanten als van medewerkers om betere diensten te verlenen en aan de andere kant om deze beter diensten te bieden binnen de huidige budgetten. Klanten zijn in deze fase van de invoering van marktwerking er nog niet aan gewend dat niet alles zo maar beschikbaar is. Aan de andere kant zijn ook de aanbieders hier nog niet aan gewend. Net zoals een klant zegt dat zij recht hebben op de zorg doen medewerkers hetzelfde naar hun leidinggevende. Ook hier maken de medewerkers gebruik van de rechten van de klant om hun eisen kracht bij te zetten. Naar de mening van de verschillende respondenten is het beroepen op 'de rechten van de klant' doorgeslagen.

Volgens een bestuurslid van een V&V instelling wordt er te veel over de rechten van de klant gesproken zonder dat er ook wordt gekeken naar de plichten van de klant. Zij maakt hierbij de vergelijking met het opvoeden van kinderen, ook die moet je bepaalde grenzen, plichten, stellen willen zij zich op een goede manier ontwikkelen. Voor het stellen van deze plichten wordt de derde contractvorm gebruikt. In dit 'zorgcontract' wordt een afstemming gemaakt tussen de wensen van de klant en de mogelijkheden van de aanbieder. Er wordt hier ook wel gesproken over 'het afstemmen van de wederzijdse verwachtingen'. Een afstemmen dat gebeurt met behulp van de dialoog tussen de aanbieder en de klant. In feite wordt het derde contract gebruikt om de logica van het zorgen weer meer op de voorgrond te laten treden. Met zowel de media als met het derde contract wordt gepoogd de logica van het zorgen weer een belangrijkere plaats te geven in het zorgen. Hoe de logica van het zorgen zich vervolgens verhoudt tot het opkomende individualisme en het de daarbij horende waarde van zelfbeschikking zal in het volgende hoofdstuk worden besproken. De aanleiding voor het verder uitwerken van deze verhouding is onder andere de uitspraak van een hoofdbehandelaars van een GZ instelling: 'een machtsvrije dialoog, die bestaat eigenlijk niet'.

## **7.2 Dilemma's en speelruimte in theoretisch perspectief**

De klant wordt in het bovenstaande voornamelijk beschreven als consument. Hiermee neemt de klant een plaats in binnen het vocabulaire van de economische context. Een consument is zich immers bewust van wat hij wil, heeft hier de middelen voor, gaat onderhandelen en eist vervolgens de diensten die hij heeft uitonderhandeld. Binnen de onderzochte organisaties 'eist' de klant op basis van een budget dat is verkregen bij een onafhankelijk zorgkantoor. Op het moment dat de klant gaat onderhandelen met de zorgorganisatie is de feitelijke onderhandeling, die tussen het zorgkantoor en de zorgorganisatie, al achter de rug. In feite komt het er zo op neer dat de klant onderhandelt met de verkeerde partij. Los van deze verwrongen onderhandelingspositie van de klant ten opzichte van de zorgorganisatie geven de verschillende respondenten aan moeite te hebben met de klant als consument. In eerste instantie lijkt het er op dat de mondige en onderhandelende klant niet overeenkomt met de aard van het zorgen. Op zich zou dit dilemma rechtstreeks overgenomen kunnen zijn uit 'de logica van het zorgen' van Mol (2006). Er wordt aangegeven dat het moeilijk is om de mondige en onderhandelende klant samen te brengen met de aard van het zorgen. Een van de redenen waarom dit een moeilijk proces is, is dat de eisen volgens de aanbieders niet altijd overeenkomen met de eisen die gesteld zouden worden als het om de wezenlijke zorgvraag gaat.

De aard van het zorgen is niet eenvoudig te koppelen aan een klant die zich opstelt als eisende consument. Voor een deel heeft dat te maken met het feit dat de aard van het zorgen zich moeilijk verhoudt tot een meer economische context. Uiteindelijk zit hier niet het werkelijke dilemma. Immers, de klant heeft eigenlijk niet de positie om zich als consument te gedragen en eigenlijk heeft de zorgorganisatie niet de positie om de klant als consument te benaderen. Want ook de zorgorganisatie heeft de onderhandeling met het zorgkantoor reeds gevoerd. Van onderhandelen tussen de organisatie en de klant kan zo maar nauwelijks sprake zijn. Dientengevolge is te stellen dat er voornamelijk een dilemma bestaat ten aanzien van de maatschappelijke en politieke stroming die eisen dat de klant een zelfstandig en mondig individu moet zijn.

Bovenstaande past in de uiteenzetting van van Erp (1998), dat de (zorgvragende) klant niet de voornaamste klant is waarmee een zorgorganisatie gaat onderhandelen. Wel moet er een afstemming komen tussen de zorgvragende klant en de zorgorganisatie. Opvallend genoeg gebruiken de verschillende organisaties daarvoor hetzelfde middel als wat de zorgvragende

klant gebruikt om zijn eisen kracht bij te zetten, een contract. Echter in dit contract staat niet zozeer de onderhandeling centraal, maar eerder de afstemming van verwachtingen. Dit, zoals beschreven, met behulp van de dialoog. Op deze manier wordt er vormgegeven aan het afstemmen van de vraag op het aanbod. Een soort marketing op individueel niveau waarbij het de vraag is in hoeverre er sprake is van het sturen door de vraag. De afstemming wordt zo ingezet om de logica van het zorgen weer op de voorgrond te laten treden.

De logica van het zorgen en de economische context gaan mogelijk wel goed samen, maar dit samengaan vindt voornamelijk plaats tussen de zorgorganisaties en de financiers. Het derde contract geeft de organisaties de speelruimte om tegenwicht te bieden aan de eisende klant, de consument. Dit gaat mogelijk wel ten koste van de politieke en maatschappelijke stroming die zich inzet voor de individuele en mondige klant binnen de zorg.

## **8. Het dienen van verschillende koningen**

In de verschillende gesprekken komt naar voren dat de medewerker regelmatig voor dilemma's komen te staan vanwege het belang van de organisatie enerzijds en het individuele belang van de klant anderzijds. Sinds de vergrote aandacht voor marktwerking bestaat er binnen de onderzochte instellingen tevens een vergrote aandacht voor het meer bedrijfseconomische organiseren van de zorg. Zoals reeds eerder is aangegeven dient de zorg ook meer op de individuele klant te zijn toegespitst. Binnen de verschillende interviews kwam naar voren dat zowel hulpverleners als het management moeite hebben om deze twee factoren van marktwerking te combineren.

