



Lectorale Rede Dr. Jos J. van der Werf

Zorgbusiness in Actie

Marktwerving en kennisdisseminatie

Kom verder. Saxion.

Inhoud

Inleiding	3
Een lastige vraag	5
Marktwerking in het publieke domein	7
Marktwerking en economen	11
Marktwerking in de Zorg	13
Regie in de Zorgmarkt	17
Zorgbusiness	20
Labora	23
Besluit	27
Referenties	28

Zorgbusiness in Actie

Marktwerking en kennisdisseminatie

Rede

**Uitgesproken bij de inauguratie en installatie
tot lector Zorg en Ondernemen aan Saxion**

15 oktober 2008

© J.J. van der Werf, 2008 - ISBN 978-90-805142-7-0

Inleiding

Geachte reisgenoten,

In 1957 publiceerde Paul Baran 'The Political Economy of Growth'. In dat tamelijk lijvig werkstuk gaat hij mede in op de verhouding tussen verschillende scholen in het economisch denken. Hij duidt het contrast tussen de klassieken en neo-klassieken in het economische denken aan met een treffende anekdote.

"Like the Boston lady who, in reply to an inquiry whether she had travelled much, observed that she had no need to travel since she had been fortunate enough to be born right in Boston, the neo-classical economist, in contrast to their predecessors, were much less concerned with the problems of travelling and much more with the question how best to explore and to furnish the house in which they were born" [Baran 1978, p.109].

Evenals dat bij Baran het geval was, gaat mijn belangstelling meer uit naar het reizen, naar de veranderingen in de samenleving, dan naar de inrichting van het huis waarin wij geboren zijn. Om die reden heb ik deze rede de titel meegegeven: 'Zorgbusiness in Actie'. Ik zal u enkele gedachten voorleggen over marktwerking in de zorg en over kennisdisseminatie. In deze rede zal ik u meenemen op een ontdekkingsreis. Een kaart met eilanden zal u getoond worden en met behulp van een sextant worden posities bepaald. Aan het eind van de reis belanden we op een eiland dat ongetwijfeld exotisch genoemd mag worden.

Maar voordat we op reis gaan, lijkt het me verstandig u op de hoogte te stellen van en wellicht te waarschuwen voor een buitengewoon vervelend dilemma. Nooteboom heeft eerder al beschreven dat vanuit het marketing perspectief de producent van een inaugurale rede zich in een paradoxale situatie bevindt [Nooteboom 1988]. Immers we weten dat een producent van enig product, zoals een inaugurale rede, er goed aan doet zich te verdiepen in verschillen die er bestaan tussen verschillende doelgroepen. Door met die verschillen rekening te houden in het ontwerp van zijn product, hoopt hij de afname van, zo u wilt enthousiasme voor, zijn product te verhogen.

Nu is het vervelende bij inaugurale redes dat de publieksgroep waar de redenaar zich op richt doorgaans tamelijk heterogeen is. De één is professioneel geïnteresseerd en komt om verstandige dingen te horen. De ander heeft niets anders dan familie- of vriendschapsbanden en komt voor de redenaar en de gebeurtenis. En weer een ander komt, omdat hij zich verplicht voelt te komen. Kortom, het is een ingewikkelde zaak en de redenaar is niet in staat zijn markt te segmenteren en zijn product te differentiëren. Ik kan mij niet op een deel van u richten en het staat u niet vrij om op ieder moment deze zaal in of uit te lopen. We zitten voor een tijdje aan elkaar vast. Nooteboom geeft het advies om de inrichting van de ruimte waarin de voordracht gegeven wordt zodanig vorm te geven dat u, indien u zich verveelt, weg kunt mijmeren in de entourage. Die oplossing blijkt, ik spreek uit ervaring, buitengewoon werkzaam te zijn, maar maakt mij wel enigszins ongerust. Ik zie het als mijn opdracht u uit de slaap en bij de les te houden.





Een lastige vraag

Maar laten we met de reis 'Zorgbusiness in Actie' een aanvang nemen en eerst eens om ons heen kijken. In de in 2004 verschenen bestseller 'The Truth about Drug Companies', beweert de Amerikaanse arts Marcia Angell dat de farmaceutische ondernemingen de wereld op zijn kop hebben gezet. Was het volgens haar in het verleden gebruikelijk dat ze geneesmiddelen promoten om ziekten te behandelen, nu promoten ze ziekten die bij hun geneesmiddelen passen [Angell 2004].

De boodschap was niet nieuw.¹ En in de samenleving bestaan sinds jaar en dag beelden, oordelen en normatieve aanspraken over wat goed en slecht is in de gezondheidszorg. Robson en Liebenau beschrijven prachtige voorbeelden van patiënten in de jaren vijftig van de vorige eeuw, die röntgenfoto's wilden, want 'röntgenstralen zien alles', en penicilline, want 'penicilline geneest alles' [Robson en Liebenau 1991]. Contrasterend met dat positieve beeld wordt in 'The Doctor's Dilemma' de chloroform chirurg door Shaw beschreven als iemand die opereert, de cheque int en vertrekt voordat de pijn terugkomt [Shaw 1934]. En in Molières 'La Malade Imaginaire' vertrouwt Beralde aan Ragan toe dat je gezond moet zijn om van een medicijn te herstellen [Molière 1956].

Hoewel de boodschap van Angell niet nieuw was, sloeg deze toch in als een bom. Marcia Angell was twintig jaar hoofdredacteur geweest van de New England Journal of Medi-

cine, wist waar ze het over had en kon niet genegeerd worden. Bovendien stond de gezondheidszorg in de USA hoog op de politieke agenda. Angell had eerder, in 2000, in een editorial in de New England Journal of Medicine de vraag gesteld of de academische geneeskunde te koop was [Angell 2000]. Een lezer antwoordde: "Nee. De huidige eigenaar is er veel te blij mee". De beroemde organisatiekundige en management goeroe Henry Mintzberg gooide olie op het vuur door te stellen dat het gezondheidszorgstelsel in de USA 'out of social control' is [Mintzberg 2006].

Ook in Nederland ontstond commotie. In het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde werd een polemiek gevoerd over Angell's boek [Offerhaus 2004, Siemons 2005, Cohen 2005, Bouma 2006]. Stevige taal werd niet geschuwd. Cohen vergeleek de bedrijfstak zelfs met een struikelende dinosaurus.

Hier zal ik niet ingaan op de vraag of Angell gelijk heeft. De controverse brengt mij ertoe het onderwerp te herformuleren en vanuit een andere invalshoek te benaderen. In tal van sectoren van de markteconomie is het gebruikelijk dat het aanbod zich aanpast aan de vraag, maar het omgekeerde evenzeer. De vraag past zich aan aan het aanbod. Sterker er is sprake van een dynamisch systeem van permanente wederzijdse aanpassing; van marktwerking. In die zin zou men kunnen stellen dat 'de wereld op zijn kop zetten' in tal van sectoren van de markteconomie niet uitzonderlijk, maar juist normaal is.

¹ Zo verscheen in 1991 een proefschrift met de sprekende titel 'Drugs Looking for Diseases' waarin Rein Vos laat zien dat vragen op zoek zijn naar antwoorden maar dat het omgekeerde traject, antwoorden op zoek naar vragen, evenzeer gebruikelijk is.

In dit verband is een zijsprong naar het begrip innovatie op zijn plaats. De term vindt zijn oorsprong in de botanie en betekende in de 19de eeuw venieuwen, regenereren en werd begrepen als een vegetatieve activiteit van planten. Dit proces van voortdurende vernieuwing, in de zin van regeneratie, kreeg in de economische theorie een plek met het werk van Joseph Schumpeter. Hij introduceerde het concept 'neue Kombinationen' als een uitdrukking van economische ontwikkeling. In zijn 'Theorie der wirtschaftlichen Entwicklung' beschrijft hij het innovatieve proces in termen van 'creatieve destructie' [Schumpeter 1912]. Schumpeters innovatie concept is sterk verwant met de inhoud die het in de 19de eeuwse botanie had. Zo ziet hij de neue Kombinationen niet als oorzaak van economische ontwikkeling, zoals het vandaag de dag veelal begrepen wordt, maar als de uiterlijke vorm van die ontwikkeling.²

De onderliggende paradox is dat alle levende systemen zich moeten aanpassen en vernieuwen om te kunnen blijven wat ze zijn. We moeten ons voortdurend aanpassen om hetzelfde te kunnen blijven. De wiskundige Charles Lutwidge Dodgson, een tijdgenoot van Schumpeter, bekend geworden onder het pseudoniem Lewis Carroll, beschrijft deze situatie in 'Alice through the looking glass'. Alice ontmoet een aantal merkwaardige personages. Zo wordt een schaakstuk aan haar voorgesteld als de 'Rode Koningin'. Deze gedistingeerde en ietwat curieuze dame rent maar door en door, omdat, zo vertelt ze al puffend aan Alice, dat

de enige manier is om op dezelfde plek te blijven [Carroll (1871) 1999].

Het voortdurende aanpassingsproces in de markteconomie, met alle uitingen die daarmee gepaard gaan zoals productontwikkeling, marktwerking, celebrity-selling en dergelijke, wordt in de samenleving veelal begrepen als vanzelfsprekend. Stilstand wordt gezien als achteruitgang. Verandering en vernieuwing als een noodzakelijkheid en als een uitdrukking van economische rationaliteit.

