

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Begrippen en effecten van marktwerking: een literatuurverkenning

Inge Verdonck
Prof.dr. Johan Put



Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
Kapucijnenvoer 35 – B-3000 Leuven
Tel 0032 16 33 70 70 – Fax 0032 16 33 69 22
E-mail: swvg@med.kuleuven.be
Website: <http://www.steunpuntwvg.be>

Publicatie nr. 2008/02
SWVG-Werknota 02

Programma 3 - Juridisch en institutioneel kader
Project 1 –Martkwerking en keuzevrijheid in de ouderenzorg
Werknota "Begrippen en effecten van marktwerking: Literatuuroverzicht"

Promotor: Prof.dr. Johan Put
Onderzoekers: Inge Verdonck, Maarten Janssens, Dr. Kathleen Verreth
Administratieve ondersteuning: Lut Van Hoof, Sabine Vanden Bossche, Lieve Van Cauwenberghe

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvuldigd en/of openbaar gemaakt zonder uitdrukkelijk te verwijzen naar de bron.

No material may be made public without an explicit reference to the source.



Promotoren en Partners van het Steunpunt

K.U.Leuven

Prof. Dr. Chantal Van Audenhove (Promotor-Coördinator), Lucas en ACHG
Prof. Dr. Hans Grietens, Centrum voor Gezins- en orthopedagogiek
Prof. Dr. Johan Put, Instituut voor Sociaal recht
Prof. Dr. Anja Declercq, Lucas

UGent

Prof. Dr. Lea Maes, Vakgroep maatschappelijke gezondheidkunde
Prof. Dr. Jan De Maeseneer, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en eerstelijnsgezondheidszorg
Prof. Dr. Ilse De Bourdeaudhuij, Vakgroep Bewegings- en sportwetenschappen
Prof. Dr. Ann Buysse, Vakgroep Experimenteel-klinische en gezondheidspsychologie

VUBrussel

Prof. Dr. Johan Vanderfaellie, Vakgroep Orthopsychologie

KHKempen

Dr. Guido Cuyvers, Vlaams onderzoeks- en kenniscentrum derde leeftijd



Inhoudsopgave

Beleidsrelevantie	4
Inleiding	6
1. Begrippenkader	8
2. Effecten van marktwerking	13
2.1. Specificiteit van sociale diensten	13
2.2. Het begrip 'quasi-markt'	14
2.3. Argumenten pro en contra marktwerking	15
2.3.1. Overheidsfalen en aanbodtekort	16
2.3.2. Flexibilisering	16
2.3.3. Keuzevrijheid en zelfbeschikkingsrecht	16
2.3.4. Ethische bezwaren t.g.v. de relationele en maatschappelijke waarde van zorg	17
2.3.5. Terugtrekkende overheid, (des)integratie en (in)transparantie van het aanbod	18
2.3.6. Schaalvergroting	19
2.3.7. 'Cream skimming' en ongelijke toegang tot zorg	19
2.3.8. Werkomstandigheden van zorgprofessionals	20
2.4. Problemen in verband met zorgconsumptie, diversiteit en keuzevrijheid	21
2.4.1. Economische aspecten	21
2.4.2. Sociale aspecten	22
2.4.3. Keuzedwang	22
2.4.4. Ongelijkheid en aantasting van de onderlinge solidariteit	23
3. Conclusies	24
4. Vragen voor verder onderzoek	26
Literatuuroverzicht	30

Beleidsrelevantie

Marktwerking is één van de meest besproken ontwikkelingen in de internationale beleidsliteratuur over de zorgsector. Dat geldt ook voor de ouderenzorg. De contexten waarin het begrip opduikt, zijn zeer divers: de zoektocht naar oplossingen voor zowel stijgende kosten als uitbreiding van het zorgaanbod, de vraag om 'ontvetting' van de overheid, de invloed van andere landen (voor Vlaanderen: vooral Nederland), de druk vanuit de Europese Unie, de individualisering van de maatschappij, de wensen van cliënten voor meer keuzevrijheid en om meer te kunnen participeren aan het uitwerken van hun zorgtraject en aan de wijze van uitvoering van de zorg, de toenemende koopkracht van een deel van de oudere bevolking en de daaruit voortvloeiende mogelijkheden om in de ouderenzorg bepaalde 'niches' te ontwikkelen, de vraag om aantoonbare efficiënte van de zorgverstrekking... De veelheid van aanleidingen om over marktwerking na te denken vertaalt zich vervolgens in evenveel fenomeenanalyses, begrippen en benaderingen van het thema.

Deze werknota vormt een onderdeel van onderzoeksprogramma 3 van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, meer bepaald van het project 'Marktwerking en keuzevrijheid in de ouderenzorg'. Het onderzoeksprogramma is essentieel beleidsgericht; het project is een juridisch onderzoeksproject. De invalshoek is bijgevolg de wijze waarop de overheid zich in haar beleid op het domein van welzijns- en gezondheidszorg kan verhouden tot evoluties in de maatschappij in het algemeen en in het zorglandschap in het bijzonder. Daarbij staat de vraag centraal welke vormen van regulering mogelijk en wenselijk zijn, uitdrukkelijk rekening houdend met de Europese dimensie en met ontwikkelingen in andere landen.

In deze onderzoeksvoorbereidende nota wordt in eerste instantie een begrippenkader geschetst over marktwerking en de effecten die daaraan verbonden zijn. Dit moet toelaten op een genuanceerde manier beleidsgericht na te denken over marktwerking. Hierbij wordt gezocht naar mogelijkheden om de tegenstelling tussen markt en staat te overstijgen en te focussen op die elementen van marktwerking en overheidssturing die vanuit socialebeleidsoverwegingen als wenselijk worden beschouwd.

Uit een eerste literatuurstudie blijkt dat er potentieel een aantal ernstige bedreigingen uitgaan van een versterkte marktwerking in de welzijns- en de gezondheidszorg. Deze hebben in hoofdzaak te maken met 'adverse selection' door zorgaanbieders, een toenemende ongelijkheid en intransparantie en een gebrek aan integratie van het zorgaanbod.

De literatuur leert ons dat quasi-markten als de 'zorgmarkt' regulering noodzakelijk maken bij het op elkaar afstemmen van aanbod en noden, waarbij in de mate van het mogelijke (op sociaal rechtvaardige wijze) rekening wordt gehouden met individuele preferenties. Marktwerking wordt in de zorg wezenlijk in verband gebracht met een nieuw sturingsconcept: de manier waarop de overheid haar beleid voert, moet evenzeer vernieuwd worden als de zorgorganisatie het zorgaanbod zelf. De kernvraag is dus wat dat sturingsconcept inhoudt, welke modaliteiten ervan bestaan en of het adequaat is in het garanderen van kwaliteitsvolle en toegankelijke zorg. Vooral op dit punt is bijkomend onderzoek naar internationale ervaringen en voorbeelden noodzakelijk. Er worden hiertoe heel diverse concepten en methoden aangesproken. Er is bijvoorbeeld geen eenduidige

keuze voor de instantie die of het beleidsniveau dat als 'marktregulator' zal optreden. Bovendien moet rekening worden gehouden met het feit dat beleidsoverwegingen beïnvloed worden door ontwikkelingen op Europees niveau.

Het komt er in het toekomstige onderzoek op aan, eerder dan vanuit 'containerbegrippen' te redeneren, vooral in te zoomen op bepaalde aspecten of onderdelen van marktwerking (of van elementen die daarmee in verband worden gebracht). Voorbeelden daarvan zijn: vestigingsvrijheid, winstoogmerk en nutsmaximalisatie, concurrentie, aanbodsturing, prijsbepaling, keuzevrijheid, informatie kloof, participatie, kwaliteitsbewaking. Dan kan worden nagegaan of en op welke manier deze elementen reeds bestaan, hoe ze moeten worden geëvalueerd en hoe ze, in voorkomend geval, kunnen worden verfijnd, aangepast of geïntroduceerd. Daarmee zal het onderzoek overstappen van 'begrippen' naar 'instrumenten', om te bekijken op welke manier 'slimme' vormen van marktwerking een plaats hebben en/of kunnen krijgen.

Samenvattend willen we in het verder onderzoek nagaan welke marktelementen al dan niet wenselijk zijn, welke elementen van overheidsoptreden al dan niet onontbeerlijk zijn en welke afwegingen daarbij gemaakt moeten worden.