Binnen het rapport van de Open Ankh (2002) wordt geteld dat er alleen sprake kan zijn van een succesvolle marketing indien de marketinginspanningen zich niet alleen beperken tot het bestuurlijke niveau, maar dat het noodzakelijk is dat deze inspanningen op alle niveaus binnen een organisatie worden geleverd. Het rapport doet hiertoe een oproep. Zoals ook Kotler (1993) en van Erp (1998) aangeven vereist marketing een cliëntgerichte mentaliteit. Deze cliëntgerichtheid heeft als doel om een concurrentievoordeel te behalen ten opzichte van overige zorgaanbieders. Echter van Erp (1998) geeft hierbij aan dat dit concurrentievoordeel niet primair op de patiëntenmarkt wordt gerealiseerd, maar eerder in relatie tot de overheid en tot de financiers. 'De patiëntenmarkt is', zo stelt van Erp (1998), 'eerder een middel om een concurrentievoordeel te realiseren bij overheid en ziektekostenverzekeraars ten opzichte van concurrenten'. Om de benoemde doelstelling van cliëntgerichtheid te realiseren is het van belang dat de gehele organisatie is ingesteld om zich bezig te houden met de verschillende aspecten van marketing.

Verschiedende respondenten onder bestuurders, management en professionals geven aan dat er sprake is van een cultuuromslag in denken en handelen. In een rapport van de Open Ankh kwam naar voren dat binnen de zorgorganisaties aanvankelijk voornamelijk vanuit het hoger management, het bestuur, meer aandacht is gekomen voor een meer bedrijfseconomische kijk op de organisatie van zorg. Zo werden met name op dit niveau verschillende marketingstrategieën bedacht en uitgezet. In de volgende uiteenzetting zal worden weergegeven welke dilemma's zich manifesteren en op welke wijze. Vervolgens zal er worden ingegaan op de manier waarop met deze dilemma's wordt omgegaan.

### **8.1 Twee perspectieven**

In de verschillende interviews komt naar voren dat er twee perspectieven, om tegen het verlenen van de zorg aan te kijken, tegenover elkaar worden gesteld. Aan de ene kant staat het menselijke perspectief en aan de andere kant staat het bedrijfsmatige perspectief. In de

volgende analyse zal uiteen worden gezet wat onder de verschillende perspectieven wordt verstaan, hoe deze tegenover elkaar worden gesteld en hoe ze zich verhouden tot de eerdere theoretische uiteenzetting.

Binnen het menselijke perspectief past het dienstverlenende karakter van het zorgen. In verschillende gesprekken komt naar voren dat de gemiddelde hulpverlener binnen de zorg is gaan werken vanuit een soort innerlijke overtuiging om binnen de zorg te werken. Een leidinggevende binnen een GZ instelling benoemt het als 'een bezieling om met anderen te werken'. Binnen het dienstverlenende karakter staat de relatie tussen de klant en de professional centraal. Op het moment dat de klant binnen een zorgorganisatie is aangemeld gaat de professional samen met de klant opzoek naar de hulpvraag en de behoefte van de klant. Naar aanleiding van deze zoektocht wordt een behandelprogramma opgezet. Bij het contact met de klant is de professional gewend om vanuit de behoefte van de klant en vanuit inhoudelijke kennis de zorg te leveren.

*'Ik wil gewoon kijken hoe lever ik goede zorg en als ik dan prettig ben voor de organisatie omdat dat ik dan aan marktwerking doe, dan vind ik dat best. Dan is dat mooi meegenomen.'* (hoofd)verpleegkundige V&V

*'Medewerker zegt 'dit is nodig voor de klant'. Maakt ze niet uit wie het betaald, maar 'daar heeft hij recht op', het interesseert ze niet hoe het betaald wordt.'* Bestuurder GZ

De professional stelt in relatie tot de klant de inhoud van het handelen en de (rechten van de) klant centraal. De professional richt zich als vertegenwoordiger van de klant tot het management en de bestuurders. Hierbij valt op dat de professional aangeeft wat de professional nodig heeft om goede zorg te leveren aan de klant. Hiermee is de professional niet zozeer een vertegenwoordiger vanuit de vraag van de klant, maar vanuit de kwaliteit van de zorg die noodzakelijk is voor de klant. Tegelijkertijd worden er initiatieven genomen om de professional ook op te laten treden als vertegenwoordiger van de vraag van de klant. Zo wordt binnen een GZ instelling gebruik gemaakt van een zogenaamd Persoonlijk Begeleider (PB). De PB is hier de persoon die de brug vormt tussen de klant en de organisatie.

*'dan komt iemand binnen en dan koppelen we iemand aan een persoonlijke begeleider en dat is het gezicht van onze organisatie voor die klant. Die moet op individueel niveau weten wat die klant wil'* Hulpverlener V&V

De PB inventariseert de vraag van de klant en vormt het eerste en laagdrempelige aanspreekpunt voor de klant. Dit laagdrempelige karakter van de PB sluit aan bij verschillende gesprekken waarin naar voren komt dat het van belang is dat de professional niet tegenover de klant gaat zitten, maar ernaast. Op die manier ontstaat er een dialoog tussen de organisatie, in de vorm van de PB, en de klant. Binnen die dialoog gaat de professional, als PB, samen met de klant opzoek naar wat er nodig is om een goede zorg te leveren. Als vertegenwoordiger van de klant houdt de professional zich zo bezig met het zorgen. Binnen dit zorgen stelt de professional overigens wel een grens aan de mate waarin de klant centraal staat.

*Onder personeelsleden bestaat ook wel de angst voor een 'u vraagt wij draaien' mentaliteit; dat de klanten zich alles mogen permitteren, de klant is koning' Hulpverlener V&V*

Voor professionals is dit deels vanuit de overtuiging dat de wens van de klant niet altijd overeenkomt met wat de professional denkt wat goed is voor de klant. Daarnaast is niet alles wat de klant wil financieel of organisatorisch mogelijk. Zo kan de wens en het belang van de klant botsen met de belangen van de organisatie. Het cliëntcentraal werken is een onderwerp dat in vele beleidsplannen terug is te lezen. Een locatiemedewerker van een V&V instelling beschreef de invoering van termen als vraaggericht werken en bedrijfsmatig werken als een spel. Een spel om de organisatie van de zorg uiteindelijk beter in te richten. Zo stelde een manager binnen de GGZ dat er niets gebeurt als er geen geld voor is. Tegelijkertijd komt uit het vervolg van het gesprek met deze persoon naar voren dat hij er alles voor doet om dat geld ergens vandaan te halen. De verschillende dilemma's tussen belangen, overtuigingen worden zo, in een soort spel, ingezet om de belangen van de organisatie te verwezenlijken. Waarbij, volgens een bestuurder van een V&V instelling de klant niet per definitie koning is. De vraag is alleen wie, wanneer, wel koning is en volgens wie. Hiermee doet een tweede perspectief haar intrede: het bedrijfsmatige perspectief.

Vanuit het bedrijfsmatig perspectief is de professional, naast een vertegenwoordiger van de klant ook een vertegenwoordiger van de organisatie. De PB vormt het persoonlijke gezicht van de organisatie naar de klant toe. Als vertegenwoordiger van de organisatie houdt de professional zich juist bezig met de belangen van de organisatie. In deze laatste functie komen onderwerpen als middelen, financiën, kosten en opbrengsten meer centraal te staan. De professional werkt als vertegenwoordiger van de organisatie vanuit het bedrijfsmatige perspectief. De professional wordt geacht zich zodoende niet alleen bezig te houden met het inventariseren van de zorgbehoefte van de klant, maar houdt hij ook in de gaten wat er vanuit financieel en organisatorisch oogpunt haalbaar is. Binnen het bedrijfsmatige werken wordt er veel belang gehecht aan de financiering van de geleverde diensten. De financiering is grotendeels afhankelijk van de indicatie en de afspraken met de financiers. In zowel gesprekken binnen de GGZ als binnen de GZ komt naar voren dat de financiers een sterke en bepalende positie innemen bij het vaststellen van de budgetten. De volgende citaten zijn illustratief voor het beschreven beeld van de financiers.