Tegen deze achtergrond kunnen we ons afvragen waarom in de Zorg, en het geldt evenzeer voor bijvoorbeeld het Onderwijs en de Welzijnssector, economische rationaliteit niet als een vanzelfsprekend ordeningsmechanisme wordt begrepen. Die vraag is relevant omdat het afgelopen decennium beleid ontwikkeld en ingevoerd is om marktwerking te stimuleren. Dat het een weerbarstige materie is blijkt onder andere uit de opstelling van de Raad van de Volksgezondheid, die recentelijk stelde dat er 'weeffouten' in het zorgstelsel zitten [NRC 17/1/2008]. Het RIVM concludeert dat het nieuwe zorgstelsel nauwelijks effect heeft gehad op de beheersing van de kosten en de kwaliteit in de gezondheidszorg [RIVM 2008]. Het ministerie van Economische Zaken constateert eveneens dat marktwerking in de Zorg een lange weg heeft te gaan [Min EZ 2008].

Marktwerking in het publieke domein

We hebben op onze reis om ons heen gekeken en gezien dat marktwerking in de zorg niet vanzelfsprekend is. Op het eerste gezicht lijkt het verbazingwekkend dat marktwerking niet alom aanwezig is. Maar is het wel zo verbazingwekkend?

Eén van de belangrijkste kenmerken in de ontwikkeling van wat wij de moderne maatschappij noemen is de economisering van het dagelijks bestaan. Het is de lange geschiedenis waarin de mechanismen van de geldeconomie de overhand verwierven. De genese van de geldeconomie bracht met zich mee dat een vergrote distantie ontstond ten opzichte van andere regulerende mechanismen, zoals normatieve, morele categorieën en zelfs esthetiek.

In de ogen van Habermas zijn in de geldeconomie de normatieve aanspraken goeddeels buiten werking gesteld. Hierin ligt trouwens naar zijn mening een belangrijke bron van de enorme productiviteitsontwikkeling in de moderne maatschappij [Habermas 1981]. De dominantie van de geldeconomie is echter nooit absoluut en draagt volgens Habermas een legitimiteitsprobleem in zich [Habermas 1973].

Met de ontwikkeling van de moderne verzorgingsstaat wordt in feite de legitimiteit van de geldeconomie aangevochten en verliest ze haar vanzelfsprekendheid in specifieke domeinen van het dagelijks bestaan, zoals bijvoorbeeld de gezondheidszorg, het onderwijs en welzijn. De verzorgingsstaat

zelf, de sociale arrangementen, is echter evenmin vanzelfsprekend legitiem en absoluut. De legitimiteit wordt in sociale, economische en politieke processen permanent geconstrueerd en aangevochten [De Swaan 1989].

Dat die controverses nogal scherp van toon kunnen zijn, valt te illustreren aan de hand van de discussies die plaatsvonden in economisch academische kringen over het gedachtegoed van Keynes. In de economie werd het Keynesianisme al vanaf het begin bekritiseerd door Von Hayek, Friedman e.a. Hun kritiek betrof niet enkel mogelijke 'logical flaws', maar richtte zich principieel op de Keynesiaanse Staatstheorie. Keynes bekritiseerde op economische gronden de in de jaren dertig van de vorige eeuw vigerende notie van de nachtwakersstaat. Von Hayek stelde zich tegen deze kritiek teweer in zijn 'Road to Serfdom' en Friedman in zijn 'Capitalism and Freedom'. Kortom er werd stevig geschut ingebracht. De titels van hun boeken logen er niet om [Keynes 1936, Von Hayek 1944, Friedman 1962, Deutschmann 1976, Brittan 1983].

De verzorgingsstaat zelf is een normatief gegeven. Een gegeven dat in de samenleving, ondanks de discussies in academische kringen, gedurende enkele decennia als onproblematisch en als vanzelfsprekend werd geaccepteerd. Natuurlijk werden bedenkingen en zelfs ernstige kritiek geuit tegen de specifieke inhoud van bepaalde regelingen. Zo worden de verworvenheden van de moderne maatschappij, de aanwezigheid van allerlei sociale arrangementen en verzorgingsstructuren, door Illich niet als verworvenheden beschreven. Hij ziet veel van de verzor-

² Zie voor een bespreking van het evolutionaire karakter van Schumpeter's theorie over economische ontwikkeling: Witt, U – How evolutionary is Schumpeter's theory of economic development. *Industry and Innovation*. Apr/august 2002.

gingsstructuren zoals onderwijsinstellingen, ziekenhuizen etc. als radicale monopolies. Monopolies die niet de consumptie van producten maar juist de niet-consumptie uitsluiten. De verzorgingsstaat construeert een systeem van opgedrongen consumptie waarin, in de ogen van Illich, bijvoorbeeld de gezondheid door een groeiende gezondheidszorg wordt bedreigd [Illich 1975].

Vanaf de jaren zeventig komt de verzorgingsstaat meer en meer onder druk te staan. De economische realiteit verslechtert, zeker na de eerste oliecrisis, en wordt aanvankelijk door het kabinet Den Uyl met Keynesiaans beleid tegemoet getreden. Toch begint het bouwwerk haarscheuren te vertonen. De inflatie loopt op terwijl de economie stagneert. Beide verschijnselen kunnen in het Keynesiaans model niet tegelijkertijd optreden. Het is het begin van het eind van het Keynesianisme.³

Crozier legde een verband tussen de expansie van democratische processen en politieke participatie aan de ene kant en een 'overload' aan overheidsinterventies aan de andere kant. Met als gevolg een toenemende inflatoire druk [Crozier et al 1975]. Offe sprak over een zichzelf versterkend proces waarin verwachtingen geproduceerd worden [Offe 1987]. Crozier, Offe, en vele andere econo-

men zoeken de oorzaak van de stagflatie, de term die de wonderlijke combinatie van inflatie en stagnatie tot uitdrukking brengt, bij de verzorgingsstaat zelf.

De verzorgingsstaat zelf komt zo ter discussie te staan en de inrichting van de zorg speelt in dat debat een belangrijke rol. In 1987 brengt de commissie Dekker haar rapport *Bereidheid tot Verandering* uit. De commissie, vernoemd naar haar voorzitter en oud topman van Philips W. Dekker, ontvouwt in dit rapport haar ideeën over de toekomstige structuur en financiering van de gezondheidszorg [zie. Dekker 1987]. Het rapport riep veel commotie op. De kern bestond uit de introductie van een basispakket in de ziektekostenverzekering. Een ziektekostenverzekering die voor alle Nederlanders zou gelden. Het onderscheid tussen ziekenfonds en particuliere verzekering zou daarmee tot het verleden behoren. Bij het basispakket zou het gaan om ongeveer 85% van wat toentertijd gebruikelijk was in het ziekenfondspakket. Daarnaast zou men een vrijwillige aanvullende verzekering af kunnen sluiten. Het tweede element bestond eruit dat de verzekering voor 25% uit een vaste premie zou bestaan. De overige 75% zou moeten bestaan uit een inkomensafhankelijke premie. Het voorstel is in allerlei opzichten geamendeerd en bijgesteld en

dat wat Dekker voor ogen stond kwam niet van de grond.⁴ Dekker zou trouwens al vrij snel zijn handen van het rapport af trekken. Toch is het advies van groot belang geweest, omdat daarmee de thema's marktwerking en concurrentie in het publieke domein, op de agenda kwamen en daar voorlopig prominent zouden blijven staan.

Zoals gezegd constateerde de Raad van de Volksgezondheid recentelijk dat de marktwerking in de zorg gebrekkig is. Dit brengt me tot de vraag wat we onder marktwerking moeten verstaan.

Paulus, Raak en Mur-Veeman hebben onderzoek gedaan naar de betekenis en beoordeling die verschillende betrokkenen (wetenschappers, overheid, zorgverzekeraar, zorgaanbieder en zorgvrager) toekennen aan het begrip 'marktwerking' [Paulus e.a. 2001]. Het blijkt dat de term een container is voor meerdere betekenissen en accenten legt op uiteenlopende handelingen. Er wordt veelal verwezen naar 'gereguleerde marktwerking', 'kostenbeheersing', 'concurrentie' en 'keuzevrijheid'. Deze meervoudige inhoud beschouwen zij als de resultante van een 'productieproces'. Een proces waarbij de overheid in de vorm van beleidsnota's en met behulp van wetenschappers, halffabricaten produceert. De halffabricaten, allerlei noties over de term 'marktwerking', worden binnen de muren van fabrieken en werkplaatsen gebracht waar ze gemodificeerd worden. Ze worden uitgesteld en besproken in tijdschriften, op congressen en tijdens Kamerdebatten en er worden nieuwe halffabricaten en producten gemaakt. Zo ontstaat een containerbegrip marktwerking waar alle

betrokkenen iets van hun gading kunnen vinden. Ze pleiten er voor om het begrip vaag en breed te houden, omdat dat goed bij onze beleidscultuur past en voldoende grijs tinten creëert zodat alle betrokkenen iets van hun gading kunnen vinden.

Het fenomeen waar ze op wijzen is relevant, maar laat onverlet dat voor een duiding van de ontwikkeling in de zorgmarkt enige verheldering van de term marktwerking op zijn plaats is. Het wordt tijd om de koers te verleggen naar een eiland waar veel economen graag verblijven. Het is het eiland van de marktwerking.