Inleiding

Eén van de meest besproken ontwikkelingen in de internationale beleidsliteratuur over de zorgsector betreft de toegenomen invloed van marktwerking. Dat geldt ook voor de ouderenzorg. De contexten waarin hiervoor aandacht wordt gevraagd, verschillen nogal: de zoektocht naar oplossingen voor zowel stijgende kosten als uitbreiding van het zorgaanbod, de vraag om 'ontvetting' van de overheid, de invloed van andere landen (voor Vlaanderen: vooral Nederland), de druk vanuit de Europese Unie, de individualisering van de maatschappij, de wensen van cliënten voor meer keuzevrijheid en om meer te kunnen participeren aan het uitwerken van hun zorgtraject en aan de wijze van uitvoering van de zorg, de toenemende koopkracht van een deel van de oudere bevolking en de daaruit voortvloeiende mogelijkheden om in de ouderenzorg bepaalde 'niches' te ontwikkelen, de vraag om aantoonbare efficiënte van de zorgverstrekking... De veelheid van aanleidingen vertaalt zich vervolgens in evenveel fenomeenanalyses, begrippen en benaderingen van het thema.

Deze werknota vormt een onderdeel van onderzoeksprogramma 3 van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, meer bepaald van het project 'Marktwerking en keuzevrijheid in de ouderenzorg'. Het onderzoeksprogramma is essentieel beleidsgericht; het project is een juridisch onderzoeksproject. De invalshoek van dit project is bijgevolg op welke manier de overheid zich in haar beleid op het domein van welzijns- en gezondheidszorg kan verhouden tot evoluties in de maatschappij in het algemeen en in het zorglandschap in het bijzonder. Daarbij staat de vraag op het voorplan welke vormen van regulering mogelijk en wenselijk zijn, uitdrukkelijk rekening houdend met de Europese dimensie en met ontwikkelingen in andere landen.

In deze onderzoeksvoorbereidende nota ligt bijgevolg de nadruk op wat precies moet worden verstaan onder 'marktwerking' (deel I) en wat de effecten daarvan zijn (deel II). Die bevindingen (deel III) moeten voeding geven aan volgende onderzoeksstappen (deel IV).

In deze fase van het onderzoek is een beroep gedaan op beleidsrapporten, onderzoeksverslagen, beleidswetenschappelijke literatuur, alsook juridische bronnen (o.m. EU-wetgeving en rechtspraak). Academische databanken (Libis, Librisource, Beck online, Westlaw) werden benut om eventuele publicaties op te sporen. Met groter succes werden ook de websites geconsulteerd van vooraanstaande onderzoeksinstituten (Personal Social Services Research Unit van de LSE, European Centre Vienna, Social Care Institute of Excellence, OECD), van denktanks (Observatorium für die Entwicklung der sozialen Dienste in Europa, Vincentz.net), en van overheidsgelieerde instanties (Juriwel, NIZW Nederland, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg). Deze zoektocht leverde een aantal relevante beleidsrapporten, discussienota's en verslagen op (cf. literatuuroverzicht aan het einde van deze nota).

Verder werd in meer ondergeschikte orde krantenberichtgeving op de voet gevolgd, alsook rapporten van belangenorganisaties (vakbonden, ziekenfondsen, etc.) en rapporten van NGO's.

Tenslotte hebben we een beroep gedaan op Europese documenten die onder meer verschenen zijn in het kader van de discussie over de dienstenrichtlijn en van de

consultatieronde met betrekking tot de totstandkoming van een gezondheidszorgrichtlijn.¹

Literatuuroverzichten op dit domein zijn veeleer schaars zodat wij ons hebben moeten baseren op diverse primaire bronnen. Een meta-analyse van bestaande overzichten behoorde dus niet tot de mogelijkheden.

¹ Zie SWVG, Programma 3, Project 1, Werknota 01 ("Overzicht ontwikkelingen Dienstenrichtlijn en welzijn").

1. Begrippenkader

Marktwerking en keuzevrijheid zijn geen juridische begrippen, in de zin dat ze in de wet afgebakend en gedefinieerd zouden worden. We beschouwen ze als beleidsconcepten die niet noodzakelijk nieuw zijn, maar herhaaldelijk een nieuwe invulling krijgen.

Uit het literatuuronderzoek blijkt dat de invulling van het begrip 'marktwerking' erg divers is. Discussies zijn complex en ideologische drijfveren steken al gauw de kop op. De invulling en afbakening van de markt in een bepaald rechtsstelsel worden ook sterk bepaald door eigen beleidservaringen uit het verleden (bv. Thatcher-jaren in het Verenigd Koninkrijk) of door de wens een specifiek probleem in de zorgorganisatie aan te pakken (bv. de wachtlijsten in de Nederlandse gezondheidszorg). In die omstandigheden is het allesbehalve evident abstractie te maken van landenspecifieke invullingen van het begrip marktwerking, en een scherp onderscheid te maken tussen dat begrip en aanverwante begrippen als commercialisering, privatisering, liberalisering... Om die redenen wordt hieronder gezocht naar steeds terugkerende elementen in de definities en naar een afbakening ten opzichte van verwante begrippen. Er wordt hierbij gefocust op marktwerking op het niveau van het 'zorgaanbod' (en meer specifiek op de ouderenzorg); het aspect marktwerking in de 'verzekering' van zorgkosten – dat van groot belang is in bijvoorbeeld de ziekteverzekering en de zorgverzekering² – blijft in deze tekst grotendeels buiten beeld.

Vaak wordt marktwerking in verband gebracht met het doorbreken van de monopoliepositie van de overheid in het aanbod van bepaalde diensten. Dit betreft dan de transfer van diensten van de publieke naar de private sector. Het begrip hangt dan samen met wat de 'mixed economy of welfare' wordt genoemd.³ Wegens het accent op de overdracht van diensten van de publieke naar de private sfeer, lijkt het meer aangewezen deze evolutie eerder met een term als **privatisering** aan te duiden. Die privatisering kan dan op verschillende onderdelen van de zorg betrekking hebben: de aard van de zorgaanbieder (publiek – privaat), de financiële verantwoordelijkheid, het initiatiefrecht, het verwijs- en/of opnamebeleid... Bovendien kunnen onder de 'private' actoren zowel non-profit als commerciële aanbieders worden begrepen, of à la limite zelfs de mantelzorg en zelfzorg.

Er moet op worden gewezen dat private inbreng allesbehalve een nieuw gegeven is, minstens voor zover het louter het aspect 'aard' van de zorgaanbieder betreft. In de Nederlandse literatuur wordt erop gewezen dat er, ook in de welzijnszorg, steeds drie (meng)vormen van economische organisatie hebben bestaan: de markt, de overheid en het informele circuit.⁴ Knijn onderscheidt vier zorgaanbieders: de markt, de overheid, de professionals en de familie.⁵ Steeds meer auteurs zijn overigens van oordeel dat het

² Zie hierover o.m. S. DERIEUW, "Marktwerking in de gezondheidszorg: vloek of zegen?" in *Welzijnsgids – Welzijnszorg, Beleid*, Mechelen, Kluwer, 2008, losbl., ter perse.

³ Zie o.m. G. WISTOW, M. KNAPP, B. HARDY e.a., *Social care markets. Progress and prospects*, Buckingham, Open University Press, 1996, 200 p.

⁴ R. CLAASSEN, *Markt en zorg. Filosofische grensverkenningen*, Paul Cremerslezing 2006, 12.

⁵ T. KNIJN, *Het prijzen van de zorg. Sociaal beleid op het snijvlak van privé en publiek*, Universiteit Utrecht, Faculteit Sociale Wetenschappen, 2004, 15-16. Zij is van oordeel dat de verhouding tussen de vier aanbieders sterk in beweging is, maar dat het tot dusver niet lukt om een harmonieuze verhouding te ontwikkelen waarin de sterke kanten van elk van de aanbieders tot hun

duale onderscheid tussen de publieke en de private sfeer op het vlak van de zorgorganisatie voorbijgestreefd is. Tal van particuliere organisaties opereren op het grensvlak van beide sferen en zijn op bestuursniveau als tussensector, of nog als derde sector gaan fungeren.⁶

In de Vlaamse zorgsector hebben private partners altijd een belangrijke positie ingenomen. De non-profit of socialprofit sector neemt daarbij zonder twijfel een specifieke positie in. Toch zijn er ook hier relatief nieuwe verschuivingen zichtbaar. Daarbij kan gedacht worden aan de vervaging van de grenzen tussen vennootschapsrechtelijke constructies en de vzw-structuur, ook in de sector ouderenzorg. Soms schuilt achter een vzw-structuur een vennootschapsrechtelijke constructie. De gebouwen kunnen zo privaat bezit zijn, terwijl de exploitatie onder een vzw-statuut wordt ondergebracht. Andere voorbeelden zijn de PPS-constructies waaraan OCMW's denken voor de uitbating van hun rusthuizen⁷, of de mogelijkheid die de Vlaamse overheid creëerde voor commerciële rusthuizen om gebruik te maken van een VIPA-investeringswaarborg.⁸