*'Het zorgkantoor zegt; dit krijg je en meer niet.'* locatiewoordvoerder GZ

*'Verzekeraars zijn daar ook openlijk over. Dat zie je ook in de onderhandelingen van afgelopen jaar. Dat ze openlijk zeggen 'ja het gaat ons om de prijs.'* Bestuurder GGZ

De financier en het externe indicatie centrum manifesteren zich als belanghebbende partijen van de zorgorganisatie. Zij vragen om diensten die geleverd moeten worden tegen een bepaalde prijs en kunnen zodoende als klanten worden bestempeld. Wat opvalt is dat vanuit het bedrijfsmatige perspectief de zorgvragende klant niet de enige klant is.

De professional heeft, zeker in de vorm van een PB, een dubbele functie. Aan de ene kant vertegenwoordigt hij de klant en aan de andere kant de organisatie. Maar hoe verhouden deze twee functies zich tot elkaar? Bestuurders, leidinggevend en professionals geven aan dat er binnen de organisatie als geheel een toegenomen aandacht bestaat voor de meer bedrijfsmatige aspecten van de zorg.

*'Kijk, ik ben gewoon veel tijd kwijt met bedrijfsmatige aspecten terwijl een andere belangrijke taak van mijn werk, de relatie met mijn medewerkers en klanten goed regelen.... voor hun dingen regelen, daar is minder aandacht voor. (...) maar ik moet wel want daar wordt ik op afgerekend.'*

Locatiehoofd GZ

De zorgorganisaties dienen zich tegenover de financiers te verantwoorden over wat er met de financiën gebeurt. Daaruit voortvloeiend wordt ook de professional gecontroleerd op behaalde resultaten. Zodoende wordt indirect de professional genoodzaakt om niet alleen op te treden als vertegenwoordiger van het belang van de zorgvragende klant en de zorgorganisatie, maar ook als vertegenwoordiger van de belangen van de financiers en externe indicatiecentra. Vanuit het menselijke perspectief loopt men hier tegen een dilemma aan. Er is door de toegenomen aandacht voor het bedrijfsmatige werken minder tijd over om ook aandacht te besteden aan de relatie met de zorgvragende klant. De relatie tot deze klant verzakelijkt op deze wijze. Vanuit het bedrijfsmatige perspectief is er echter geen probleem. Men houdt zich zo immers aan de afspraken en er kan ook worden gecontroleerd of en hoe dit gebeurt. In een van de eerdere gesprekken met een zevental bestuurders, vanuit de verschillende organisaties die bij de Open Ankh zijn aangesloten, werd door verschillende bestuurders aangegeven dat er geen dilemma was, 'het zijn gewoon bedrijfsmatige regels'. Uit bovenstaand citaat en de daaropvolgende uiteenzetting komt naar voren dat deze extra aandacht voor het bedrijfsmatig werken ten koste gaat van het relatiebeheer met de zorgvragende klanten.

Het menselijke perspectief en het bedrijfsmatige perspectief worden geregeld tegenover elkaar gesteld. Dit is al enkele malen in bovenstaande citaten naar voren gekomen. In de volgende bespreking zal verder worden ingegaan hoe deze twee perspectieven tegenover elkaar staan, welke dilemma's hierdoor in de relatie van de organisatie met de klant bestaan. In de paragraaf waar de twee perspectieven worden besproken vanuit de theoretische achtergrond zal ook worden ingegaan op de vraag of deze twee perspectieven altijd tegenover elkaar staan of dat er nog speelruimte bestaat.

Zoals in bovenstaande het menselijk perspectief is weergegeven is vanuit het menselijke perspectief te stellen dat de professional er naar streeft om vanuit de behoefte van de klant en vanuit inhoudelijke kennis de zorg te leveren. Dit ligt anders binnen het bedrijfsmatige perspectief. Twee professionals binnen een V&V instelling benoemen in een tweegesprek het volgende:

*'De keuzes, die veranderen. Een deel van het geld is dan naar de harde zorg kant, fysiotherapie gegaan. Daar maakt men een keuze in'* Hulpverlener V&V

*'De paradigma shift zou dan zijn dat de kwaliteit van zorg boven de kwaliteit van leven gaat. Dus daar zit beweging in'* Klachtenfunctionaris V&V

Wat door deze twee medewerkers wordt aangegeven is dat in toenemende mate de verdeling van de financiën wordt toebedeeld aan de meer concrete en meetbare delen van de zorg. Zij maken hierbij een onderscheid in de ‘harde zorg’ en het ‘welzijn’. Binnen het bedrijfsmatige perspectief, zo wordt gesteld, wordt voornamelijk de aandacht besteed aan die zaken die concreet en meetbaar zijn. Voor het welzijn, waarbij het gaat om het creëren van een prettige sfeer voor de klanten, een goed gesprek of een wandeling als het lekker weer is, is minder aandacht. In de gesprekken met zowel professionals, managers als bestuurders komt naar voren dat er binnen de zorg de afgelopen jaren een cultuurverandering plaatsvindt. Het bedrijfsmatige perspectief staat steeds meer op de voorgrond. Dat niet iedereen zich kan vinden in deze verschuiving blijkt uit het volgende citaat.

*‘Ik bedoel dan niet dat dit meteen allemaal negatief is of zo, maar het woord ‘geforceerd’ blijf ik wel gebruiken. Je bent bezig met iets wat vreemd is aan de zorgverlening, waar je voor staat (...) zorgzaamheid’* Leidinggevende GZ

In toenemende mate is er aandacht aan besteed dat de werkzaamheden efficiënt, effectief en inzichtelijk worden uitgevoerd. Volgens een bestuurder van een V&V instelling bestaat er echter een tegenbeweging.

*‘ze verzetten zich daar heftig tegen. En ze zijn... daar schieten ze ook wel in door ..(..) Nou en dat als tegenreactie tegen al die meet en regelzucht die de laatste jaren op die sector afkomt. Zie je de professionals juist heel sterk dat menselijk model weer tevoorschijn halen van hé we moeten dienstverlenend zijn, zorgen voor warmte en koestering van de relatie.’* Bestuurder V&V

Deze bestuurder geeft aan dat het bedrijfsmatige perspectief is doorgeslagen en dat er als tegenreactie het menselijke perspectief wordt ingezet. De toegenomen aandacht voor het bedrijfsmatig perspectief roept bij zowel professionals als management weerstand op. Dit komt in de verschillende gesprekken niet in de laatste plaats op non-verbale wijze naar voren. Vocabulaires als ‘winst’, ‘geld’ en productie worden geregeld ‘vies’ uitgesproken. Het zijn woorden vanuit het bedrijfsmatige perspectief die, volgens verschillende respondenten niet stroken met het warme en koesterende menselijke perspectief.