³ De econoom Kleinknecht constateert met enig genoegen dat de initiatieven van Bush en de voorzitter van de FED Bernanke om de economie in de VS uit het slop te trekken met een stimuleringsprogramma van 150 miljard dollar een ordinaire Keynesiaanse vraagstimulering behelst [Kleinknecht 2008].

⁴ Zie voor een beschrijving en analyse van de herziening van de verzorgingsstaat in die jaren. Trommel en Van der Veen. *De Hervendeelde Samenleving. Ontwikkeling en herziening van de Nederlandse Verzorgingsstaat* [Trommel e.a. 1999].



Marktwerving en economen

De markttheorie behandelt de ordening van de onderlinge relaties die organisaties met elkaar verbindt.⁵ Elke ordening tot een bepaalde structuur wordt gezien als het resultaat van coördinatie. De coördinatieprincipes vormen zo de verbindende schakel tussen marktproces en marktstructuur. De wijze waarop de gedragingen gecoördineerd worden, kunnen teruggebracht worden tot drie grondvormen. Er kan sprake zijn van rivaliserende betrekkingen, dat wil zeggen concurrentie. Er kan ook sprake zijn van samenwerking en tenslotte van beheersing, dat wil zeggen concentratie.

De termen concurrentie, samenwerking en concentratie zijn in het dagelijks spraakgebruik wellicht tamelijk onproblematisch, maar verdienen toch nadere toelichting omdat ze essentieel zijn voor ons begrip van marktwerving. Ik zal hier volstaan met een korte omschrijving.

Concurrentie is rivaliserend gedrag onder condities van onzekerheid. Concurrentie is onlosmakelijk verbonden met schaarste. En als er sprake is van schaarste dan moet er een selectie van middelen en behoeften plaatsvinden. In het proces van het matchen van middelen en behoeften komt de allocatie-functie van concurrentie tot uitdrukking. Naast de allocatieve functie wordt aan concurrentie een innovatieve functie toegekend. Beide functies zijn van wezenlijk belang voor concurrentie. Anders gezegd: als de allocatieve en of innovatieve functie

niet tot zijn recht kan komen, is er geen sprake van concurrentie. In feite ontstaat dan rivaliserend gedrag onder condities van zekerheid en dat is geen concurrentie, maar spel. Een tweede aspect van concurrentie is dat het zich afspeelt tussen ongelijke mededingers. Gelijkheid van middelen, doelstellingen, gedragingen en prestaties resulteert niet in concurrentie maar juist in parallel gedrag. In feite zijn we dan weer beland bij een spel. Met andere woorden, als om een of andere reden ongelijkheid wordt uitgeschakeld, wordt concurrentie ook uitgeschakeld en ontstaat parallel gedrag. Een derde aspect van concurrentie is dat het per definitie dynamisch is. Alleen in beweging kan door rivalisering een voorsprong, afstand, ongelijkheid ontstaan en teniet gaan. Als aan al deze voorwaarden is voldaan, ontstaat een welhaast paradijselijk eiland. Een eiland waar, om Adam Smith te parafraseren, een 'onzichtbare hand' de economische relaties reguleert. Er is geen noodzaak en behoefte aan regie en een regisseur. Bovendien is de markt principieel transparant. Immers alle relevante informatie is in de prijs verwerkt. De onzichtbare hand doet zijn werk. Het laat zich raden dat veel economen graag op dit eiland verblijven. Immers, zou het niet schitterend zijn als een 'onzichtbare hand' de allocatie optimeert en daarmee innovatie stimuleert, zodat de welvaart voor allen tot grote hoogte kan stijgen? Maar, zoals gezegd, kent de markt naast concurrentie nog twee coördinatiemechanismen. Samenwerking, de tweede grondvorm van coördinatie, is het streven naar eenzelfde doelstelling door samenbundeling van

⁵ De term organisatie wordt hier begrepen als een bedrijfshuishouding al dan niet met winstoogmerk.

middelen of gedragingen van zelfstandig blijvende organisaties. Bij beheersing gaat de zeggenschap van de ene organisatie over op de andere en ontstaat concentratie. En juist deze twee coördinatiemechanismen vormen, in de ogen van menig econoom, een bedreiging voor concurrentie en daarmee voor de welvaartsontwikkeling.

Een belangrijke vraag is hoe deze drie grondvormen van coördinatie zich tot elkaar verhouden. In de jaren tachtig van de vorige eeuw deed het gedachtegoed van Williamson opgeld [Williamson 1975]. Voortbordurend op het eerdere werk van Coase stelde Williamson dat de grootonderneming door beheersing van productie- en distributieprocessen op markttransacties kostenbesparingen en andere voordelen wist te behalen. Concurrentie als coördinatievorm is dan minder efficiënt dan beheersing en wordt door haar verdrongen [Coase 1937]. De Jong bekritiseert de gedachte dat aan een van de drie grondvormen universele geldigheid toe te kennen valt [De Jong 1989]. In zijn ogen lijken ze alle drie aan innerlijke tegenspraken te lijden. Concurrentie heeft de neiging zichzelf op te heffen en te resulteren in concentratie en zelfs monopolie. Samenwerking is ook paradoxaal, want het resultaat van samenwerking brengt een onoplosbaar toerekeningsvraagstuk met zich mee. Samenwerking zal zo de neiging vertonen om te resulteren in beheersing dan wel in desintegratie en concurrentie. En tenslotte is ook beheersing zelf instabiel. Beheersing van de ander kan alleen duurzaam gehandhaafd worden door zich de resultaten van de ander niet toe te eigenen. Gebeurt dit wel dan wordt de afhankelijkheidsverhouding omge-

keerd. De Jong stelt dat het de conserverende werking van de tijd is die bewerkstelligt dat de grondvormen in elkaar over kunnen en zullen gaan [De Jong 1989]. In zijn ogen bestaat er geen optimaal en superieur coördinatiemechanisme dat universeel geldig zou zijn. Alle coördinatiemechanismen zijn instabiel, maar in een historisch proces wisselen ze elkaar af zonder dat de instabiliteit van enige coördinatiemechanisme manifest wordt.

In de statische benaderingen, zoals dominant in het neoklassieke denken, wordt de instabiliteit van de coördinatievormen veronachtzaamd en wordt concurrentie gezien als superieur boven samenwerking en concentratie. Samenwerking en concentratie wordt als inferieur beschouwd juist omdat deze coördinatiemechanismen een optimale allocatie en innovatie zouden frustreren. Kortom, de ontwikkeling van de welvaart zou het best gediend zijn met concurrentie als het coördinerend mechanisme van de markt. Om die reden wordt aan de Staat een belangrijke functie toegekend in het tegengaan van samenwerking en concentratie.

Maar laten we onze reis voortzetten en ons buigen over marktwerking, over de coördinatiemechanismen in de Zorgmarkt, over concurrentie, samenwerking en concentratie.

Marktwerking in de Zorg

In februari 2008 verscheen een tweetal rapporten: 'Onderzoek Marktwerkingsbeleid' van het Ministerie van Economische zaken en 'Liberalisatie en groei' van Vektis en BCG, die aanleiding vormden voor een debat in de media over marktwerking in de zorg [MeZ 2008, Vektis/BCG 2008]. De discussie lijkt zich toe te spitsen op de vraag of marktwerking in de zorg nu wel of niet een verbetering is ten opzichte van het budgetteringssysteem, zoals we dat voorheen kenden. Het interessante is dat de discussie vooral lijkt te gaan over de kinderziekten van het nieuwe systeem in relatie tot de ouderdomskwalen van het oude systeem. De economen Bovenberg en Canoy en Pomp constateren terecht dat we met zekerheid weten welke ouderdomsproblemen zich voordeden in het oude systeem, terwijl er onzekerheid bestaat over de aard en incidentie van de kinderziekten van het nieuwe systeem [Bovenberg en Canoy 2008, Pomp 2008]. In hun ogen is het voorbarig en zelfs bizar om het stelsel al weer te veranderen. Theeuwes en Baarsma zijn beducht voor een omslag in het overheidsbeleid van 'privatiseren tenzij' naar 'publiek tenzij' [De Waard 2008]. Inzichten uit besturingstheorieën leren ons inderdaad dat bij het evalueren van een ingreep in enig systeem, rekening gehouden moet worden met de tijd die het kost voordat de effecten van een ingreep optreden. Anders gezegd: het is denkbaar dat te vroeg geëvalueerd wordt en een nieuwe interventie doorgevoerd wordt, met als resultaat dat het systeem gaat oscilleren. De redenering van Bovenberg c.s. is plausibel als we er vanuit kunnen gaan dat er sprake is van kinderziekten in het systeem. Maar kunnen we dat?

De zorgmarkt is in een aantal opzichten bijzonder. Kenmerkend en in mijn ogen wezenlijk voor de zorgmarkt is de specifieke transactiestructuur. De zorgmarkt onderscheidt zich hier principieel van menig andere markt.

In de meeste markten kunnen twee partijen een volledige transactie afwickelen. Bij de aanschaf van bijvoorbeeld een Ipod ontstaan er tussen de verkoper en de koper drie relaties. Er wordt informatie uitgewisseld doordat de koper te kennen geeft dat hij een Ipod wil. De verkoper informeert de koper over de prijs, de capaciteit van het apparaat, het bedieningsgemak, etc. De tweede relatie is een reële relatie. De iPod gaat van de ene hand over naar de andere. En tenslotte ontstaat een financiële relatie. Er vindt een betaling plaats. Een dergelijke transactie, waarbij twee partijen een complete transactie kunnen verrichten, wordt wel een bipartite transactie genoemd.