Hiermee komen we op het terrein van een tweede begrip dat verwant is met marktwerking, maar niet ermee mag worden gelijkgesteld: **commercialisering**. Dat er in toenemende mate gewaarschuwd wordt tegen 'vermarkting' heeft op de eerste plaats te maken met een verruimd toelatingsbeleid voor commerciële aanbieders en de ruimte die zij krijgen om met het bestaande – ook socialprofit – aanbod in mededinging te treden. Dit gaat gepaard met de afbrokkeling van het beleid om zorgverlening met winstoogmerk gescheiden te houden van zorgverlening zonder winstoogmerk. In het nieuwe Nederlandse gezondheidszorgsysteem bijvoorbeeld is dit tot uiting gekomen in een ruimer toelatingsbeleid voor (commerciële) zorginstellingen en een grotere vrijheid voor de ziekenfondsen en zorgkantoren om zorg te contracteren.⁹

Naast privatisering en de aanwezigheid van initiatieven met winstoogmerk, wordt marktwerking ook nog met enkele andere elementen in verband gebracht die samenhangen met de wijze waarop de markt zorg allocceert. Dat blijkt bijvoorbeeld uit de definitie die Claassen voor het begrip (economische) markt hanteert: "*De markt is het economisch organisatiemechanisme waarbij de vraag van consumenten vervuld wordt door een ruil van private goederen en diensten met aanbieders die elkaar beconcurreren en een winstoogmerk hebben*".¹⁰

Op basis van deze definitie onderscheidt Claassen drie aspecten van marktwerking. Ten eerste is er de vraag van consumenten die op de markt wordt behandeld als een gegeven. De klant komt met een welomschreven vraag die door de aanbieder niet in twijfel wordt getrokken, maar zo goed mogelijk bevredigd wordt. 'Vermarkting' heeft dan

recht komen. "*Die harmonieuze relatie wordt belemmerd doordat één logica, namelijk die van de markt, te dominant is geworden en daarmee de culturele grondslag van de andere drie ontregelt*".

⁶ Zie het proefschrift van P. GRAAT, *Maatschappelijk bestuur. Een derde weg tussen overheid en private sector*, Deventer, Tjeenk Willink, 1998, 495 p. Zie ook het proefschrift van F. VANDENDRIESSCHE, *Publieke en private rechtspersonen: naar een graduele, meerduidige en evolutieve benadering van het onderscheid in de wetgeving en de rechtspraak*, Brugge, die keure, 2004, 531 p.

⁷ Vaak verlopen zulke processen via lokale besturen die verantwoordelijk blijven voor het aanbesteden of inkopen van sociale diensten. Zie onder meer J. LETHBRIDGE, *Care Services in Europe*, Public Services International Research Unit (PSIRU), 2005, www.psiru.org, 3.

⁸ Besluit Vlaamse Regering 9 februari 2007 tot regeling van de investeringswaarborg voor rusthuizen, verstrekt door het VIPA (...), BS 10 april 2007.

⁹ NEDERLANDSE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID EN ZORG, *Winst en gezondheidszorg*, 2002, 124 p.

¹⁰ R. CLAASSEN, *Markt en zorg. Filosofische grensverkenningen*, Paul Cremerslezing 2006, 7.

te maken met een verschuiving van de klemtoon van 'behoefte' en 'nood' naar 'vraag'. De vraag komt met andere woorden los te staan van de inschaling van de noodzaak en heeft in hoofdzaak te maken met koopkracht. Het tweede element is de ruil van private goederen en diensten: het laten spelen van het prijsmechanisme. Het derde element betreft de situatie dat partijen elkaar beconcurreren en daarbij winst mogen maken. Volgens Claassen staat elk van deze drie elementen op gespannen voet met ideeën over wat zorg zou moeten zijn.¹¹

Dat marktwerking zo sterk wordt verbonden met 'commercialisering', of meer algemeen met de belangrijker plaats die forprofit instellingen in de zorgsector zouden (kunnen) innemen, is begrijpelijk, nu net dit aspect vaak het voorwerp van discussie vormt. Toch lijkt het ons dat daarmee ten onrechte de indruk wordt gewekt dat er enkel van marktwerking sprake kan zijn in een klassiek-economische omgeving, met actoren die winst nastreven. Bovendien is 'winst' in de klassieke betekenis zeker niet de enige stimulans voor concurrentie. Ook andere aspecten zijn daar van belang, zoals aanzien, macht of nutsmaximalisatie¹².

Marktwerking, begrepen in de zin die hieronder wordt aangegeven, is een veel breder fenomeen, en bovendien een fenomeen dat ook in een meer publieke of non-profit omgeving kan functioneren.

We komen dan tot de vraag hoe **marktwerking** wel moet worden omschreven, als het niet (louter) om privatisering of commercialisering gaat. In de eerste plaats lijkt het ons aangewezen 'marktwerking' niet te beperken tot een fenomeen of tendens, zijnde de toename van meer of andere (commerciële) actoren in het zorgaanbod of het inbrengen van meer principes van marktwerking.¹³ Die evoluties kunnen beter worden aangeduid met de eerdere termen privatisering en commercialisering, of met de wat neutralere term 'vermarkting'.

Evenmin valt marktwerking louter vanuit Europeesrechtelijk perspectief te omschrijven, als de toepassing van de principes van de 'interne markt'. Dat zal uiteraard, zeker in het juridisch onderzoek, een belangrijk aspect uitmaken, maar marktwerking is breder dan een Europees of een louter juridisch begrip.

Markt(werking) kan allicht best worden omschreven onder verwijzing naar de klassieke **economische theorieën**, waarin de markt de abstracte plaats is waar vragers en aanbieders elkaar ontmoeten.¹⁴ Het marktmechanisme is een coördinatiesysteem waarbij op onzichtbare wijze de productiefactoren worden ingezet voor die producten waarvoor de meeste behoefte bestaat, doordat consumenten en producenten reageren op prijzen die vrij worden bepaald. Marktpartijen (zorgaanbieders en zorgvragers)

¹¹ R. CLAASSEN, *Markt en zorg. Filosofische grensverkenningen*, Paul Cremerslezing 2006, 8.

¹² A. PAULUS, A. VAN Raak en MUR-VEEMAN, "Marktwerking is....?", *Blad Bestuurskunde* 2001, jaargang 10, www.bestuurskunde.nl/publicaties/bestuurskunde.php, 208.

¹³ Zie bv. L. HERMANS, *De invloed van de tendens van vermarkting op de job van de sociaal werker - Een onderzoek in de thuiszorgsector*, scriptie Master in het Sociaal werk K.U.Leuven, Leuven, Faculteit Sociale Wetenschappen, 2006, http://www.thesis.net/sociaal_werker/sociaal_werker_inhoud.htm, 2.1.3.1.

¹⁴ L. BERLAGE, "Waarover en hoe denken economen" in L. BERLAGE en A. DECOSTER (eds.), *Inleiding tot de economie*, Leuven, Universitaire Pers, 2000, (19) 35.

reageren op prijsveranderingen via aanpassingen in hun vraag en aanbod, omdat zij hun individueel nut willen maximaliseren.¹⁵

In aansluiting met deze theorieën, wordt marktwerking in de meeste definities gezien als een **organisatie- of sturingsmechanisme** in de zorg.

Kenmerkend daarvoor is vraagsturing en keuzevrijheid van de cliënt enerzijds¹⁶ en het vrije initiatief van zorgaanbieders (en/of zorgverzekeraars) anderzijds,

Meer nog wordt de nadruk gelegd op de terugtrekkende overheid¹⁷ (althans als 'programmator' van het zorgaanbod¹⁸, maar niet voor de introductie of versterking van concurrentiebevorderende maatregelen¹⁹) en op de creatie van onderhandelingsrelaties tussen 'producenten' en 'consumenten', dus tussen zorgaanbieders en cliënten.²⁰ Die onderhandelingen leiden tot een evenwicht tussen aanbod en vraag, en tot een gewenst niveau van kwaliteit tegen een bepaalde prijs.

Aldus lijken drie fundamentele kenmerken verbonden te zijn aan het begrip markt:²¹

- **keuzevrijheid** (van consumenten en producenten). Daarmee treedt de vrijheid van initiatiefnemers en de vraagsturing van de zorg op de voorgrond. De keerzijde van deze vrijheden is het ontbreken van corrigerende overheidsinterventies;

- **concurrentie**. Dit is deels een vrijheid (nl. vrijheid om te ondernemen), maar tegelijk een verbod van monopolie of concurrentievervalsende afspraken;

- **vrije prijszetting**.

Deze aspecten moeten aanzien worden als specifieke kenmerken van de 'markt' van het zorgaanbod, die weliswaar nooit in hun absolute vorm aanwezig zijn. De markt is aan banden gelegd door corrigerende overheidsingrepen (bv. een vergunningstelsel, prijsbepaling, kwaliteitscontrole), gegrond op de overheidsverantwoordelijkheid om in

¹⁵ S. DERIEUW, "Marktwerking in de gezondheidszorg: vloek of zegen?" in *Welzijnsgids – Welzijnszorg, Beleid*, Mechelen, Kluwer, 2008, losbl., ter perse.