In de bovenstaande uiteenzetting over hoe de respondenten tegen de zorg aankijken wordt een verdeling gemaakt tussen de twee perspectieven. Op het eerste gezicht wordt aangegeven dat door deze twee perspectieven de professional, maar ook de leidinggevenden zich in een soort spagaat bevinden. Een spagaat tussen de belangen van de klant en de belangen van de organisatie. Vanuit het bedrijfsmatige perspectief wordt echter benadrukt dat de traditionele zorgvragende klant niet de enige klant is. Veel professionals en ook leidinggevenden zijn niet gewend om verschillende klanten te dienen. Immers binnen het menselijke perspectief bestaat er in feite slecht een type klant: de zorg behoevende. Op het moment dat het bedrijfsmatige perspectief sterker aanwezig is, wordt de positie van de overige klanten - maar dan niet van de zorgvragende klant - sterker. Dit strookt niet met het centraal stellen van de (zorg behoevende) klant. Niet alleen wordt aangegeven dat het warme en koesterende menselijke perspectief en het zakelijke en kille bedrijfsmatige perspectief tegenover elkaar staan. Ook wordt er weergegeven dat het menselijke perspectief als strategisch middel ingezet kan worden om de invloed van het bedrijfsmatige perspectief te verminderen. Het vanuit het



menselijk model centraal stellen van de zorgvragende klant wordt dan ook ingezet om tegengas te bieden aan de overige klanten, te weten de financier en het indicatiecentrum. Dit wordt overigens door zowel professionals, managers en bestuurders gebruikt.

## 8.2 In theoretisch perspectief

Zoals in de inleiding van dit hoofdstuk uiteen is gezet, was te verwachten dat er een dilemma zou ontstaan tussen de belangen van de organisatie en de belangen van de klant. Het is gebleken dat dit aangereikte dilemma van meer belangen en oorzaken afhankelijk is. Volgens de uiteenzetting van Pols (2004) gaat een keuze voor een bepaald perspectief ten dele ten koste van een ander perspectief. Er bestaat een zekere overlap tussen het menselijke perspectief en het bedrijfsmatige perspectief. In beide gevallen hebben zowel de klant als de zorgorganisatie er een belang bij om een relatie aan te gaan. De organisatie, om via de klant een bestaansrecht te genieten, en de klant om via de organisatie de zorg te krijgen waar hij om vraagt.

Vanuit de principes van marketing wordt er vervolgens getracht om de afstemming van het aanbod optimaal aan te laten sluiten bij de vraag. Op deze manier is de organisatie aantrekkelijk voor de klant. Het is typerend voor de zorgsector dat de individuele zorgvragende klant die om de zorg vraagt niet de enige klant is en, volgens van Erp (1998) ook niet de machtigste. De organisatie heeft naast de zorgklant te maken met de overheid en met de financiers die beide in grote mate beschikken over de financiële middelen. Sinds de marktwerking, maar ook sinds de gedachte dat de zorg goedkoper moet, heeft er een verandering plaatsgevonden in het denken over het leveren van zorg. De voornaamste verandering is dat dit leveren niet zonder beperkingen meer is, ook al is er wel vraag naar. Het lijkt erop dat voornamelijk het bestuur zich de afgelopen jaren bezig heeft gehouden met deze, mentale, verandering. De klant staat centraal, maar vanuit de principes van marketing is te stellen dat alle klanten centraal staan en dan vooral de klanten die het meest te vertellen hebben. In dit geval de overheid en de verzekeraars. Het verwoorden van deze gedachte past voornamelijk binnen de economische vocabulaires en zo ook binnen het bedrijfsmatige model.

Opvallend is dat als tegenbeweging een zowel professioneel inhoudelijke vocabulaire als een meer politieke vocabulaire wordt gebruikt. Het belang van de klant, nu ook vaker benoemd als patiënt, staat hierbij voorop. Maar ook termen als 'recht hebben op' worden gebruikt om toch meer te kunnen bieden dan aanvankelijk mogelijk. Net als bij het gebruik van het 'derde contract' wordt door verschillende instellingen de dialoog ingezet om een overeenstemming te bereiken met de klant over wat wel en niet verwacht kan worden. Deze dialoog past zowel binnen de vocabulaire van de economie, de politiek als die van de professional. Het valt in de verschillende gesprekken echter op dat de term 'dialoog' meestal wordt gebruikt vanuit een van deze typen vocabulaires. Voornamelijk de professional heeft er veel moeite mee om de dialoog te bezien vanuit een economisch perspectief. Wel kan gesteld worden dat de dialoog als een strategisch middel kan worden ingezet om de verschillende belangen bij elkaar te brengen. Op die manier kan met behulp van de dialoog, een typisch instrument vanuit de logica van het zorgen, de logica van het zorgen gecombineerd worden met de meer economische logica van het kiezen. Vooralsnog lijkt het erop dat het bedrijfsmatige perspectief de overhand heeft. Het dilemma dat hierdoor ontstaat lijkt niet geheel te liggen op het gebied van de tegenstrijdige belangen van de klant en van de organisatie. Dit zou een te vereenvoudigde weergave zijn van de werkelijkheid. Er lijkt strategisch gebruik te worden gemaakt van het benoemen wie de klant eigenlijk is. Een strategisch gebruik dat overigens vooral past binnen de toepassing van het economisch vocabulaire.

Het wisselende gebruik van het bedrijfsmatig en het menselijk perspectief creëert voor de verschillende lagen binnen de organisaties een speelruimte om met de eigen belangen en die van anderen om te gaan. In feite wordt er op deze wijze op strategische grond gekozen om nu eens meer volgens het bedrijfsmatige perspectief te redeneren en dan meer volgens het menselijke perspectief. Pols (2004) beschreef dat een keuze voor een bepaald perspectief ten koste gaat van een ander perspectief.

In het bovenstaande wordt in feite geen keuze gemaakt tussen de perspectieven. Hierdoor blijven wellicht de waarden van beide perspectieven gewaarborgd. Er blijven zo twee perspectieven bestaan. Beide perspectieven hebben een voorkeur voor een bepaald vocabulaire. Voor een deel botsen deze vocabulaires en zou je kunnen stellen dat zolang er geen keuze wordt gemaakt tussen de perspectieven er een conflict blijft bestaan binnen de dagelijkse zorgorganisatie. Een conflict waarbij het dilemma tussen de verschillende belangen centraal staat. Aan de andere kant biedt het 'niet' kiezen tussen de verschillende perspectieven een grote strategische vrijheid voor zowel bestuurders, managers als professionals tijdens hun dialoog met de verschillende klanten, en tevens onderling. Zo ontstaat er in feite een nieuw en flexibel perspectief waarbinnen de waarden van beide perspectieven worden gewaarborgd.