In de zorg is doorgaans sprake van niet bipartite transacties, waarbij, en dat is beslissend, de ene partij financiële verplichtingen creëert voor een andere partij. U voelt zich ziek en gaat naar de huisarts. Tussen u en uw huisarts wordt informatie uitgewisseld. Er zal een diagnose gesteld worden en wellicht wordt een therapie voorgesteld. Een financiële relatie ontstaat niet. Wat u wel doet door naar de huisarts te gaan, is het autoriseren van een financiële verplichting voor de verzekeraar. En voor zover een reële relatie in het geding is, beperkt deze zich tot een briefje waarop bijvoorbeeld een recept staat of een doorverwijzing.

Dit briefje is van groot belang. Immers met dit document wordt niet alleen informatie vastgelegd, maar wordt eveneens een behoefte omgezet in wat economen zouden noemen 'koopkrachtige vraag'. Opnieuw wordt een financiële verplichting voor de verzekeraar geautoriseerd niet door u of door de verzekeraar, maar door de huisarts. De huisarts autoriseert en zet daarmee een behoefte om in koopkrachtige vraag.

Vervolgens gaat u bijvoorbeeld naar de apotheker. Opnieuw ontstaat een informatierelatie en er ontstaat een reële relatie. Een enkele keer zal een financiële relatie ontstaan in het geval een bijbetaling vereist is. U vertrekt met een geneesmiddel. Financiële relaties bestaan tussen u en de verzekeraar, al dan niet via uw werkgever, en tussen de arts en de verzekeraar en tussen de apotheker en de verzekeraar. Het komt er op neer dat er doorgaans meer dan twee partijen betrokken zijn bij het voltooien van een complete transactie. De positie van de huisarts is bijzonder, omdat deze een koopkrachtige vraag genereert. Hij is de poortwachter ook in economische zin. Een indicatiestelling met daaruit voortvloeiende handeling stuurt niet alleen de handelingen zelf aan, maar maakt steeds koopkrachtige vraag vrij. De behandeling van een patiënt kan gezien worden als een keten van beslissingen. Beslissingen die zorginhoudelijk het verdere proces sturen, maar die ook koopkrachtige vraag vrij maken.

De zorgmarkt wordt in navolging van Boot en Knapen veelal gepresenteerd als een set van drie verschillende markten [Boot en Knapen 1990, Maarse 2001]. Bij de zorgverzekeringsmarkt betreft het de relaties tussen de verzekeraars en de verzekerden. De zorginkoopmarkt heeft betrekking op de relaties tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. En tenslotte de zorgverleningsmarkt waarbij de relaties tussen de zorgaanbieders en zorgvragers in het geding zijn.⁶

Naar mijn mening is deze benadering van de zorgmarkt weinig vruchtbaar voor het analyseren en begrijpen van het feitelijk marktgedrag en de marktdynamiek in de zorg. Immers een belangrijk uitgangspunt en complicerende factor bij deze beschouwingswijzen is dat de partij die koopkrachtige vraag genereert ook betaalt, zoals in bi-partite transacties gebeurt. We hebben gezien dat in de zorg veelal een niet bi-partite transactie structuur bestaat met als belangrijkste kenmerk dat de ene partij een autorisatie produceert met als consequentie een financiële verplichting voor een andere partij. Met andere woorden, het marktgedrag van partijen en de dynamiek in de ene markt, bijvoorbeeld de zorgverzekeringsmarkt, wordt voor een deel geïnduceerd door partijen in een andere markt, bijvoorbeeld de zorgverleningsmarkt. Tegen deze achtergrond is het dan ook niet verbazingwekkend dat consumenten niet of nauwelijks reageren op prijswijzigingen [Liedrop e.a. 2007] en dat patiënten en verzekeraars zich niet laten leiden door de publicatie van ranglijsten [Mars-

hall e.a. 2000, Schneider 2001].⁷ In de wijze waarop koopkracht gemobiliseerd wordt – het autorisatieproces –, onderscheidt de zorg zich van andere verzekeringsmarkten. Ook bij reguliere schadeverzekeringen vindt een autorisatie plaats waardoor koopkracht gemobiliseerd wordt. Autorisatie en betaling zijn echter niet gescheiden tussen meerdere partijen, maar in handen van één partij; de verzekeraar. Bij een schadegeval wordt die schade gemeld aan de verzekeraar. De verzekeraar en niet u of bijvoorbeeld de garagehouder, stelt de financiële omvang van de schade vast. De verzekeraar autoriseert en mobiliseert daarmee koopkracht – in natura of in geld – opdat de auto gerepareerd kan worden. Omdat de verzekeraar zowel de autorisatie als de betaling verricht, is hij in staat een specifieke afweging te maken. Indien de reparatie van de schade meer uitgaven met zich mee brengt dan de dagwaarde van de auto, zal de auto total loss verklaard worden en de dagwaarde uitgekeerd worden. Indien de verzekerde de auto toch wenst te repareren, zullen de uitgaven voor de reparatie niet volledig vergoed worden.

De niet bi-partite transactiestructuur en de specifieke inrichting van het autorisatieproces in de zorg is fundamenteel en buitengewoon ingrijpend. In feite komt in deze structuur het door Habermas aangeroerde thema tot uitdrukking. Normatieve en morele categorieën brengen ons ertoe een zekere collectieve verantwoordelijkheid te

aanvaarden en zelfs na te streven, voor Zorg en Welzijn. Omdat we het politiek wenselijk of gewoon beschaafd vinden dat de samenleving op enigerlei wijze verantwoordelijk is voor mensen in nood, kan het niet anders dan in een niet bi-partite transactiestructuur. Ervan uit gaande dat zorg in economische zin niet een vrij goed is, zoals lucht, zullen met één of ander regelmechanisme 'behoeften' omgezet moeten worden in 'koopkrachtige vraag'.

De 'onzichtbare hand' van Adam Smith is in de zorgmarkt niet het regulerend mechanisme. De zorgmarkt is in essentie een markt waar zichtbare handen de ordening van relaties tussen organisaties reguleren. De consequentie is dat er niet zozeer sprake is van concurrentie, in de betekenis van wedijver onder condities van onzekerheid tussen ongelijke mededingers. Eerder vindt er wedijver plaats tussen gelijke mededingers waarbij veelal sprake is van parallel gedrag en krachtige stimulansen bestaan om de marktrelaties te coördineren door samenwerking en concentratie.

Voor het begrijpen van het marktgedrag en de marktdynamiek in de zorgmarkt is het van belang die zichtbare handen nader te beschouwen.

⁶ Maarse betoogt dat alle drie de markten sterk onderhevig zijn aan overheidsregulatie. Hij maakt een onderscheid tussen drie typen van hervormingen waarbij iedere markt afzonderlijk geadresseerd zou kunnen worden en is beducht voor grote stelselwijzigingen [Maarse 2001].

⁷ Uit een aantal studies is naar voren gekomen dat dergelijke lijsten vooral een intern effect lijken te hebben bij de zorgaanbieder. Onderwerpen komen op de agenda te staan, krijgen aandacht en verbeteringsinitiatieven worden ondernomen [Chassin 2002, Lindenauer e.a. 2007].



Regie in de Zorgmarkt

Het regelmechanisme waarmee die omzetting van behoefte in koopkrachtige vraag plaatsvindt, kan onderscheiden worden naar twee niveaus. Daarnaast kan een onderscheid gemaakt worden naar de verschillende regisseurs die in het omzettingsproces van belang zijn.

Op microniveau zijn het van oudsher de medische professionals die, op grond van professionele overwegingen, voor iedere afzonderlijke patiënt dit proces regisseren. Op macroniveau werden door de centrale overheid kaderstellingen aangegeven, maar deze hadden tot in de jaren zeventig van de vorige eeuw nauwelijks effect op het micro-regelmechanisme. In feite bestond een situatie waarin iedere burger niet alleen recht had op toegang tot de zorg, maar ook op datgene wat de zorg in medisch technologisch opzicht te bieden had.

Vanaf de jaren zeventig komt de macro begrenzing meer en meer in het geding. Toch blijft het systeem in essentie micro gedreven. Het professionele mechanisme was bepalend voor de feitelijke omzetting van zorgbehoeften in koopkrachtige vraag. Vanaf eind jaren negentig worden door de centrale overheid tal van beleidsmaatregelen ingezet die zich enerzijds richten op de macro beheersing van de zorguitgaven en anderzijds op het micro regelmechanisme

zelf. Op macro niveau gaat het vooral over de beheersing van de omvang van het budget. In de loop der jaren is de demarcatie van het zorgpakket waarvoor een collectieve verantwoordelijkheid bestaat meer en meer een thema geworden. Zo wint heden ten dage het concept 'life-style diseases' aan betekenis. Ziekten die samenhangen met de leefstijl van het individu en onder zijn eigen verantwoordelijkheid vallen. En over een voorziening zoals de AWBZ worden discussies gevoerd over het opschonen van het pakket. Zo heeft de SER recentelijk een advies aan de regering uitgebracht om de welzijnsdiensten niet langer te vergoeden uit de AWBZ maar onder te brengen in de WMO [SER 2007]. De centrale overheid heeft in het verleden vooral via de bekostigingssystematiek gepoogd invloed uit te oefenen op het microregelmechanisme. Met de introductie van de diagnosebehandelingcombinatie (DBC) werd in de bekostigingssystematiek gepoogd een koppeling te leggen met het handelingsrepertoire van de medisch professional.⁸

Vanaf eind jaren negentig wordt de regiefunctie verlegd, in die zin dat naast de centrale overheid aan gemeente, provincie en verzekeraars een belangrijke functie wordt toegekend. Er wordt vanuit gegaan dat deze regisseurs, meer dan de centrale overheid, in staat zullen zijn de verhouding tussen micro en macro regelmechanisme te managen.