¹⁶ A. PAULUS, A. VAN Raak en MUR-VEEMAN, "Marktwerking is....?", *Blad Bestuurskunde* 2001, jaargang 10, www.bestuurskunde.nl/publicaties/bestuurskunde.php, 208; M. SLOB, *Over keuzevrijheid en kiesplicht. Een verkenning van opvattingen over het keuze-ideaal in de zorg*, Den Haag, Nederlands Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG), 2006, 42 p.; J. ZWAAL, *Marktwerking in de zorg*, afstudeerscriptie, Rotterdam, Erasmus Universiteit, 2006, <https://ep.eur.nl/scripties/bitstream/2105/4376/1/ZwaalJ.pdf>, 10-12.

¹⁷ A. PAULUS, A. VAN Raak en MUR-VEEMAN, "Marktwerking is....?", *Blad Bestuurskunde* 2001, jaargang 10, www.bestuurskunde.nl/publicaties/bestuurskunde.php, 208.

¹⁸ L. HERMANS, *De invloed van de tendens van vermarkting op de job van de sociaal werker - Een onderzoek in de thuiszorgsector*, scriptie Master in het Sociaal werk K.U.Leuven, Leuven, Faculteit Sociale Wetenschappen, 2006, http://www.thesis.net/sociaal_werker/sociaal_werker_inhoud.htm, 2.1.3.1.

¹⁹ In die zin kan verhoogde marktwerking deels gepaard gaan met deregulering, maar veelal tegelijk ook met 'anders-regulering'.

²⁰ P. Paulzegveld, P. Weda en H. van de Rijcke, *Scheiden van wonen en zorg, onuitg.* scriptie strategisch management in de gezondheidszorg, Tilburg, 2002, www.universiteitvantilburg.nl/faculteiten/fsw/departementen/tranzo/leergangen/scripties/Paulzegveld.pdf, 58.

²¹ K. GRIT en A. DE BONT, *Zorgaanbieders en ethische aspecten van marktwerking*, Rotterdam, Instituut voor Beleid en Management van de gezondheidszorg, 2007, http://www.openankh.nl/Sites/Files/0000007494_Zorgaanbieders%20en%20de%20ethische%20aspecten%20van%20marktwerking%20Kor%20Grit.pdf, 8. Zie ook S. DERIEUW, "Marktwerking in de gezondheidszorg: vloek of zegen?" in *Welzijnsgids – Welzijnszorg, Beleid*, Mechelen, Kluwer, 2008, losbl., ter perse.

een sociale rechtsstaat een toegankelijk, adequaat en kwalitatief zorgaanbod tot stand te (laten) brengen en gegrond op de specifieke eigenschappen van de zorgsector.

Er is wel sprake van meer of minder marktwerking, naargelang deze kenmerken meer of minder aanwezig zijn. De wijze waarop deze kenmerken zich manifesteren, kan bovendien anders zijn in de 'zorgmarkt' dan in een reguliere 'economische markt', wegens de specifieke eigenschappen van de welzijns- en gezondheidszorg.²²

De werkdefinitie die we verder zullen hanteren is dan ook: **"Marktwerking is de organisatievorm waarbij het evenwicht tussen vraag en aanbod en de gewenste kwaliteit van het aanbod automatisch tot stand komt door het vrije initiatief van de actoren en door onderlinge concurrentie."**²³

In deze zin begrepen kunnen we stellen dat de Vlaamse welzijns- en gezondheidszorg al een grote mate van marktwerking kent²⁴, die wel nogal sterk kan variëren van sector tot sector. Dat komt bijvoorbeeld tot uiting in het feit dat in de meeste sectoren de cliënt grotendeels vrij de zorgaanbieder kan kiezen (een vrijheid die soms veelal theoretisch is, gelet op de het fenomeen van de wachtlijsten). Ook op het gebied van toetreding tot de markt of prijsbepaling bestaat er, zeker in de ouderenzorg, nog een relatief grote mate van vrijheid voor zorgaanbieders. In verder onderzoek zal meer uitgewerkt worden welke kenmerken van marktwerking onderscheiden kunnen worden, op welke wijze deze specifiek in de zorgsector vertaald kunnen worden, en in welke mate er in de actuele toestand reeds sprake is van een zo begrepen marktwerking.

²² Zie over deze eigenschappen: deel II.A; S. DERIEUW, "Marktwerking in de gezondheidszorg: vloek of zegen?" in *Welzijnsgids – Welzijnszorg, Beleid*, Mechelen, Kluwer, 2008, losbl., ter perse.

²³ Deze definitie is tot stand gekomen in onderling overleg tussen een aantal onderzoekers die, elk op hun terrein en vanuit hun invalshoek, zich bezighouden met marktwerking in de zorg: Sandra DERIEUW (departement O & O, LCM), Kathleen VERRETH (Kenniscentrum WVG) en Maarten JANSSENS en Johan PUT (Steunpunt WVG).

²⁴ Zie ook S. DERIEUW, "Marktwerking in de gezondheidszorg: vloek of zegen?" in *Welzijnsgids – Welzijnszorg, Beleid*, Mechelen, Kluwer, 2008, losbl., ter perse.

2. Effecten van marktwerking

In sterkere mate dan aan de invulling van de begrippen, besteedt de beleidsliteratuur aandacht aan de effecten van marktwerking (in de daaraan door hen gegeven betekenis). De kernvraag voor beleidsmakers is of marktwerking kan leiden tot een meer efficiënte toewijzing van diensten aan zorgbehoevenden, maar ook of deze kan bijdragen aan een meer doelmatige inzet van collectieve middelen. Vragen die daarbij aan bod komen zijn welke elementen van marktwerking een veelbelovende ontwikkeling zijn en welke vermeden moeten worden. Welke elementen staan op gespannen voet met de eigenheid van zorg, het relationele aspect en de inbedding van zorg in het ruimere stelsel van sociale bescherming? Welke solidariteitselementen moeten precies worden gehandhaafd? En welke daarvan worden bedreigd wanneer meer ruimte wordt gelaten aan marktwerking?

Empirisch onderzoek ontbreekt voorsnog om antwoorden op deze vragen te formuleren. In de literatuur komt echter geregeld een afweging van pro's en contra's aan bod die afgeleid kunnen worden uit de ethiek, de bestuurswetenschappen en de economische theorie zelf. In deze paragraaf wordt een overzicht gepresenteerd van mogelijkheden en problemen die in de literatuur worden aangestipt. Vaak worden de effecten van marktwerking daarbij afgemeten aan specifieke of atypische kenmerken van de markt voor sociale diensten. Om hieraan beter tegemoet te komen werd het begrip quasi-markt ontwikkeld. Achtereenvolgens worden hierna deze atypische kenmerken, het begrip quasi-markt en de pro's en contra's van de 'markt voor sociale diensten' overlopen.

2.1. Specificiteit van sociale diensten

Marktwerking in zorg en welzijn wordt om diverse redenen als atypisch bestempeld. Op de eerste plaats wordt het atypische karakter van de markt in verband gebracht met de **aard van de dienstverlening**. Daarbij speelt het argument dat zorg voor het individu erg ingrijpend is, in het bijzonder residentiële zorg. Zorg wordt om die reden van een andere orde beschouwd dan gangbare consumptiegoederen.

Op de tweede plaats is er het maatschappelijk argument dat de zorg voor kwetsbaren in de samenleving ook andere doelstellingen in het algemeen belang nastreeft. Deze redenen worden vaak aangehaald om winst oogmerk te weren en zorg over te laten aan de (overheid of de) socialprofit sector. In een nota van 2005 werkte de Vlaamse Confederatie van Social-Profit Ondernemingen (VCSPPO) een visie uit op de bijzondere kenmerken van het social-profit ondernemerschap.²⁵ Volgens de VCSPPO bestaat de essentie van het social-profit ondernemerschap erin een aantal functies tot één geheel te smeden en met elkaar in evenwicht te brengen. De functies die daarbij onderscheiden worden zijn: (1) het versterken van sociale cohesie en solidariteit (het maatschappijgericht engagement), (2) de verhoging van de persoonlijke levenskwaliteit (het mensgericht engagement), (3) de betrokkenheid van alle stakeholders en (4) het streven naar een innovatieve, effectieve en professionele dienstverlening. Voor de VCSPPO onderscheidt het private én het publieke social-profit ondernemerschap zich precies van

²⁵ VCSPPO, *Ondernemen in de Vlaamse social-profitsectoren. Visienota 2005*, VCSPPO 2005, 25.

het commerciële ondernemerschap door de verzoening van deze vier functies en door de afwezigheid van winstmotieven.