## 9. Conclusie

*'Ik denk toch...dat... de medewerkers kijken ook allemaal tv en lezen ook allemaal de kranten en willen ook allemaal toch wel... ja je wil je huis altijd mooi verkopen. Het is je eigen huis ook'* Hoofd verpleging V&V

Het beginnen van deze scriptie met bovenstaand citaat is illustratief voor hoe de verschillende gesprekken *niet* verliepen. Het eindigen met bovenstaand citaat echter wel. Dit citaat straalt een bepaalde trots uit en hetgeen waar men trots op is laat men graag zien. Gedurende de verschillende gesprekken met vooral professionals en middenmanagent groeide het besef bij zowel respondenten als bij de onderzoekers dat de respondenten veel meer aan verschillende principes van marktwerking deden dan zij vooraf hadden verwacht. Dit groeiende besef is een typisch kenmerk van de gebruikte kwalitatieve onderzoeksmethoden. Vanuit de vraagstelling is er opzoek gegaan naar de principes die in het geding komen en naar welke dilemma's ontstaan bij marktwerking in het algemeen en bij de verschillende vormen van vraagsturing in het bijzonder. Vanuit de tegenstelling tussen de door Mol (2005) beschreven 'logica van het kiezen' en de 'logica van het zorgen' was te verwachten dat ook binnen deze scriptie naar voren zou komen dat de verschillende vormen van vraagsturing de nodige dilemma's zouden opleveren. Vanuit de respondenten was de tegenstelling tussen het zorgen en de meer bedrijfsmatige aanpak geregeld het startpunt van het gesprek. Zoals ook is gebleken in hoofdstuk 8. Echter gedurende de gesprekken bleken deze tegenstellingen minder absoluut dan aanvankelijk werd geschetst. Het bewustzijn hierover bleek binnen de gesprekken echter gering. Geregeld werd na het gesprek opgemerkt dat het een leuk gesprek was en dat, vooral de professionals, niet eerder echt hadden nagedacht over wat marktwerking in al haar facetten voor hun betekende. Het verloop van de gesprekken is hiermee kenmerkend voor de marktwerking binnen de zorg; nog volop in ontwikkeling. In de volgende uiteenzetting wordt weergegeven welke conclusies getrokken kunnen worden op basis van het gevoerde onderzoek. Vervolgens zal er ook een advies worden geformuleerd over hoe binnen de organisaties de principes van marktwerking verder te ontwikkelen.

### 9.1 Verschillende perspectieven, verschillende klanten

Een geregeld gehoorde zin is: 'het gaat toch uiteindelijk om de patiënt'. Hierbij is de patiënt een ander woord voor de zorgvragende klant. Vanuit de context van de professionele vocabulaire is hier ook zeker wat voor te zeggen. Vanuit deze context staan begrippen als kwaliteit van zorg, patiënt en zorgen centraal (Grit..., Mol; 2004). Maar vanuit de analyse van de interviews komen naast deze termen nog meer typische professionele vocabulaires naar voren. Zo wordt vanuit de professionele benadering een accent gelegd op het 'menselijke' karakter van het zorgen. Het zorgen heeft een sterk dienstverlenend karakter waarbij een innerlijke overtuiging om met en voor andere mensen te werken centraal staat. De professional is zodoende gewend om vanuit een behoefte van de klant, nu vaak ook patiënt genoemd, en vanuit de vakinhoudelijke kennis de zorg te bieden. De patiënt, zijnde dé klant, staat hierbij samen met de vakinhoudelijke kennis centraal tijdens het vormgeven van de passende zorgmarkt.

Vanuit het economische vocabulaire, waarvan het begrip marketing deel uit maakt, is het echter de vraag of het uiteindelijk wel om de patiënt gaat. Binnen de economische vocabulaires komt het bedrijfsmatig werken naar voren. De levering van de diensten vindt plaats in een financieel en organisatorisch kader. De economische en bedrijfsmatige context

wordt zo gevormd door productiecijfers, budgetten en de controle op deze cijfermatige aspecten van de organisatie. Verder wordt een groot deel van deze cijfermatige aspecten opgesteld naar aanleiding van de relatie met de financiers en de indicatiebureaus. Het gaat binnen de economische en bedrijfsmatige context om de organisatie én de klant. Zoals al enkele malen naar voren is gekomen is de patiënt nu niet de enige klant. Zoals ook is weergegeven in de uiteenzetting over Marketing door van Erp (1998) zijn vooral de financiers en de verschillende vormen van overheden de sterkste klanten. Een passende zorgmarkt speelt zich zodoende niet alleen af tussen de zorgvrager en de zorgorganisatie, maar tussen de zorgorganisatie en alle klanten.

Zowel van Erp (1998), Kotler (1993) als de publicatie van de Open Ankh stellen dat alle lagen van de organisatie van belang zijn bij het uitvoeren van een succesvolle marketing. Geregeld wordt aangegeven dat het uiteindelijk om de patiënt gaat en om de essentie waar het binnen de zorg om gaat; het 'zorgen'. Vooral professionals geven hiermee aan dat zij liever bezig zijn met hetgeen waar zij ooit voor zijn opgeleid; het geven van zorg, en niet voor het uitvoeren van allerlei marketingactiviteiten. In feite geven zij hiermee aan dat de overige klanten, de niet- zorgvragers, zich begeven buiten de context van de medische en professionele vocabulaires. In de taal van de zorg wordt het 'menselijke' geregeld aangehaald. Tegelijkertijd wordt het economische perspectief neergezet als een perspectief dat daar geen oog voor heeft. Het economische perspectief is zodoende bijna niet menselijk. Dit zou kunnen verklaren dat er vanuit de professionele context weinig tot geen aandacht is voor die klanten die passen binnen de economische context van een organisatie, zoals de verzekeraars, zorgkantoren en de overheid.

Vanuit de interviews komt naar voren dat de positie van de klant is veranderd. De voornaamste verandering van de zorgvragende klant is dat deze klant zijn positie moet delen met andere, sterke, klanten. Hiermee komt een van de uitgangspunten van marktwerking, vraaggerichte zorg voor een sterke zorgvragende klant, onder druk te staan. Voor een deel komt de veranderde positie door de maatschappelijke stroming, van waaruit gezien de individuele en mondige klant een belangrijke plaats inneemt. Tegelijkertijd is ook door het introduceren van marktwerking de positie en de rol van de zorgvragende klant veranderd. Tegen een van de doelstellingen van marktwerking in, de centrale positie van de zorgvragende klant, spelen ook de overige klanten een belangrijke rol. De belangen van de financiers, minimale kosten en de belangen van de zorg vragende klant, maximale zorg, komen immers niet altijd overeen. Productiecijfers en budgetten van de organisatie en de overige klanten zijn meer bepalend geworden voor de werkzaamheden van zowel de manager als van de professional. Uit zowel de uiteenzetting over de mondige klant als die over de positie van de professional komt naar voren dat de verschillende organisaties nog in een zoektocht zijn naar de ideale manier om zowel de belangen van de organisatie, van de medewerkers, van de zorgvragende klant als die van de overige klanten te optimaliseren. Kortom een zoektocht naar de passende zorgmarkt. Hoe deze zoektocht vorm krijgt en wat de gevolgen van deze zoektocht zijn wordt uiteengezet in de volgende uitwerking.