⁸ De DBC systematiek lijkt inderdaad die koppeling te leggen en roept veel weerstand op onder de zorgprofessionals. Zo tekenen vele psychiaters bezwaar aan. Niet alleen tegen de bureaucratie, maar vooral tegen de ingreep in hun professionele autonomie. Ze zien de vertrouwensrelatie tussen hen en de patiënt in het geding komen en zijn beducht voor het doorgeven van medische informatie aan de verzekeraar.

Zij kunnen die functie slechts vervullen als ze in staat zijn invloed uit te oefenen op het microregelmechanisme. Immers, daar vindt de omzetting van behoefte aan zorg in koopkrachtige vraag naar zorg plaats. Ze zullen dan ook de neiging vertonen en daarmee ook het verwijt krijgen, op de stoel van de zorgprofessional te gaan zitten.⁹

In dit verband is de positie die de econoom Mark Pauly inneemt interessant. In 1968 verscheen van zijn hand een invloedrijk artikel, waarin hij het belang benadrukte van het concept Moral Hazard voor de economie van de zorg [Pauly 1968]. Met de term Moral Hazard wordt geduid op het verschijnsel dat bijvoorbeeld verzekeringen een ongewenst effect hebben op het gedrag van de verzekerde.¹⁰ Als uw werkgever onbeperkt gratis koffie ter beschikking stelt – feitelijk een koffieverzekering geeft – zult u meer koffie drinken dan wanneer die voorziening er niet zou zijn. In termen van de Moral Hazard benadering heeft een zorgverzekering het paradoxale effect dat juist risicovol en verspillend gedrag wordt opgeroepen. Het concept Moral Hazard is het fundament voor de eigen bijdragen in de zorg. Daarbij gaat

het niet zozeer om de financiële opbrengst van die bijdragen. Door de burger financieel te laten bijdragen in de kosten van zijn zorg, zo luidt de redenering, zal de Moral Hazard verminderen. U zult geen koffie nemen als u geen dorst heeft.

Recentelijk heeft Pauly zijn positie in het Amerikaanse debat over de gezondheidszorg verhelderd en aangescherpt. Hij claimt dat de overheid een 'agressieve neutraliteit' zou moeten betrachten. Zij dient te zorgen voor een 'catastrophic coverage for all'. Bovendien zouden de lage inkomens gevrijwaard moeten worden van eigen bijdragen. Voor de overige zorg en inkomenscategorieën zou een verzekeringssysteem moeten gelden dat gebaseerd is op individuele risico's. Het is in zijn ogen aan de burger om een afweging te maken tussen risico en zorgvoorziening, zoals hij dat ook doet bij het afsluiten van een reguliere verzekering tegen brandschade, diefstalschade of wat dan ook [Pauly 2007]. De positie die Pauly inneemt is buitengewoon radicaal en extreem. In zijn model wordt voor een belangrijk deel van de zorg het micro en macroregelmechanisme in handen van de verzekeraar gebracht. De zorgprofessional

autoriseert niet langer de omzetting van behoeften aan zorg in koopkrachtige vraag, maar gaat aan het werk na een autorisatie van de verzekeraar. Het radicale en extreme in zijn benadering is de introductie van de concepten 'dagwaarde' en 'total loss' in de gezondheidszorg op het niveau van de afzonderlijke individuele patiënt.

Het lijkt me aannemelijk dat ook in Nederland de discussies en controverses zich de komende jaren zullen toespitsen op deze spanningsvolle verhouding tussen het micro en macro regelmechanisme. Met de stelselwijziging zijn de eerste stappen gezet, ook al is de niet bi-partite transactiestructuur, waarbij de ene partij activiteiten autoriseert die door een andere partij gefinancierd worden, gedeels intact gebleven.

⁹ Dat die verhouding zeer problematisch is blijkt bijvoorbeeld uit de pogingen van sommige verzekeraars om het preferentiebeleid in de geneesmiddelenvoorziening aan te scherpen. Apothekers waren negatief [Van Wijck 2005]. Ook de Bogin, de Bond van Generieke Geneesmiddelen Industrie in Nederland, verzette zich en spande een kort geding aan tegen Zorgverzekeraars Nederland en zeventien afzonderlijke zorgverzekeraars [PW 2008]. Het kort geding werd door de Bogin gewonnen maar in hoger beroep kregen de verzekeraars het gelijk aan hun kant [NRC 11.4.2008].

¹⁰ De term Moral Hazard heeft een negatieve connotatie. Het opgeroepen gedrag wordt in economische zin als ongewenst beschouwd, omdat de schaarsteverhoudingen niet juist zijn weerspiegeld in de prijs. Ondanks dat het concept Moral Hazard ernstig bekritiseerd is, speelt het een buitengewoon belangrijke rol in het gezondheidszorgbeleid [Nyman 2003].

Van belang is nu de vraag welke betekenis de doorgevoerde wijziging in de inrichting van de regie heeft voor het marktgedrag en de marktdynamiek van de organisaties die actief zijn in de zorgmarkt.

Zoals gesteld, behandelt de markttheorie de ordening van de onderlinge relaties die organisaties met elkaar verbinden. Het begrip markt wordt doorgaans opgevat als een structuur waarin interacties tussen partijen plaatsvinden. Zo definieert De Jong een markt als een set van partijen waartussen parameterinterdependentie bestaat [De Jong 1989 p77]. Kortom, als een set partijen die op elkaar reageren zodra een wijziging in een parameter optreedt, bijvoorbeeld prijzen of reclame. Dit geldt zowel voor aanbieders als vragers. Aanbieders houden elkaar in de gaten en reageren op elkaars marktgedrag. Vragers worden geacht de ene aanbieder voor de andere te substitueren als de prijs/kwaliteitverhouding daartoe aanleiding geeft.¹¹

Op deze wijze kunnen markten geïdentificeerd en van elkaar onderscheiden worden. Zo valt bijvoorbeeld aannemelijk te maken dat McDonald's en restaurants met een Michelin-ster, ondanks dat ze dezelfde functie vervullen, niet in dezelfde markt zitten. Ze zijn parameter independent en we mogen aannemen dat er nauwelijks substitutie optreedt zodra een of beide een wijziging in bijvoorbeeld zijn prijsstelling doorvoert.

De niet bi-partite transactie structuur en regulatie in de zorgmarkt bewerkstelligen dat de parameters die ondernemingen doorgaans inzetten goeddeels ineffectief zijn. Onderscheidend gedrag op basis van prijsstellingen, reclame uitingen, kwaliteitdifferentiatie, etc. is zeer sterk ingeperkt. De essentiële en beslissende parameter in de zorgmarkt is het omzettingsproces van behoefte aan zorg in koopkrachtige vraag naar zorg. Dit omzettingsproces demarkeert niet alleen de zorgmarkt maar is ook van groot belang voor het feitelijk marktgedrag van organisaties in die markt. In feite impliceert iedere wijziging in dat omzettingsproces een wijziging in de parameters. Anders gezegd: de parameter die beslissend is, is de regie. Op wijzigingen in de regie naar structuur en of inhoud, zullen marktpartijen reageren. Wellicht zal de markstructuur zelfs veranderen.

Met enkele voorbeelden valt toe te lichten hoe ogenschijnlijk kleine wijzigingen in de regie ingrijpende effecten kunnen oproepen. Zo zien we in de AWBZ zorg dat het Centraal IndicatieorgaanZorg(CIZ)koopkrachtigevraag autoriseert. Zodra een cliënt een indicatie heeft verworven kan de budgethouder kiezen voor zorgverlening in de vorm van een persoonsgebonden budget (PGB). De PGB-houder kan bij iedere zorgaanbieder zijn zorg inkopen en is niet gebonden aan aanbieders die door het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) zijn toegelaten en door het zorgkantoor zijn gecontracteerd. Dan ontstaat in feite een bi-partite transactiestructuur. De PGB-houder kan zorg inkopen zoals hij zijn reguliere

boodschappen doet. Er is toch een belangrijk verschil. De indicatiestelling moet verworven worden en achteraf moet verantwoording over de bestedingen afgelegd worden aan het zorgkantoor. We zien dat sinds 1995, toen de PGB werd ingevoerd, een nieuwe business is ontstaan. Adviseurs helpen cliënten bij de aanvraag van de indicatie en de verantwoording van de uitgaven.^{12,13}

Naast het verschijnsel dat er nieuwe business ontstaat, valt ook te zien dat de marktfluiditeit toeneemt. Oude demarcaties worden doorbroken.¹⁴ Schoonmaakbedrijven worden actief in de thuiszorg en instellingen die vroeger in diverse zorgmarkten actief waren, betreden elkaars markt of gaan verbindingen aan. Onlangs verwierven de

zorginstellingen Philadelphia en Eveen en woningbouwcorporatie Woonzorg Nederland van de Nederlandse Mededingingsautoriteit groen licht om te fuseren in de nieuwe woonzorgaanbieder Espria: met zo'n 38.000 werknemers en 1,4 miljard omzet de grootste woonzorgaanbieder van Nederland. Het is boeiend om te zien dat ontwikkelingen als deze enerzijds logisch zijn in het licht van de doorgevoerde stelselwijzigingen, maar anderzijds aanleiding geven tot enorme politieke commotie.^{15,16}

Een interessant voorbeeld van toenemende marktfluiditeit voltrekt zich in de gemeente Deventer. Salland Verzekeringen en de gemeente Deventer zijn een public private partnership aangegaan en hebben de organisatie Regizorg opgericht. De casus is interessant,

¹² Volgens berichten in de pers is de groei van het aantal adviseurs aanzienlijk. Bovendien lijkt het zo hier en daar mis te gaan. Er bestaat inmiddels een belangenvereniging van PGB-houders (Per Saldo), branchevereniging van pgb-adviseurs en men is bezig met een keurmerk [Baltesen 2008].