Behalve een specifieke finaliteit van het social profit ondernemerschap, wordt marktwerking in de ouderenzorg ook met enkele **economische manco's** in verband gebracht. De markt kan alleen goed werken als vragers en aanbieders onafhankelijk van elkaar opereren en goed geïnformeerd zijn over de prijs en de kwaliteit van de dienstverlening.²⁶ Net in zorg en welzijn is de informatie sterk ongelijk verdeeld over vragers en aanbieders. Vaak moet de zorgbehoefte worden ingeschaald, een indicatiestelling worden opgesteld, een diagnose worden gesteld, een behandel- of zorgplan worden opgesteld. Hierdoor wordt de vraag uiteraard in belangrijke mate voorgestructureerd. Een zorgbehoefte kan op voorhand nooit volledig geïnformeerd zijn en kan de waarde van die informatie niet goed schatten omdat de informatie zelf deel uitmaakt van de transactie.²⁷ *"Patiënten gaan vaak juist naar de dokter om hun ongedefinieerde vraag nader te laten specificeren. De dokter stelt de diagnose, stelt de therapie vast en bepaalt daarmee grotendeels de vraag naar zorg. Omdat informatie zelf deel uitmaakt van de transactie kan de vrager op voorhand nooit volledig geïnformeerd zijn en kan hij dus ook de waarde van die informatie niet goed inschatten. Gezondheidszorg is dan ook wat economen een ervarings- of reputatiegoed noemen: je weet pas wat de kwaliteit is als je het al hebt gekocht. Voor de beslissing om een bepaalde zorgverlener te consulteren is zijn reputatie daarom vaak belangrijker dan de op voorhand niet waarneembare kwaliteit van de geleverde zorg".*²⁸

2.2. Het begrip 'quasi-markt'

Om tegemoet te komen aan de atypische kenmerken van de markt van zorg en welzijn, heeft Le Grand bij het begin van de jaren negentig het concept quasi-markten ontwikkeld.²⁹ Het gaat om een begrip dat zeer veel navolging heeft gekregen. Le Grand spreekt van een quasi-markt omdat de markt voor sociale dienstverlening op een aantal punten significant verschilt van een conventionele markt. Hij vat die verschilpunten samen als volgt: *"These welfare quasi-markets thus differ from conventional markets in one or more of three ways: not-for-profit organisations competing for public contracts, sometimes in competition with for-profit organisations; consumer purchasing power in the form of vouchers rather than cash; and, in some cases, the consumers represented in the market by agents instead of operating by themselves".*³⁰

Aan de aanbodzijde kan inderdaad een vorm van concurrentie bestaan tussen diverse aanbieders, maar in tegenstelling tot een conventionele markt zijn deze organisaties er niet noodzakelijk op uit om winst te maximaliseren. Private aanbieders genieten bovendien vaak van overheidsfinanciering. Vervolgens kan aan de vraagzijde de koopkracht vaak niet in geld worden uitgedrukt omdat er met een systeem wordt

²⁶ E. SCHUT, *De zorg is toch geen markt? Laveren tussen marktfalen en overheidsfalen in de gezondheidszorg*, Rotterdam, Instituut Beleid en Management Zorg, 2003, www.bmg.eur.nl, 3.

²⁷ E. SCHUT, *De zorg is toch geen markt? Laveren tussen marktfalen en overheidsfalen in de gezondheidszorg*, Rotterdam, Instituut Beleid en Management Zorg, 2003, www.bmg.eur.nl, 4.

²⁸ E. SCHUT, *De zorg is toch geen markt? Laveren tussen marktfalen en overheidsfalen in de gezondheidszorg*, Rotterdam, Instituut Beleid en Management Zorg, 2003, www.bmg.eur.nl, 3-4.

²⁹ J. LE GRAND, "Quasi-Markets and Social Policy", *The Economic Journal* 1991, 101, 1256-1267.

³⁰ J. LE GRAND, *I.c.*, 1260.

gewerkt van persoonsgebonden budgetten of vouchers, of in Vlaanderen meer nog 'zorgpakketten' of -modules, in plaats van cash. De consument spreekt in dat geval niet zijn eigen koopkracht aan, maar krijgt een budget of pakket toegewezen. Ten slotte kan de 'zorgconsument' soms niet rechtstreeks zijn keuze te kennen geven. Dan is het een derde partij die de beslissing neemt: een huisarts, een 'toegangspoort', eventueel een 'casemanager'. In de Vlaamse ouderenzorg is de situatie wel anders, met een loutere aanbodfinanciering en een principiële vrije keuze van rusthuis door de cliënt.

Op de vrije markt wordt toegang tot zorg grotendeels bepaald door de koopkracht, wat in de sfeer van zorg voor ouderen als sociaal onrechtvaardig wordt aanvoeld. Koopkracht houdt niet noodzakelijk verband met reële zorgnoden, waardoor het marktmechanisme niet wenselijk wordt geacht. Quasi-markten echter streven naar een afstemming tussen zorgnoden en zorgconsumptie. Ze doen dat door zorg aan te bieden aan wie daar nood aan heeft na een indicatiestelling (assessment of need).³¹ Een correcte inschaling van zorgbehoefte is in dat perspectief van cruciaal belang, waardoor 'zorgvraag' en 'zorgnood' opnieuw beter op elkaar afgestemd worden en binnen de marges van betaalbaarheid worden gehouden.

Ook in een recent rapport wordt het marktfalen in de context van zorg en welzijn in de verf gezet en wel om de volgende redenen: "*Characteristics of the social care market mean that choice and the market mechanism are far from straightforward ways of allocating resources. Service users may not take part in a voluntary exchange, may not pay for services, may not receive services because they fail to meet eligibility criteria and may find it difficult to change providers when standards or preferences are not met*".³² Belangrijke bijkomende aspecten die hier worden aangestipt, zijn het feit dat niet steeds de vrije wil aanwezig is in het opnemen van zorg en dat individuele keuzes worden beperkt door de publieke regulering van welke zorg wordt georganiseerd en onder welke voorwaarden wie daarop recht heeft.

2.3. Argumenten pro en contra marktwerking

Ondanks de specificiteit van het 'product sociale dienst' en de atypische kenmerken van de 'markt voor sociale diensten' die economen bij voorkeur omschrijven als een 'quasi-markt', zit marktwerking duidelijk in de lift. Tegelijk wordt door anderen met veel bezorgdheid naar een dergelijke organisatievorm gekeken. Hieronder volgt een overzicht van een aantal argumenten die in beide richtingen worden aangehaald. Enige nuancering is evenwel geboden: aangezien de begripsafbakening vaak niet of nauwelijks wordt geëxpliciteerd en er hierover verre van eenduidigheid is (*supra*, II), zijn de argumentaties vaak afhankelijk van de invulling die men geeft aan het begrip marktwerking. Sommige argumenten hebben daarom meer betrekking op 'commercialisering' dan op marktwerking volgens de eerder gegeven definitie.

³¹ J. LE GRAND & W. BARTLETT (eds.), *Quasi-markets and social policy*, Basingstoke, Macmillan, 1993, 32.

³² PERSONAL SOCIAL SERVICES RESEARCH UNIT (PSSRU), *Understanding public services and markets. Report commissioned by the King's Fund for the care services inquiry*, PSSRU Discussion Paper 2111/4, The London School of Economics and Political Science, June 2005, www.pssru.ac.uk, 31.

2.3.1. Overheidsfalen en aanbodtekort

Toegenomen marktwerking wordt voor een stuk toegeschreven aan een zekere onmacht van de overheid om een antwoord te bieden op de uitdagingen die de vergrijzing stelt op het vlak van betaalbare en toegankelijke zorg.³³ Er is dan sprake van overheidsfalen in het aanleveren van passende en adequate zorg. De idee vindt ingang dat de markt een efficiënter en goedkoper alternatief kan zijn voor de toewijzing van zorg. Dit heeft bijvoorbeeld bij de vernieuwing van de Nederlandse ziekteverzekering een rol gespeeld. Wachtlijsten vormen inderdaad in tal van landen een reëel probleem en daarom wordt het wegwerken van wachtlijsten steeds vaker gekoppeld aan het versterken van marktmechanismen. Wachtlijsten vormen echter een veelzijdig gegeven. Zo bestaan er wachtlijsten op het niveau van de individuele gebruiker wat de toegang tot voorzieningen betreft, maar ook bijvoorbeeld wachtlijsten voor initiatiefnemers wat de toekenning van infrastructuursubsidies betreft.