## **9.2 De logica van het bedrijfsmatig zorgen**

Het kader waarbinnen de zorgorganisaties hun diensten aanbieden wordt sterk gevormd door de financiële mogelijkheden en onmogelijkheden van de organisaties. In de gesprekken is naar voren gekomen dat het vaak vooral om de financiële onmogelijkheden gaat. Een van de doelen van marktwerking is immers een efficiëntere werkwijze. In de praktijk moet dit neerkomen op het leveren van de diensten met minder financiële middelen. Andere factoren die het kader vormgeven komen voort uit de medisch professionele context waarbij wordt

opgemerkt dat het uiteindelijk vooral gaat om het bieden van goede zorg. De zorgorganisaties zijn nog op zoek naar de manier om de zorgvragende klant binnen dit kader te plaatsen.

Het antwoord lijkt vooralsnog te liggen bij het voeren van de dialoog. In de dialoog met de klant worden de wederzijdse verwachtingen op elkaar afgestemd. Vervolgens wordt deze afstemming afgerond met het eerder beschreven 'derde contract' waarin zowel de rechten als plichten van beide partijen staan omschreven. Wat opvalt is dat het woord 'dialoog' een typische term is uit de door Mol (2006) beschreven logica van het zorgen. Immers, binnen 'de logica van het zorgen' gaat de zorgaanbieder samen met de zorgvrager het tweegesprek, de dialoog, aan over wat de stappen binnen de zorg zullen zijn. Vervolgens wordt per contract een afstemming geformuleerd. De dialoog wordt gevoed door zowel de bedrijfmatige kaders als door de medisch inhoudelijke overtuigingen van de zorgorganisatie. De dialoog en het contract geven zo concreet vorm aan de logica van het zorgen in combinatie met het economisch perspectief.

Wat opvalt is dat nauwelijks naar voren komt of en hoe de individuele keuze van de klant binnen de dialoog voorop staat. Er is wel aangegeven dat er 'onderhandeld' moet worden met de zorgvragende klanten. En een onderhandeling kan er op duiden dat er sprake is van een zelfbewuste, vragende en eisende partij. Maar meermalen wordt aangegeven dat de 'klant geen koning is'. Het onderhandelen met de zorgvragende klant wordt zelfs benoemd als tijdverlies. De dialoog met de klant wordt ingezet om de verwachtingen van de klant aan te laten sluiten bij de mogelijkheden van de zorgorganisatie. Zodoende staat de zorgvragende klant niet centraal. Dit gebruik van de dialoog sluit aan bij een opmerking van een van de respondenten dat een machtsvrije dialoog niet bestaat. De dialoog is een combinatie van zowel bedrijfmatige perspectieven als van medisch professionele. De wellicht meest opvallende constatering is dat door het bovenstaande gebruik van zowel de logica van het zorgen en het economische en bedrijfmatige perspectief een van de voornaamste doelen van de marktwerking op de achtergrond komt te staan namelijk: het centraal staan van de zorgvragende klant. Door het gebruik van de dialoog wordt de verwachting van de klant aangepast en zodoende ook de vraag van de klant. Immers een klant zal niet snel iets vragen om iets waarvan in de dialoog duidelijk is gemaakt dat datgene niet mogelijk is. De vraagsturing binnen de zorgorganisaties neemt zodoende voornamelijk de vorm aan van 'het sturen van de vraag' op individueel niveau. Er bestaat zo, in de zoektocht naar een passende zorgmarkt, een situatie die zich tussen de logica van het zorgen en het economische en bedrijfmatige perspectief in bevindt. Met behulp van de dialoog wordt de passende zorgmarkt vormgegeven binnen een 'logica van het bedrijfmatig zorgen'. Een soort logica tussen de logica van het zorgen en het bedrijfmatig werken in.

### **9.3 De ontwikkeling van het beleidsmatig zorgen; een advies**

Het bedrijfmatig zorgen is voor vele medewerkers binnen de zorg nieuw. Vanuit de historische ontwikkeling van de gezondheidszorg zijn termen vanuit de economische vocabulaires ogenschijnlijk tegenpolen van de meer medisch en professionele vocabulaires. Winst, productie en controle zorgen voor een toenemende bureaucratische drukte die zich, volgens de verschillende respondenten niet verhoudt tot waar de professional eigenlijk mee bezig wil zijn; het verlenen van nodige zorg. In zowel hoofdstuk 7 als in hoofdstuk 8 komt naar voren dat er op het eerste gezicht dan ook een antipathie bestaat voor het meer economische vocabulaire. Niet voor niets werd het woord winst geregeld al 'vies' bestempeld. Het gebezigd taalgebruik is van belang. Zo wekte de term marktwerking, afkomstig uit het economisch vocabulaire, geregeld een negatieve start van het interview op.

De dialoog past echter zowel binnen de vocabulaires van het medische en professionele perspectief als het economische en bedrijfsmatige perspectief. Hierdoor is de dialoog voor zowel het medisch professionele perspectief als voor het economische en bedrijfsmatige perspectief een acceptabel middel om op een open manier de dagelijkse zorgpraktijk te exploreren en te ontwikkelen.

Als het beleidsmatig zorgen te zien is als dé manier om te komen tot een passende zorgmarkt, vanuit het perspectief van de zorgorganisaties, is het van belang dat een ieder in de organisaties ook werkelijk zo gaat werken. Om het bewustzijn van en het werken volgens het bedrijfsmatig zorgen verder te ontwikkelen, bij zowel bestuurders, managers als professionals, is het nodig om de dialoog te hanteren om het bedrijfsmatig zorgen binnen de organisaties te optimaliseren. Een dialoog waar gebruik wordt gemaakt van die vocabulaires die aansluiten bij de logica van het zorgen.

#### **9.4 Een vervolg**

Hoe de logica van het bedrijfsmatig zorgen zich verhoudt tot de overige spelers op de zorgmarkt, zoals de financiers, de overheid en niet in de laatste plaats de zorgvragers, was geen onderwerp van onderzoek voor deze scriptie. Het onderzoek heeft zich voornamelijk gericht op het perspectief van de zorgorganisaties. Zo dus ook op de belangen van deze zorgorganisaties. Deze belangen kunnen van grote invloed zijn op de opvatting hoe met behulp van marktwerking uiteindelijk wordt gekomen tot een passende zorgmarkt. Het is goed voor te stellen dat vanuit een zorgaanbieder de voorkeur wordt gegeven aan het sturen van de vraag en dat daar dan ook de oplossing in wordt gezocht. Een zorgvrager zal hier wellicht anders over denken. Hierdoor bestaat de kans dat de idealen die verborgen liggen binnen de politieke en maatschappelijke uitgangspunten onderbelicht raken. Om uiteindelijk te zorgen voor een balans tussen zowel de economische, professioneel medische als de politiek maatschappelijke uitgangspunten is het wellicht noodzakelijk om eenzelfde dialoog als de zorgorganisaties intern voeren eveneens te voeren met cliënten en de politiek.