¹³ Voor veel ondernemingen die apparatuur, voedingsmiddelen en dergelijke leveren of gebouwen neerzetten is de zorgmarkt meer te vergelijken met een reguliere markt, waar de opdrachtgever ook de betaler is. Ook voor deze bedrijven is de regievraag wel degelijk betekenisvol. Het maakt bijvoorbeeld voor de producent van rollators veel uit of deze in het basispakket vergoed wordt of niet.

¹⁴ Zo werd op 1 april 2003 de zgn. 'ontschotting' ingevoerd. Vóór 2003 kregen zorgaanbieders in het kader van de AWBZ een toelating voor een specifieke sector, type instelling en doelgroep. Met de ontschotting zijn de instellingen niet meer gebonden aan een bepaalde doelgroep en kunnen dus hun markt verbreden.

¹⁵ In dit verband is het opmerkelijk dat de Minister van VWS in feite uitgespeeld is en dat de Minister van Wonen, Wijken en Integratie wellicht het al dan niet doorgaan van de fusie nog kan beïnvloeden [NRC 11/4/2008]. In juni 2008 besloot zij het initiatief te blokkeren [NRC 28/6/2008].

¹⁶ In dit verband is interessant dat bij de beoordeling van fusies het efficiëntieverweer een belangrijke rol speelt. Een fusie tussen partijen kan een methode zijn om efficiëntieverbeteringen te realiseren. Deze zou op kunnen wegen tegen mogelijke beperking van de mededinging. Die efficiëntieverbeteringen moeten substantieel zijn en ten goede komen aan de gebruikers. In de zorg zijn dat de verzekeraars en niet de zorgontvangers [Liedorp 2007].

¹¹ Zie voor een uitvoerige bespreking van marktdefinities en empirische demarcatie in de zorgmarkt; Fusiecontrole in de gehandicaptenzorg [Liedorp e.a. 2007].

omdat twee regisserende partijen, de gemeente in het kader van de WMO en Salland in het kader van de zorgvoorziening, pogen de regie zodanig vorm te geven dat het zorgproces meer dan voorheen gestroomlijnd kan worden. In feite wordt met Regizorg de grens tussen welzijnsmarkt en zorgmarkt opgebroken.

Initiatieven als deze, en ze kunnen met gemak aangevuld worden met talloze andere, laten zien dat organisaties en bedrijven in de zorgmarkt zich geplaatst zien voor strategische keuzes. Nieuwe organisaties betreden de markt. Bestaande organisaties zoeken een weg in voorwaartse en achterwaartse integratie, gaan horizontale verbindingen met anderen in hun branche aan, betreden nieuwe markten of zoeken niches in de markt.

Strategische herpositionering van organisaties in de zorg zal met zich meebrengen dat ingrijpende veranderingen in het operationele management van de zorginstellingen ingevoerd gaan worden. De afgelopen jaren zijn thema's zoals extramuralisering, diagnose behandelcombinaties, patiëntlogistiek, ketenmanagement en vele andere op de agenda gekomen en er zullen ongetwijfeld nieuwe volgen [Rood 2008, Towill 2006, Keen e.a. 2006].

Het ziet er naar uit dat ook in het operationele management de spanning waar Habermas aan refereerde tot uitdrukking komt. Enerzijds staan de organisaties in de zorg onder druk om kosteneffectief en efficiënt te werken en introduceren concepten die in productieorganisaties toegepast worden om processen zo adequaat mogelijk in te richten en te besturen. Anderzijds stoten zij

tegen grenzen, omdat economisch rationeel en verstandig operationeel management op gespannen voet kan komen te staan met normatieve overwegingen. In de zorg is diegene die zorg ontvangt zowel object als subject. Als object kunnen we diegene die zorg ontvangt beschouwen als ware het een product in bewerking. Er worden allerlei handelingen verricht en gepoogd wordt die handelingen economisch zo rationeel mogelijk te verrichten. Maar diezelfde persoon die zorg ontvangt, is ook subject. Een mens die opvattingen en gevoelens en normen heeft, zowel over de zorg die ontvangen wordt, maar ook over de wijze waarop die zorgverlening georganiseerd is. Velen die zorg ontvangen, maar ook menige zorgprofessional, maken zich zorgen over de aandacht die aan de patiënt gegeven kan worden [Baart 2005, Kunneman en Slob 2007]. Beide beginselen – de economisch rationele en de normatieve – blijken in de praktijk buitengewoon lastig in balans te krijgen [Rood 2008].

Strategische heroriëntatie en vernieuwing van het operationele management in zorginstellingen blijft vermoedelijk nog lang op de agenda. We zullen veelvuldig geconfronteerd worden met maatschappelijke en politiek debatten over de wenselijke en feitelijke marktontwikkeling in de zorg. De zorgorganisaties zijn in beweging en zien zich geplaatst voor complexe vraagstukken. Hoe in een uiterst bewegelijke markt verstandige keuzes te maken, economisch rationeel te werken, aandacht aan de zorgontvanger te geven en bezieling bij de professional te behouden [Porter en Olmsted Teisberg 2007]? Er is veel te doen.

Labora

De ontwikkelingen in de zorg hebben Saxion – in het bijzonder de Academie Bedrijfskunde en Ondernemen en de Academie Gezondheidszorg – Salland Verzekeringen, Zorggroep de Leiboom, Carinova Thuiszorg en Deventer Ziekenhuis aanleiding gegeven het lectoraat Ondernemen in de Zorg in het leven te roepen¹⁷. Met dit lectoraat wordt beoogd zowel de verbinding tussen Saxion en organisaties in de zorg te intensiveren als mede de thema's ondernemendheid en ondernemerschap een nadrukkelijke plaats te geven in de zorgopleidingen die door Saxion worden verzorgd.

Hogescholen in Nederland hebben de afgelopen jaren kenniscentra opgericht. Centra die bij uitstek geschikt zijn om de verbinding tussen hogescholen en samenleving te intensiveren. Saxion heeft thans een zestal kenniscentra. Het lectoraat Ondernemen in de Zorg is gepositioneerd in het Kenniscentrum Innovatie en Ondernemerschap. In het kenniscentrum participeren het lectoraat Strategisch Human Resource Management, het lectoraat Kennisinnovatief Ondernemerschap en het lectoraat Ondernemen in de Zorg. De drie lectoraten (vier lectoren) hebben zich verenigd in het overkoepelende onderzoeksthema Transitie en Stabiliteit.

Het is evident dat een verbinding tussen Saxion en organisaties in de zorg op vele manieren gelegd kan worden. Kennisoverdracht, kenniscirculatie, kennisdisseminatie, wordt veelal begrepen als een lineair proces,

waarbij kennis gezien wordt als een product dat in een of ander transactieproces overgedragen wordt van de ene naar de andere partij; van de expert naar de leek, van de docent naar de student, van het kenniscentrum naar de zorgorganisatie.

Naar mijn overtuiging is deze visie op kennisdisseminatie te beperkt. De problematiek van kennisdisseminatie wordt teveel gereduceerd tot het transactieproces, tot de communicatie tussen partijen [Van der Werf 2004].

De visie op kennisdisseminatie die hier voorgestaan wordt, legt het zwaartepunt op het leerproces zelf en is gebaseerd op twee uitgangspunten.

Het eerste uitgangspunt is inhoudelijk van aard en heeft betrekking op de thematiek waarvoor organisaties in de zorgmarkt zich geplaatst zien. Het is evident dat organisaties in de zorg in transitie zijn. Maar de ontwikkelingen in de zorgmarkt brengen met zich mee dat de organisaties in de zorgmarkt geconfronteerd worden met wat Rittle 'wicked problems' noemde en Ackoff 'messy management situations' [Rittle and Webber 1973, Ackoff 1981]. Situaties waarbij veelal niet helder is wat kan en moet worden opgepakt, niet helder is wie betrokkenen zijn, niet helder is hoe het thema moet worden aangepakt en door wie het moet worden aangepakt. De aard van wicked problems is dat deze niet zozeer ingewikkeld en lastig zijn in technisch, instrumentele zin – dat zijn ze vaak ook – maar vooral in morele en normatieve zin. Ze betreffen veelal lastige

¹⁷ Inmiddels geïntegreerd in de Carinova Leiboom Groep

afwegingen in situaties waar verschillende betrokkenen verschillende preferenties hebben over wat wenselijk, nastrevenswaardig, acceptabel is. De vraag hoe economische rationaliteit, professionele autonomie en aandacht voor de patiënt in balans te krijgen is bij uitstek een wicked problem. Dergelijke vraagstukken kennen vaak geen 'optimale oplossingen' in instrumentele zin. Er wordt op zijn best op een verstandige, plausibele, verdedigbare manier mee omgegaan.