2.3.2. Flexibilisering

Naast het wegwerken van wachtlijsten, wordt marktwerking ook gezien als één van de technieken om het zorgcontinuüm tussen residentiële zorg en thuiszorg te vervolmaken. Marktwerking wordt ook in verband gebracht met een tekort aan flexibiliteit vanwege de overheid, met het te sterk doordrijven van bureaucratische processen. Als gevolg hiervan kan de toewijzing van zorg voorbijschieten aan individuele noden van zorgbehoevenden door hen al te zeer toe te leiden naar een aanbodgestuurd pakket van diensten. Hierdoor zou dan andermaal ruimte worden gecreëerd voor de markt om in te werken op noden die te weinig door het door de overheid gereguleerde aanbod worden onderkend. "*The perceived failure of traditional administrative hierarchies to deliver services sufficiently responsive to individual needs and preferences was seen to demand new organizational approaches.*"³⁴

2.3.3. Keuzevrijheid en zelfbeschikkingsrecht

Marktwerking sluit nauw aan bij een meer vraaggestuurde en cliëntgerichte organisatie van het zorgaanbod. Dit speelt in op de toegenomen vraag naar meer keuzevrijheid. De markt behandelt de vraag als een gegeven waar zo goed mogelijk moet op ingespeeld worden (zie hoger). Voor zover een persoon financieel kan instaan voor die vraag, wordt dus geen enkele afweging of inschaling gemaakt van zorgbehoefendheid.

Keuzevrijheid is echter ook een normatief geladen begrip. Naast het motief van marktwerking, worden morele overwegingen beklemtoond. Het wordt als moreel juist aanzien wanneer burgers meer te zeggen krijgen over het type verzorging dat zij krijgen. Zelfbepaling is hier de centrale waarde, die juridisch wordt vertaald in het zelfbeschikkingsrecht.³⁵

³³ E. Schut, *De zorg is toch geen markt? Laveren tussen marktfalen en overheidsfalen in de gezondheidszorg*, Rotterdam, Instituut Beleid en Management Zorg, 2003, www.bmg.eur.nl.

³⁴ G. WISTOW & M. KNAPP E.A., *Social Care Markets. Progress and Prospects*, Buckingham, Open University Press, 1996, 5.

³⁵ M. SLOB, *Over keuzevrijheid en kiesplicht. Een verkenning van opvattingen over het keuze-ideaal in de zorg*, Den Haag, Nederlands Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG), 2006, 7.

Keuzevrijheid houdt ook verband met zogenaamde naadloze zorg of zorg op maat.³⁶ Het opdringen van een all-in diensten- en verzorgingspakket wordt vanuit dat perspectief van de hand gewezen; een facultatieve en selectieve dienstverlening zou kostenbesparend kunnen werken. *"Het doet afbreuk aan het zelfbeschikkingsrecht van de zelfstandig wonende oudere en het maakt hem afhankelijk van zorg. Bovendien werkt een geïntegreerd – niet facultatief – dienst- en hulpverleningspakket kostenverhogend: de ouderen betalen voor diensten en zorgen die ze in feite (nog) niet nodig hebben"*.³⁷ In dit verband kan worden verwezen naar de nieuwe regelgeving op het vlak van de rusthuisfactuur, die enerzijds meer solidariteit nastreeft (bv. door het opnemen van incontinentiemateriaal in de basisfactuur), maar anderzijds een grotere transparantie op het vlak van de kosten van het dienstenpakket dat aan de oudere persoon wordt aangeboden.³⁸ Een transparante factuur leidt niet noodzakelijk tot meer keuzevrijheid, maar transparantie en informatie is wel een noodzakelijke voorwaarde voor de werkelijke uitoefening van keuzemogelijkheden.

2.3.4. Ethische bezwaren t.g.v. de relationele en maatschappelijke waarde van zorg

Er spelen ethische bezwaren tegen marktwerking in zoverre zij zorg zou reduceren tot een verhandelbaar product op een dienstenmarkt. Het vermarkten van zorgdiensten impliceert dat er financiële waarde aan wordt gehecht en dat ze aan het prijsmechanisme worden onderworpen. Meetbaarheid wordt een belangrijk principe. Aangezien de prijs makkelijker meetbaar is dan de kwaliteit van de geboden zorg, bestaat het risico dat concurrentie veeleer op prijs zal verlopen en ten koste zal gaan van de kwaliteit.

Bovendien bestaat de vrees dat zorg in de context van marktwerking volledig los komt te staan van de persoonlijke relaties waar zij vaak is ingebed. Zorg speelt zich primair af in een context van familiale banden en in de lokale buurt waarin complexe sociale relaties van wederkerigheid en loyaliteit spelen. Zorg is in die opvatting geen product dat wordt verhandeld, maar een proces waarin sociale verantwoordelijkheden worden opgenomen en dat daardoor een ruimere maatschappelijke draagwijdte krijgt. Beslissingen over waar en wanneer zorg te verlenen staan in dat geval ver af van een economische rationaliteit. Het eenzijdig benadrukken van onafhankelijkheid, autonomie en eigen verantwoordelijkheid kan ten koste gaan van andere, meer relationele aspecten van zorgzaamheid en solidariteit. Velen voelen aan dat een kritische grens wordt overschreden als persoonlijke relaties tot voorwerp van markttransacties worden.³⁹ Een voorbeeld hiervan is dat in het kader van persoonsgebonden budgetten familieleden contractanten worden die met elkaar een prijs voor ondersteuning overeenkomen.

³⁶ Zie bijvoorbeeld de omschrijving van de doelstellingen van serviceflats in de Omzendbrief SFG/1/96 van 10 september 1996, www.wvc.vlaanderen.be/juriwel/ouderenzorg/omzend.

³⁷ Omzendbrief betreffende de toelichting bij de werking van de serviceflatgebouwen en de woningcomplexen met dienstverlening, SFG/1/96 van 10 september 1996, www.juriwel.be.

³⁸ Zie het Besluit van de Vlaamse Regering van 9 februari 2007 tot wijziging van het besluit van de Vlaamse Regering van 17 juli 1985 tot vaststelling van de normen waaraan een serviceflatgebouw, een woningcomplex met dienstverlening of een rusthuis moet voldoen om voor erkenning in aanmerking te komen, B.S. 30 maart 2007. Zie ook het Ministerieel besluit van 14 februari 2007 tot bepaling van de samenstelling van de dagprijs, de extra vergoedingen en de voorschotten ten gunste van derden aangerekend in de rusthuizen, B.S. 26 maart 2007. De besluiten zijn op 1 juli 2007 in werking getreden.

³⁹ R. CLAASSEN, *Markt en zorg. Filosofische grensverkenningen*, Paul Cremerslezing 2006, 9.

Claassen wijst er in dat verband echter op dat professionele zorg zonder meer gekenmerkt wordt door een zekere 'productstructuur'. Deze structuur ontbreekt enkel voor zorg die zich afspeelt buiten officiële en gefinancierde kaders. *"Toch moeten we dergelijke professionele zorg volgens mij niet afschrijven: ook al bestaat er een spanning tussen de ideale zorgrelatie en productmatige eisen, ook in het kader van de overheid en de markt kan goede zorg tot stand komen"*.⁴⁰ Wanneer de zorgcapaciteit ontoereikend wordt stoot informele zorg vooral in de context van ouderenzorg op een bepaald ogenblik onvermijdelijk tegen een limiet aan. In dat geval wordt institutionele zorg onvermijdelijk. *"De grenzen van de zorg door het informele circuit duiden erop dat er altijd behoefte zal zijn aan zorg door professionele instellingen (hetzij overheidsinstellingen hetzij marktorganisaties) voor dat wat het informele circuit niet kan, omdat haar mogelijkheden overschat worden of omdat zij overbelast is. En dan is de vraag onontkoombaar of de achter het natuurlijk netwerk liggende professionele 'support' beter als marktpartij of als overheidsinstelling kan functioneren"*.⁴¹

2.3.5. Terugtrekkende overheid, (des)integratie en (in)transparantie van het aanbod

De vrees bestaat dat bij toenemende marktwerking de overheid haar takenpakket reduceert en zelfs substantiële verantwoordelijkheid overdraagt aan de markt. *"In plaats van een investering in de 'goede samenleving', wordt de zorg van overheidswege steeds meer bekeken als een kostenpost, en dan vooral een te privatiseren kostenpost"*.⁴² Dat kan vervolgens leiden tot ondoorzichtigheid, desintegratie en versnippering van het aanbod. Het spreekt voor zich dat overheidssturing niet steeds garant staat voor een geïntegreerd en transparant aanbod, maar het wegnemen of reduceren van de mogelijkheid van overheidssturing ontnemt wel een aantal mogelijkheden om die integratie en transparantie te bevorderen.

De creatie van een zorgcontinuüm en de uitbreiding van het aanbod kan leiden tot een onoverzichtelijk geheel van diensten waardoor de drempel om toegang te krijgen tot bepaalde diensten opnieuw gevoelig verhoogt. *"In the absence of regulation and associated standards, potential residents and their families have great difficulty in comparing the wide variety of services, treatments, structures, and contractual arrangements that exist in different settings."*⁴³ In dit verband is duidelijk een rol weggelegd voor bijkomende regulering, onder meer door het opleggen van minimale kwaliteitsstandaarden of door het versterken van de rol van lokale actoren of een ander type van 'marktregulator'.