Door de veranderde rol en positie van de verschillende klanten is het verder te verwachten dat ook de rol en positie van de professional is veranderd of zal veranderen. Er gaan nu al stemmen op dat de rol van de manager, als contact persoon met de overige klanten, steeds belangrijker wordt. Hoe deze verandering zich ontwikkelt en zich verhoudt tot bijvoorbeeld de logica van het zorgen of de logica van het bedrijfsmatig zorgen is nog onvoldoende duidelijk. Een vervolgonderzoek zou hier de nodige duidelijkheid kunnen geven.

Tijdens de beschrijving van de focus van deze scriptie is aangegeven dat deze scriptie onderzoek is gedaan naar een waarheid. Tevens is hier aangegeven dat een waarheid van tijdelijke aard is en sterk afhankelijk is van de eveneens tijdelijk context waaruit deze waarheid wordt gevormd. Ook de resultaten van deze scriptie zullen dus onderhevig zijn aan persoonlijk en maatschappelijk veranderen. Hiermee staat de waarheid van de gepresenteerde resultaten open voor discussie. Een discussie die de ontwikkeling van het fenomeen marktwerking binnen de zorg verder kan bevorderen.

## Literatuur:

- Bernard, H.R. (1995). *Research Methods in Anthropology: qualitative and quantitative approaches*. Walnut Creek; CA: AltaMira Press.
- Beltman, H. (2001). Buigen of barsten? : hoofdstukken uit de geschiedenis van de zorg aan mensen met een verstandelijke handicap in Nederland 1945-2000. Verkregen via <http://irs.ub.rug.nl/ppn/216419484>.
- Boot, J.M., Knapen, M.H.J.M. (2001). *Handboek Nederlandse gezondheidszorg*. Tiende druk. Het Spectrum B.V.
- Callon, M. (1998). *The Law of the Markets*. Oxford: Blackwell.
- CEG (Centrum voor Ethiek en Gezondheid, samenwerking tussen Raad voor de Volksgezondheid en Zorg en de Gezondheidsraad) (2004). Verkregen via [www.ceg.nl](http://www.ceg.nl)
- Creswell, J.W. (2003). *Research design: Qualitative, quantitative and mixed method approaches*. 2e druk. Thousand Oaks; Sage Publications.
- De Open Ankh (2002). *Maatschappelijk ondernemerschap deel II, Marketing*. De Open Ankh, Soesterberg.
- Elsinga, E., Kemenade, Y.W. (1997). *Van revolutie naar evolutie. Tien jaar stelselwijziging in de Nederlandse gezondheidszorg*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Erp, L.G. van (1998). *Zorg voor de markt. Marketing voor gezondheidszorgorganisaties*. Elsevier, De Tijdstroom, Maarsen.
- Grinten, T. van der (2000). Sturing door en sturing van de vraag. Kanttekeningen bij vraagsturing in de gezondheidszorg. In: *Vraagsturing&Zorgketens, managementdilemma's en nieuwe opties voor organisaties en management ouderenzorg, GGZ, gehandicaptenzorg, ketenperformance en totaalketens*. Stichting SYMPOZ. Boon, L. Amstelveen, 7-14.
- Grit, K., Dolfsma, W. (2002). The dynamics of the Dutch health care system- a discourse analysis. *Review of Social Economy* 3, 377-401
- Ham, C., Brommels, M. (1994). Health care reform in The Netherlands, Sweden, and the United Kingdom. *Health Affairs* 13(5), 106-119
- Hagendijk, R.P. (1996). *Wetenschap, Constructivisme en Cultuur*. Uitgeverij Luna Negra, Amsterdam.
- Janssen, R., Choy, T. (2003). Zorgkantoren, Maatschappelijk verantwoord? *ZM Magazine*, 1, 10-15.
- Kant, A. (2004). Manifest 'marktwerking in de zorg? Nee! Verkregen via [www.zorggeenmarkt.nl](http://www.zorggeenmarkt.nl)

- Keulartz, J., Schermer, M., Korthals, M., Swierstra, T. (2004). Ethics in Technological Culture: A prgrammatic proposal for a prgmatist approach. *Science, Technologie & Human Values*, vol. 29 No. 1, Winter 2004 3-29.
- Klinkert, J.J. (2004). *WMO en de nieuwe knip: het einde van de integrale organisatie?*. *ZM magazine* 9, 18-21.
- Kotler, P., Armstrong, G. (1993). *Marketing een inleiding*. Academic Service, Schoonhoven.
- Kraan, W.G.M. van der (2001). Vraaggericht en vraaggestuurd. Een literatuuronderzoek naar vraaggerichtheid en vraagsturing in de gezondheidszorg. Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam. Den Haag, ZonMw.
- Kraan, W.G.M. van der, Grinten, T.E.D. van der (2004). The development of demand driven care as a new governance concept. *NOB Conference*. Verkregen via: <https://ep.eur.nl/retrieve/3960/NIG4-02.pdf>
- Lapr e, R., Rutten, F., Schut, E. (2001). *Algemene economie van de gezondheidszorg*. Elsevier gezondheidszorg, Maarsen.
- Legemaate, J. (2004). *Teksten. Kwaliteit Gezondheidszorg en patiëntenrechten*. Editie 2004/2005. Sdu Uitgevers, Den Haag.
- Lieverdink, H. (2001). The marginal success of regulated competition policy in the Netherlands. *Social Science & Medicine* 52:1183-1194
- Luijckx, K., Meijboom, B., Blok C. de, Akker, P. van den, Brinkhof, D. (2005). Vorm geven aan vraaggericht ouderenzorg. *ZM Magazine*, 1, 2-6.
- Maso, I. (1987). *Kwalitatief onderzoek*. Boom, Meppel, Amsterdam
- 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*. Van Gennep, Amsterdam.
- Noordegraaf, M., Grit, K. (2004). Vragen over vraagsturing *Beleidswetenschap*,3, 201-222.
- 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*. Juni, 59, 487- 499.
- Rees Vellinga, G. van (2005). Beslisboom versus voordeur. GGZ – gids: een nieuw model voor vraagsturing. *ZM magazine*, 6, 7-10.
- RVZ (2003). Van patiënt tot klant. Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Zoetermeer



Schade, C. (1980). *Woningbouw voor arbeiders in het 19<sup>de</sup>-eeuwse Amsterdam*. Van Gennep, Amsterdam.

Schut, F.T. (1992). Workable competition in health care: prospects for the Dutch design. *Social Science Medicine* 35 (12), 1145-1455.

Schut, F.T., Ven, P.M.M van de (2005). Rationing and competition in the Dutch health-care system. *Health Economics* 14, 59-74

Schuurman, M.I.M. (2003). Zelfbeschikking en eigen verantwoordelijkheid van mensen met een verstandelijke handicap Hoofdstuk 5 uit het rapport *Signalering Ethiek en Gezondheid* van het Centrum voor ethiek en gezondheid (CEG).