Wicked problems vragen om een specifieke benadering. Immers, in instrumentele zin kennen ze geen optimale maar op zijn best verdedigbare oplossingen. Het tweede uitgangspunt is dan ook methodisch van aard. Donald Schön publiceerde in 1971 *Beyond the Stable State*. In dit werk beklemtoonde hij dat de toenemende dynamiek in de samenleving vereist dat instituties en organisaties zich moeten ontwikkelen tot 'learning systems'.¹⁸ Het gaat er niet enkel om organisaties te transformeren in reactie op gewijzigde omstandigheden en vereisten. Bij de lerende organisatie gaat het om systemen die zelf in staat zijn hun eigen continue transformatie tot stand te brengen [Schön (1971)1973]. Zijn ideeën over leren en lerende organisaties heeft hij later uitgewerkt in tal van publicaties.¹⁹ Gezamenlijk met Chris Argyris publiceerde hij over de lerende or-

ganisatie [Argyris en Schön 1974]. In 1983 publiceerde hij *The Reflective Practitioner*, waarin hij een onderscheid maakt tussen 'reflection in action', dit wordt wel omschreven als het 'denken met de voeten op de grond', en 'reflection on action', dit is het denken over gebeurtenissen en acties nadat deze zich voltrokken hebben. In navolging van Dewey wordt leren niet beschouwd als een lineair overdrachtsproces van kennis, maar als een iteratief zoekproces door betrokkenen [Dewey 1933]. Er zijn in de loop der jaren talrijke methoden en methodologieën ontwikkeld die beogen dit zoekproces te faciliteren.²⁰ Het is hier niet de plek om omstandig in te gaan op het thema leren en lerende organisatie. Volstaan wordt met de observatie dat benaderingen zoals die van Schön, Checkland en anderen, leren vooral beschouwen als een georganiseerd zoekproces waarbij de verhouding tussen de betrokkenen fundamenteel verschilt met die in het klassieke onderwijssysteem. In de lerende organisatie zal de 'outsider' – docent, onderzoeker, expert, trainer – 'insider' moeten worden om het leerproces daadwerkelijk te kunnen faciliteren [Van der Werf 2004].

Deze twee uitgangspunten vormen de kern van onze visie op kennisdisseminatie en krijgen vorm in wat we Labora hebben genoemd. Labora; een platform voor ondernemen in de

zorg, is opgericht door het Kenniscentrum Innovatie en Ondernemerschap van Saxion. Labora intensiveert en vernieuwt de relatie tussen onderwijs en arbeidsmarkt en ondersteunt organisaties in de Zorg op het gebied van bedrijfskunde en ondernemendheid. Labora geeft deze missie vorm met het innovatieve concept kennis in actie.

Het kennis in actie concept ziet de ontwikkeling van competenties – kennis, houding, gedrag en vaardigheden – als het resultaat van een gezamenlijk zoekproces. Kenmerkend voor het concept is;

- dat de scheiding tussen theorie en praktijk gerelativeerd wordt;
- dat de scheiding tussen leerplek en werkplek ongedaan gemaakt is;
- dat een samenhang aangebracht wordt tussen denken en doen;
- en dat docent, onderzoeker, expert en student, onderzochte en leek gezamenlijk het leerproces realiseren.

Labora ondersteunt organisaties in de zorg bij het ontwerp en uitvoeren van projecten. Projecten die door personeelsleden van de organisatie geleid en uitgevoerd worden. Een Labora-coach verleent ondersteuning, is gesprekspartner en klankbord voor de projectleider. Indien nodig en wenselijk mobiliseert de Labora-coach, op initiatief van de projectleider, experts uit het Labora kennisnetwerk. Het kennisnetwerk bestaat uit experts die werkzaam zijn bij instellingen uit het hoger onderwijs – hbo en universiteit – en professionals en ondernemers uit de zorg.

Bovendien kunnen, opnieuw op initiatief van de projectleider, studenten van Saxion betrokken worden bij de uitvoering van het project. Deze studenten worden ingezet bij verzamelen, rubriceren en analyseren van data. Voor hen is Labora een leer- en werkomgeving, die hen mogelijkheden biedt praktijkgericht aan hun competenties te werken. Indien nodig en wenselijk kan Labora betrokken blijven bij de feitelijke implementatie van het project.

Labora levert daarmee een tweeledige bijdrage aan de organisatie. Enerzijds wordt gewerkt aan de ontwikkeling van competenties van huidige en toekomstige personeelsleden. Anderzijds wordt een bijdrage geleverd aan een succesvolle afloop van het project.

¹⁸ Het thema lerende systemen werd in die tijd ook door onderzoekers als Etzioni [1968], Hutchins [1970] en Husén [1974] op de agenda gezet.

¹⁹ Zie voor een kritische bespreking van het werk van Schön, Usher et al 1997.

²⁰ Een bekende op systeemdenken gebaseerde methodologie is de door Peter Checkland e.a. ontwikkelde *Soft Systems Methodology* [Checkland 2000].



Besluit

Geachte reisgenoten,

Met het afsluiten van deze ontdekkingsreis in de wonderlijke wereld van marktwerking en kennisdisseminatie rest mij u te bedanken voor uw aanwezigheid en aandacht.

Het is een genoegen om bij Saxion werkzaam te zijn. Ook al is het een baan en zijn we gewoon aan het werk, toch wil ik mijn erkentelijkheid uitspreken voor al diegenen die het mogelijk hebben gemaakt dat ik tot lector in Ondernemen en Zorg ben benoemd. In het bijzonder de initiatiefnemers: de Raad van Bestuur van Saxion, de vertegenwoordigers van de Academie Bedrijfskunde en Ondernemen en de Academie Gezondheidszorg, Salland Verzekering, Carinova Leiboom en Deventer ziekenhuis.

Waar het echte werk gebeurt is voor mij mijn werkplek. Het Kenniscentrum Innovatie en Ondernemerschap is de werkomgeving zoals ik me voorstel dat deze zou kunnen zijn, maar die moeilijk te vinden is. Er wordt hard gewerkt, men is voortdurend op zoek naar vernieuwing en onderneemt allerlei initiatieven. Het is een *Labora avant la lettre* waar collega's aandacht voor elkaar hebben en veel gelachen wordt. Ondanks dat ik al een paar jaar mee draai en laat ik maar zeggen besmet ben met een universitair verleden, hebben jullie vanaf de eerste dag er voor gezorgd dat het een plek is waar ik me buitengewoon goed thuis voel.

Ik ben me ervan bewust dat het gebruikelijk is bij gelegenheden als deze ook enige woorden van dank of erkenning uit te spreken voor hen die mij lief zijn. Ik heb geargeld maar toch besloten om dat niet te doen. Niet alleen zouden Alie, Haye en Wytze zich bezwaard voelen. Ze zouden het maar merkwaardig vinden dat ik hier ga bevestigen dat wij in elkaar verankerd zijn. Bovendien moet in alle eerlijkheid erkend worden, dat hun inhoudelijke bijdrage in mijn werk gelukkig buitengewoon beperkt is. Het is al lastig genoeg om twee workaholics in huis te hebben en als die zich inhoudelijk dan ook nog stevig met elkaar zouden bemoeien, wordt het echt problematisch. Waar ik jullie buitengewoon erkentelijk voor ben is dat jullie mij mezelf laten zijn.

Dr. Jos J. van der Werf

Ackoff, R.

The art and science of mess management. In: *Interfaces*, 11, pp.20-26. 1981.

Angell, M.

Is academic medicine for sale? [editorial] *N. Engl. J. Med.*; 342(20): 1516-8. 2000.

Angell, M.

The Truth about the Drug Companies: How they Deceive Us and What to do about it. Random House, New York. N.Y. 2004.

Argyris, M. en D.A. Schön

Theory in Practice. Increasing professional effectiveness, San Francisco: Jossey-Bass. 1974.

Baltesen, F.

Persoonsgebonden budget. Aanvraag langdurige zorg is lucratief voor adviseurs. *NRC* 26.03.2008.

Baart, A.

Aandacht; etudes in presentie. Lemma. Utrecht. 2005.

Baran, P.A.

The Political Economy of Growth. Penguin 1978 Oorspronkelijke uitgave 1957.

Bouma, J.

Slikken. Hoe ziek is de farmaceutische industrie? Veen. Amsterdam. 2006.

Boot, J. en M. Knapen

De Nederlandse gezondheidszorg, Utrecht, 1990.

Bovenberg, L. en M. Canoy.

Ga nooit meer budgetteren in de zorg. *NRC* 10 maart 2008.

Brittan, S.

The Role and Limits of Government: Essays in Political Economy. Temple Smith. Middlesex. 1983.

Carroll, L.

Alice's Adventures in Wonderland & Through the Looking Glass. Norton & Company Inc. New York. N.Y. (oorspronkelijke uitgave 1871) 1999.

Chassin, M.R.

Achieving and sustaining improved quality. *Health Aff* 2002; 21: 40-51.

Checkland, P.

Soft Systems Methodology: A Thirty Year Retrospective. *Systems Research and Behavioral Science (Syst. Res.)* Research paper. 17, pp. 11-58.

Cohen, A.F.

De farmaceutische industrie in opspraak. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 7 mei 2005.