Hieraan moet nog worden toegevoegd dat, met name in de ouderenzorg, er nog sprake is van een tekort aan integratie van de markten voor gezondheids- en sociale diensten. Vooralsnog gaat het in de meeste West-Europese landen om erg gescheiden markten, die elk volgens een eigen logica op het vlak van wetgeving en financiering worden beheerst. Daarnaast wordt nog de markt van sociale huisvesting onderscheiden, die echter ook in toenemende mate in de ouderenzorg zal moeten worden aangesproken.

⁴⁰ R. CLAASSEN, *Markt en zorg. Filosofische grensverkenningen*, Paul Cremerslezing 2006, 13.

⁴¹ R. CLAASSEN, *Markt en zorg. Filosofische grensverkenningen*, Paul Cremerslezing 2006, 14.

⁴² T. KNIJN, *Het prijzen van de zorg. Sociaal beleid op het snijvlak van privé en publiek*, Universiteit Utrecht, Faculteit Sociale Wetenschappen, 2004, 25.

⁴³ I. DORON & E. LIGHTMAN, "Assisted-living for older people in Israel: market control or government regulation?", *Ageing & Society* 2003, 783.

2.3.6. Schaalvergroting

De markt voor sociale diensten is specifiek omwille van de aanwezigheid van tal van kleinschalige initiatieven en aanbieders. Daarnaast zijn steeds vaker grote (multinationale) spelers op de markt aanwezig (bv. Capio) die zich vooral richten op het kapitaalcrachtige segment van de ouderenpopulatie. De markt is dus eerder gefragmenteerd, hoewel consolidatie vooral dan op (inter)nationaal niveau plaatsvindt.⁴⁴

Marktwerking wordt in verband gebracht met het steeds grootschaliger worden van zorgvoorzieningen. Denken we hierbij bijvoorbeeld aan de overname of de fusie van bestaande woon- en zorgcentra, waardoor één onderneming het volledige gamma van serviceflats tot residentiële zorg gaat aanbieden. Sommigen wijzen op het gevaar voor feitelijke monopolieposities van zorgaanbieders in een bepaalde regio. Het uitoefenen van keuzes wordt moeilijk wanneer een welbepaald type van zorg in handen komt van één of een beperkt aantal grootschalige aanbieders. In dat geval treedt opnieuw een inperking van keuzemogelijkheden op.

Anderen vrezen dat schaalvergroting ten koste zal gaan van een op de persoon georiënteerde en kwaliteitsvolle zorg. De ongelijke toegang tot informatie lijkt in dat geval enkel groter te worden. Bovendien kunnen inspraakrechten verkleinen. *"The information gaps between a frail and vulnerable resident and a large, multinational service-providing corporation can be significant, and the ability of private entrepreneurs to mould and shape the contract in a way that will disguise its full meaning and substance may demand specific legal regulation"*.⁴⁵

2.3.7. 'Cream skimming' en ongelijke toegang tot zorg

Naar onze mening is (toegangs)selectie het meest fundamentele probleem van de toegenomen marktwerking in de ouderenzorg. Met bepaalde types van marktwerking dreigt ongelijkheid te ontstaan tussen (publieke of nonprofit) opvang voor uiterst zwaar hulpbehoevende ouderen enerzijds en het nog lucratieve segment van ouderen waar de (forprofit) private markt zich op richt. Op de vrije markt wordt toegang tot zorg grotendeels bepaald door de koopkracht, wat in de sfeer van zorg voor ouderen als sociaal onrechtvaardig wordt aangevoeld. Tengevolge hiervan dreigt publieke opvang zodoende het laatste vangnet te worden voor zware zorgbehoevenden en voor iedereen die onvoldoende middelen heeft om op een andere aanbieder een beroep te doen.

Deze problematiek wordt aangeduid met de term 'cream skimming'. *"Cream-skimming is discrimination by either purchasers or providers against the more expensive users: the chronically ill patient, the incontinent, confused, elderly person, the disruptive child from a deprived background. If purchasers can choose from whom they will purchase, and providers can choose for whom they will provide, that is, if they can skim off the cream, then welfare services may not reach those who need them most and equity will not be achieved"*.⁴⁶ Dit probleem houdt verband met de risico-selectie ('adverse selection') die

⁴⁴ Voor een overzicht van grote zorgondernemingen in diverse Europese landen zie: J. LETHBRIDGE, *Care Services in Europe*, Public Services International Research Unit (PSIRU), 20 February 2005, www.psiru.org.

⁴⁵ I. DORON en E. LIGHTMAN, *l.c.*, 783.

⁴⁶ PH. HAYNES, *Complex policy planning. The Government strategic management of the social care market*, Aldershot, Ashgate, 1999, 150. Zie ook J. LE GRAND & W. BARTLETT (eds.), *Quasi-markets and social policy*, Basingstoke, Macmillan, 1993, 214-218.

commerciële spelers doorvoeren, waarbij de duurdere risico's worden ontmoedigd om zich bij die aanbieder aan te sluiten. Dergelijke selectiemechanismen kunnen overigens ook ongewild, onrechtstreeks of sluipend werken, bijvoorbeeld door een voorziening op een bepaalde plaats in te planten (de 'betere' wijken) of door de werving van het cliënteel en de werking van de voorziening vooral op bepaalde bevolkingslagen te oriënteren, of bevolkingscategorieën impliciet uit te sluiten.

Een gevaar dat in dit verband wordt gesignaleerd, is de polarisering van hoge en lage niveaus van sociale bescherming, van uiterst luxueuze zorg en een minimale dienstverlening voor hen die zich geen private zorg kunnen veroorloven. Op die manier dreigt ook een concentratie van de zwaarste risico's in welbepaalde voorzieningen te ontstaan en het bestendigen van uiterst kwetsbare groepen binnen de groep ouderen die zich hoe dan ook in een sterke afhankelijkheidsrelatie bevindt (onder meer allochtonen, oudere personen met een handicap, dementerenden, etc.). Hoewel de ouderenzorg voor een stuk kan overgelaten worden aan de private markt, is een niet onbelangrijk deel ervan aangewezen op het systeem van sociale bescherming. *"Whatever the cause, clearly the market is failing to ensure that the needs of these groups are met and that services are responsive to the diversity of service users in terms of race and culture"*.⁴⁷

2.3.8. Werkomstandigheden van zorgprofessionals

Een vaak veronachtzaamd probleem is de impact van marktwerking op de arbeidsorganisatie en werkdruk die weegt op zorgprofessionals.⁴⁸

Ten eerste is er het probleem van de toename van de werkdruk. Prijsdruk kan ertoe leiden dat zorgprofessionals sneller en goedkoper zullen moeten werken, met andere woorden dat er financiële eisen van bovenaf komen die het overleven van de organisatie tot doel hebben. Claassen vermeldt daarbij als kernprobleem de vraag of concurrentie in de zorgmarkt op prijs of op kwaliteit zal worden gevoerd (zie ook hoger).⁴⁹ Marktwerking en beroepsethiek van zorgprofessionals kunnen op gespannen voet met elkaar komen te staan. Ook de omgang van zorgprofessionals met mondiger zorgconsumenten kan leiden tot een verhoging van de werkdruk.

Ten tweede stellen zich problemen op het niveau van de arbeidsmarkt zelf. Meer keuzevrijheid en zorg op maat veronderstelt de vlotte inzetbaarheid van zorgprofessionals. Op dat punt heerst echter een grote schaarste aan arbeidskrachten wat het snel inspelen op de vraag uiteraard bemoeilijkt.⁵⁰ Vanuit dat perspectief wordt steeds sterker uitgekeken naar de mogelijkheden van arbeidsmigratie van binnen (en buiten) de Europese Unie.

In bepaalde landen heeft de mogelijkheid van 'cash for care' (persoonsgebonden budgetten, zorgvouchers, etc.) bovendien geleid tot een expansie van niet-reguliere,

⁴⁷ PERSONAL SOCIAL SERVICES RESEARCH UNIT (PSSRU), *Understanding public services and markets. Report commissioned by the King's Fund for the care services inquiry*, PSSRU Discussion Paper 2111/4, The London School of Economics and Political Science, June 2005, www.pssru.ac.uk, 34-35.

⁴⁸ M. VAN DER MEER (red.), *Marktwerking en arbeidsvoorwaarden. De casus van het openbaar vervoer, de energiebedrijven en de thuiszorg*, Amsterdam Institute for Advanced Labour Studies, Universiteit van Amsterdam, april 2007, 220 p.

⁴⁹ R. CLAASSEN, *Markt en zorg. Filosofische grensverkenningen*, Paul Cremerlezing 2006, 27.