Staverman, R. (1996). Eerste stapjes op de vrije markt; verpleeghuizen. *Vereniging VNO-NCW* 3:18-21

Stoopendaal, A. (2003). Zorg op afstand. Een onderzoek naar de afstand tussen bestuurders in de zorg en de zorgverlening. Een onderzoeksopzet. Verkregen via <http://www.bmg.eur.nl/beno/onderzoeksprogramma/onderzoeksopzet%20annemiek%20stoopendaal.pdf>

Tweede Kamer Der Staten-Generaal (2001). De rol van het zorgkantoor. Vergaderjaar 2000-2001, 27 810, nr. 1-2, 's-Gravenhagen, Sdu Uitgevers & VWS.

Vliet, K. van, Oudenampsen, D. (2004) professionals between problem and dimand. Publicatie Verwey- Jonker Instituut.

Wijk, K. van, Dijk, H. van (2006). Marktwerking en Human Resource Management. *ZM Magazine*, 1, 11-16.

RVZ (Raad voor Volksgezondheid en Zorg) (1998). Naar een meer vraaggerichte zorg. Advies aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Zoetermeer.

RVZ (Raad voor Volksgezondheid en Zorg) (2003). Van patiënt tot klant. Advies aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Zoetermeer.

VWS ( Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (2006). Branche Rapporten. Verkregen via <http://www.brancherapporten.minvws.nl>

ZonMw (2005). Vraagsturing in de zorg *Mediator*, special.

## **Bijlage I**

### **Overzicht bezochte organisaties aangesloten bij de Open Ankh**

- Geestelijke Gezondheidszorg
  - Symfora groep [www.symfora.nl](http://www.symfora.nl)
  - GGZ Drenthe [www.ggzdrenthe.nl](http://www.ggzdrenthe.nl)
- Verstandelijke gehandicaptenzorg
  - Sherpa [www.sherpa.nl](http://www.sherpa.nl)
  - de Compaan [www.decompaan.nl](http://www.decompaan.nl)
- Verpleeg- en verzorgingshuissector
  - Duyn & Rhyn [www.duyn-en-rhyn.nl](http://www.duyn-en-rhyn.nl)
  - stichting Oranje Nassau's Oord [www.st-oranje-nassaus-oord.nl](http://www.st-oranje-nassaus-oord.nl)

De volgende organisatie is benaderd, maar kon door, interne, organisatorische drukte niet participeren (deze organisatie is vervangen door Oranje Nassau's Oord):

- Stichtse Warande [www.stichtsewarande.nl](http://www.stichtsewarande.nl)

De koepel organisatie bestaat uit de Open Ankh. [www.openankh.nl](http://www.openankh.nl)

## **Bijlage 2**

06 maart 2006

adres  
straat  
Postbus

Geachte heer

Middels deze brief vragen wij om uw medewerking aan een onderzoek naar de ethische aspecten van marktwerking binnen de gezondheidszorg. Dit onderzoek wordt uitgevoerd door het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (iBMG) met steun van het werkverband de Open Ankh. Het onderzoeksteam bestaat uit Dr. Antoinette de Bont, Dr. Kor Grit, Ilse Nugter en Job Zwaal.

Het onderzoek is in september 2005 gestart met een conceptuele analyse van de principes die in het geding kunnen zijn bij een toenemende marktwerking, zoals toegankelijkheid, gelijkheid en weldoen. In het tweede deel van het onderzoek, dat nu van start gaat, gaan we na in hoeverre bovengenoemde principes in de praktijk in het geding zijn. Voor welke dilemma's staat u geplaatst en welke speelruimte heeft u om daarin keuzen te maken?

Voor ons onderzoek willen wij graag in uw organisatie interviews houden met een bestuurder, een manager en een professional. De gesprekken worden afgenomen door een of twee onderzoekers en duren maximaal anderhalf uur. Vooraf zullen we een korte lijst sturen met de onderwerpen die wij willen bespreken. Graag nemen wij in de loop van de week contact met u op om een afspraak te maken.

Met vriendelijke groet,

Dr. Kor Grit (projectleider)

## Bijlage 3

Een korte weergave van de opzet van de interviews met medewerkers van .....

Het interview wordt ingedeeld in drie onderdelen:

- De situatieschets: wat speelt er?
- Dilemma's: met welke dilemma's krijgen de organisatie en u persoonlijk te maken?
- Speelruimte: hoe gaat u om met deze dilemma's; hoeveel ruimte heeft u hiervoor?

Vooraf aan het interview kunt u in onderstaande schets lezen op welke situatie en ontwikkelingen dit interview zich in eerste instantie zal richten. Dit zijn vooral ook algemene ontwikkelingen. Tijdens het interview wordt u gevraagd dit zo veel mogelijk op uw eigen dagelijkse ervaringen toe te passen.

Tevens hebben wij alvast een aantal onderwerpen genoemd waarbij dilemma's of lastige kwesties kunnen spelen. Deze onderwerpen zijn geselecteerd op basis van oriënterende gespreken, binnen enkele organisaties aangesloten bij de Open Ankh. Vanzelfsprekend staan wij open voor andere onderwerpen die door u worden aangereikt.

### *Algemene situatieschets*

De gezondheidszorg krijgt in toenemende mate te maken met principes van marktwerking. Marktwerking heeft vele elementen in zich. Voorbeelden hiervan zijn dat organisaties zich meer gaan richten op het aanbieden van die diensten die rendabel zijn – en mogelijk ook diensten of cliënten mijden die verliesgevend zijn. Sommige organisaties gaan meer samenwerken om sterker in de markt te staan of om beter schommelingen in de omzet op te kunnen vangen; anderen kiezen meer bewust voor het aangaan van concurrentie. Daarnaast worden er de laatste jaren steeds meer initiatieven genomen om de zorg meer te laten sturen door de vraag (van de cliënt). Naast een meer abstracte uiting van deze initiatieven in jaarplannen en beleidsplannen zijn er ook praktische signalen te vinden. Een voorbeeld hiervan is het aanbieden van cursussen voor cliënten waarin ze worden ondersteund om hun vraag zo duidelijk mogelijk naar voren te laten komen. Een ander voorbeeld is dat cliënten steeds meer inzicht krijgen of eisen in het individuele budget dat zij ontvangen en de wijze waarop dat wordt besteed.

Enkele aandachtspunten en mogelijke dilemma's

- zijn er situaties waarin cliënten minder budget inbrengen dan ze kosten?
- hoe wordt omgegaan met cliënten die minder budget inbrengen dan ze kosten?
- wiens probleem is dit?
- zijn cliënten ook alerter geworden op de besteding van de middelen?
- zijn de verhoudingen tussen cliënten en de organisatie veranderd?
- Communicatie over (lastige) keuzen in de zorg met cliënten en medewerkers
  - wordt de boodschap goed uitgedragen?
- Verhouding bedrijfsvoering – inhoud
  - hoe ervaart de bestuurder/manager/professional de aandacht voor bedrijfsvoering?