Coase, R.H.

The nature of the firm, *Economica*, 5 (nov) 1937.

Crozier, M.J., S.P. Hubington and J. Watanuki

The Crisis of Democracy: report on the governability of democracies to the trilateral commission. New York University Press. New York. N.Y. 1975.

Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg (cie. Dekker)

Bereidheid tot verandering. Den Haag 1987.

Commissie Sociale Zekerheid Werkgroep Toekomst AWBZ

Conceptadvies over de Toekomst AWBZ. SZ/753. AWBZ/124. SER. 27 maart 2008.

Deutschmann, C.

De rol van de Staat in de theorie van Keynes. In: *Ekonomie en Staat*. Te Elferd Ure 22. SUN Nijmegen. 1976.

Dewey, J.

How we Think. A restatement of the relation of

reflective thinking to the educative process. (Revised edn.) New York: D.C. Heath 1933.

Etzioni, A.

The Active Society. The theory of societal and political processes. New York: Free Press. 1968

Friedman, M.

Capitalism and Freedom. University of Chicago Press. Chicago. 1962.

Habermas, J.

Legitimationsprobleme in Spätkapitalismus. Frankfurt. Suhrkamp. 1973.

Habermas, J.

Theorie des Kommunikativen Handelns. Band 2 Zur Kritik der funktionalistischen Vernunft. Frankfurt. Suhrkamp. 1981.

Hayek, F.A. von

The Road to Serfdom. University of Chicago Press. Chicago. (1944) 1945.

Husén, T.

The Learning Society. London: Methuen. 1974.

Hutchins, R.M.

The Learning Society. Harmondsworth: Penguin. 1970

Illich, I.

Meical Nemesis. London 1975. Herziene uitgave: Limits to medicine. London. 1976.

Jong, H.W. de

Dynamische markttheorie. Stenfert Kroese. Leiden/ Antwerpen 1989.

Keen, J. and J. Moore

Pathways, networks and choice in health care. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. Vol. 19 No. 4, pp 316-27. 2006.

Keynes, J.M.

The General Theory of Employment, Interest and Money. London. (1936) 1976.

Kleinknecht, A.

De onverwachte wederopstanding van Keynes. *NRC* 28/1/2008.

Kunneman, H. en M. Slob

Thuiszorg in transitie. Een onderzoek naar de gevolgen van het recente overheidsbeleid voor centrale waarden in de thuiszorg. Bunnik, 2007.

Liedorp, I., S. Lavrijssen en E. van Damme

Fusiecontrole in de gehandicaptenzorg. Tilburg Law and Economics Center (TILEC report 2007-002) Universiteit van Tilburg. April 2007.

Lindenauer, P.K., D. Remus, S. Roman

Public reporting and pay for performance in hospital quality improvement. *N Eng J Med* 2007; 356: 486-96.

Maarse, J.A.M.

De hervorming van de gezondheidszorg. Enkele politieke aspecten. *Bestuurskunde*, jrg 10, n° 5, pp.186-196. 2001.

Marshall, M.N., P.G. Shekelle, S. Leatherman et al.

The public release of performance data: what do we expect to gain? *JAMA* 2000; 283(14): 1866-74.

Ministerie Economische Zaken

Onderzoek Marktwerkkingsbeleid. Den Haag februari 2008.

Mintzberg, H.

Patent nonsense: Evidence tells of an industry out of social control. *Can. Med. Assoc. J.* 175: 374. 2006.

Molière

La Maladie Imaginaire. Acte III, scene III. Oeuvres Complètes. Paris, Gallimard. 1956.

Nooteboom, B.

Ruil en relatie in een woelige omgeving. Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar in de Bedrijfskunde aan de Rijksuniversiteit Groningen. 21 juni 1988.

NRC

Het gevecht om goedkoop medicijn. 11/4/2008.

NRC

Kamer vreest voor 'logge' zorginstelling. 11/4/2008.

NRC

Markt in de zorg werkt slecht. 17/1/2008.

NRC

Zorgen over een fusie. 11/4/2008.

NRC

Minister houdt fusie zorg tegen. 28/6/2008.

Nyman, J.

The Theory of the Demand for Health Insurance. Stanford University Press. 2003.

Offe, C.

Democracy against the welfare state? Structural foundations of neoconservative political opportunities. Political Theory, V.15,4, pp. 501-536. 1987.

Offerhaus, L.

De geneesmiddelenindustrie in opspraak: Mercurius of Aesculapius? Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 18 dec. 2004.

Paulus, A., A. van Raak en I. Mur-Veeman

Marktwerving is...? Bestuurskunde, jrg 10, n° 5, pp.208-228. 2001.

Pauly, M V.

The Economics of Moral Hazard: Comment. American Economic Review, 58, 531-536. 1968.

Pauly, M V.

The Truth about Moral Hazard and Adverse Selection. The Herbert Lourie Memorial Lecture on Health Policy. Policy Brief n° 36/2007. Syracuse University. 2007.

Pharmaceutisch Weekblad

Rechter verbiedt uitbreiding preferentiebeleid. PW. nr.2., blz.9 jan. 2008.

Rittel. H.W.J. and M.M. Webber.

Dilemmas in a general theory of planning. Policy Sci. 4. pp.155-69. 1973.

Robson, M. and J. Liebenau.

Structures and influences in the history of the European pharmaceutical industry. Paper First Workshop on Strategy for the European Pharmaceutical Industry. European Institute for Advanced Studies in Management. (EIASM). Brussels. Febr. 1991.

Pomp, M.

Toch maar verder met marktwerving in de zorg. NRC 10 maart 2008.

Porter, M.E. and E. Olmsted Teisberg

How Physicians Can Change the Future of Health Care. Journal of the American Medical Association (JAMA) Vol. 297, No. 10. March 14, 2007.

RIVM

Zorgbalans 2008, versie 2.0, 21 mei 2008. RIVM Bilthoven www.rivm.nl

Rood, R.

Vermaatschappelijking van de zorg: geluk(t) voor iedereen? Een onderzoek naar de gevolgen van en voorwaarden voor vermaatschappelijking van de zorg. Bestuur & Management Consultants. Leusden. 2008.

Schumpeter, J.A.

Theorie der wirtschaftlichen Entwicklung. Leipzig, Duncker & Humblot. 1912.

Shaw, G.B.

The Doctor's Dilemma; a Tragedy. In Complete Works. London, Odhams, 1934.

Siemons, G.H.A.

De farmaceutische industrie in opspraak. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 30 april 2005.

Schneider, E.C., T. Lieberman

Publicly disclosed information about the quality of health care: response of the US public. Qual health care 2001; 10: 96-103.

Schön, D.A.

Beyond the Stable State. Public and private learning in a changing society. Harmondsworth: Penguin. [eerder gepubliceerd in 1971] 1973.

Schön, D.A.

The Reflective Practitioner. How professionals think in action, London: Temple Smith. 1983.

Swaan, A. de

Zorg en de Staat; welzijn, onderwijs en gezondheidszorg in Europa en de Verenigde Staten in de nieuwe tijd. Bert Bakker. Amsterdam. 1989.

Towill, D.R.

Viewing Kaiser Permanente via the logistic lens. International Journal of Health Care Quality Assurance. Vol. 19 No. 4, pp 296-14. 2006.

Trommel, W., en R. van der Veen (ed).

De Herverdeelde Samenleving. Ontwikkeling - herziening van de Nederlandse verzorgingsstaat. Amsterdam University Press. 1999.

Usher, R., I. Bryant, R Johnston

Adult education and the Postmodern Challenge. Learning beyond the limits. London: Routledge 1997.

Vektis en BCG (The Boston Consulting Group).

Liberalisatie en groei. Eerste indicatie van kostengroei in de ziekenhuiszorg binnen het geliberaliseerde B-segment. Anne de Boo (Vektis) en Jan Willem Kuenen (BCG) februari 2008.

Vos, R.

Drugs Looking for Diseases. Innovative Drug Research and the Development of the Beta Blockers and the Calcium Antagonists. Dordrecht. Kluwer Academic Publishers. 1991.

Waard, M. de

Er is nooit gezegd dat het geen pijn zou doen. Interview met B. Baarsma en J. Theeuwes SEO Economisch Onderzoek. NRC 8 maart 2008.

Werf J. van der, Badii A., Martin S. and Sharif A.M

Dealing with propositional Ambiguity in Business Process Improvement. In (Ed Z.Irani) Proceedings of the European & Mediterranean Conference on Information Systems 2004 (EMCIS 04), July 2004.

Witt, U

How evolutionary is Schumpeter's theory of economic development? Industry and Innovation. Apr/august 2002.

Wyck, F. van

Preferentiebeleid: op de plaats rust. PW. nr.37., blz.1142-45. okt. 2005.

Williamson, O.E.

Markets and hierarchies: analysis and antitrust implications. A study in the economics of internal organization. New York, London 1975.

Wij danken de kunstenaars voor hun uitdrukkelijke toestemming inzake het gebruik van afgebeelde kunstwerken in deze lectorale rede. In het boekwerk zijn afbeeldingen gebruikt van de kunstenaars Annette Defoort, Christine Dutoit, Sjer Jacobs en Marion Askjaer Veld.

De foto's zijn door Jos van der Werf gemaakt in De Hullu Beeldentuin Gees, Schaapveenweg 16, 7863 TE in Gees.

Meer informatie over de beeldentuin vindt u op www.beeldeningees.nl.