⁵⁰ Zie bijvoorbeeld M. BREITSCHDEL, *Abgezockt und totgepflegt. Alltag in Deutschen Pflegeheimen*, Berlin, Econ, 2006, 240 p.

laaggeschoolde arbeid en zwartwerk. In andere landen, Duitsland bijvoorbeeld, werd een nieuwe professionele categorie van zorgprofessionals in het leven geroepen naar aanleiding van de introductie van de zorgverzekering. Dat leidde er wel tot een toegenomen registratie van zorgprofessionals.

2.4. Problemen in verband met zorgconsumptie, diversiteit en keuzevrijheid

Hierboven werd reeds 'keuzevrijheid' aangegeven als een vaak terugkerend argument om meer marktwerking in de zorg te introduceren. Dat element verdient een verdere uitwerking, omdat keuzevrijheid in de welzijns- en gezondheidszorg geen evidentie is.

2.4.1. Economische aspecten

Een verhoogde keuzevrijheid en marktwerking worden vaak als keerzijden van dezelfde medaille beschouwd. *"De kiezende (potentiële) patiënt past bij een gangbaar geworden perceptie van de zorgsector als een markt zoals iedere andere. Een markt dus die gestuurd zou moeten worden via de preferenties en keuzes van de consumenten. Een veelgehoord bezwaar tegen deze opvatting is dat de zorg op dit moment nog niet volgens deze logica werkt. Voor een goede marktwerking moeten consumenten erachter kunnen komen wat 'de beste koop' is. De gezondheidsmarkt is nog niet overzichtelijk genoeg. Willen burgers goede keuzes kunnen maken, dan zou de markt transparanter moeten zijn".*⁵¹

Marktwerking gaat dus sterk uit van de beschikbaarheid van optimaal geïnformeerde 'zorgconsumenten' die rationele keuzes maken. Keuzevrijheid veronderstelt dat de markt optimaal en vooral transparant werkt en veronderstelt ook de 'empowerment' van ouderen tot consument. Van zodra er een sterke informatie-asymmetrie aanwezig is, leidt de veronderstelde keuzevrijheid niet tot de gewenste resultaten. De vraaggestuurde organisatie van de zorg kan dan leiden tot toenemende ondoorzichtigheid, fragmentering en sociale ongelijkheid.

Wat vast staat is dat keuzevrijheid in sterke mate de nood doet toenemen aan adequate informatie en de noodzaak voor lokale besturen om rekening te houden met een diversiteit aan noden, attitudes en niveaus van 'empowerment'.⁵² Er is nood aan een instantie die een overzicht houdt van welke aanbieder, welk type van zorg aanbiedt, van de kwaliteit van de geleverde zorg, etc. *"The key elements required for consumer power are diversity and availability of provision, information about options, empowerment and control".*⁵³ Regulering wordt vanuit dat perspectief soms aangesproken als tegengewicht en moet dan garant staan voor een niveau van standaardisering.

Keuzes maken kan in een quasi-markt waarin het overheidsaanbod belangrijk blijft, ook iets erg relatief worden. Hoeveel ruimte voor keuzes is er wanneer personen in een

⁵¹ M. SLOB, *Over keuzevrijheid en kiesplicht. Een verkenning van opvattingen over het keuze-ideaal in de zorg*, Den Haag, Nederlands Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG), 2006, 42 p.

⁵² PERSONAL SOCIAL SERVICES RESEARCH UNIT (PSSRU), *Understanding public services and markets. Report commissioned by the King's Fund for the care services inquiry*, PSSRU Discussion Paper 2111/4, The London School of Economics and Political Science, June 2005, www.pssru.ac.uk, 32.

⁵³ PERSONAL SOCIAL SERVICES RESEARCH UNIT (PSSRU), *Understanding public services and markets. Report commissioned by the King's Fund for the care services inquiry*, PSSRU Discussion Paper 2111/4, The London School of Economics and Political Science, June 2005, www.pssru.ac.uk, 34.

voucher-systeem botsen op de grenzen van zorgplanning en programmatie, of nog, met het bestaan van wachtlijsten? De kritische vraag moet dan aan bod komen of marktwerking ook effectief tot meer keuzevrijheid leidt. Bepaalde zorg is overigens zo specifiek dat er marktniches ontstaan.

In een context van schaarse publieke financiering zal het zorgaanbod dat toegankelijk is voor de meest kwetsbaren steeds beperkt blijven. De vraag is dan of marktwerking niet eerder voor een beperkte groep van meer kapitaalkrachtige zorgvragers de keuzevrijheid zal verhogen, en niet voor de hele groep van zorgvragers.

2.4.2. Sociale aspecten

Het centraal stellen van keuzevrijheid als leidend principe gaat bovendien in sterke mate voorbij aan de afhankelijkheidsrelatie waarin zorgbehoevende ouderen zich doorgaans bevinden, aan het feit dat voor hen vaak beslissingen worden genomen en aan hun geringe mobiliteit. Een persoon kan in die mate zorgafhankelijk zijn dat van het uiten van een vrije persoonlijke keuze nauwelijks sprake kan zijn. Hij zou overigens bij voorkeur helemaal niet voor zorg willen kiezen. *"Zorg is niet iets wat je zou kunnen kiezen of willen (en dus ook misschien wel niet zou kunnen kiezen en willen) maar is iets wat je nodig hebt".*⁵⁴

De vrijwilligheid die het begrip keuzevrijheid oproept, komt daardoor in een problematisch daglicht te staan. Bovendien stelt zich de vraag over welke keuzemarge personen beschikken die vertegenwoordiging nodig hebben. Ten slotte gaat deze opvatting voorbij aan de bijzondere noden van kansarme ouderen.

Zorgbehoevende ouderen bevinden zich dus soms veraf van het beeld van de goed geïnformeerde, rationeel beslissende consument die de capaciteit en de mogelijkheden heeft om alle opties met elkaar af te wegen.

2.4.3. Keuzedwang

De recente ontwikkelingen in het gezondheidszorgstelsel in Nederland, wijzen ook andere problemen van keuzevrijheid aan. De keuzemarges blijken immers steeds groter te worden. Burgers kunnen kiezen voor bepaalde aanvullende verzekeringen, voor of tegen een bepaalde behandeling, voor of tegen thuiszorg, voor of tegen opname in een woon- en zorgcentrum, voor een publieke of een private zorgverzekeraar die diverse zorgpakketten in aanbieding heeft... Keuzevrijheid en keuzedwang kunnen dus soms hand in hand gaan.

Burgers worden daarbij ook steeds vaker gedwongen een (moeilijke) keuze te maken. Ze moeten deze keuze ook vaak 'vooraf' maken, dit is op het ogenblik dat zij nog geen nood hebben aan zorg en ondersteuning. De belangrijkste conclusie bij Slob is echter dat het keuze-ideaal fundamenteel anders kan uitpakken voor vier te onderscheiden groepen van burgers en dat de visie op keuzevrijheid binnen elk van deze vier groepen sterk kan verschillen. Er wordt een onderverdeling gemaakt tussen personen die nog geen patiënt

⁵⁴ I. PALM (red.), *De zorg is geen markt. Een kritische analyse van de marktwerking in de zorg vanuit verschillende perspectieven*, Rotterdam, SP Wetenschappelijk bureau, 2005, 44.

zijn, zij die acute hulp nodig hebben, zij die op selectieve zorg zijn aangewezen en de chronisch zieken.⁵⁵

2.4.4. Ongelijkheid en aantasting van de onderlinge solidariteit

De vraag is in hoeverre het wenselijk is dat de markt gestuurd wordt via het mechanisme van individuele preferenties en door een zorgconsument die almaar meer behandeling, begeleiding en verzorging eist. Het uitoefenen van keuzevrijheid door de ene persoon kan immers ten koste gaan van de mogelijkheden voor een andere persoon. Aldus kan keuzevrijheid ongelijkheid versterken wanneer de 'take-up' van keuzemogelijkheden sterk verschilt. Het probleem dat zich hier stelt vormt als het ware het spiegelbeeld van de risicoselectie door zorgaanbieders en –verzekeraars die eerder werd besproken.

Marktwerking kan aanleiding geven tot overconsumptie door bepaalde bevolkingscategorieën die de nodige kennis en assertiviteit hebben om zich op de markt te bewegen ten nadele van andere categorieën die door de bomen het bos niet meer zien.⁵⁶ Het resultaat hiervan is sociale stratificatie binnen de ouderenzorg. Welk antwoord kan daarop worden geformuleerd? Een mogelijke oplossing die wordt gesuggereerd, ligt erin dat de overheid het niveau van behoeften bepaalt en eventuele daarboven uitstijgende behoeften van individuen laat uitbesteden aan private aanbieders.

Ook een financieel argument speelt. Meer en meer voorzieningen worden immers enkel bereikbaar voor wie er zelf voor kan betalen, eventueel via een aanvullende verzekering. Ongelijkheid bestaat er dan in dat dezelfde noodzakelijke zorg voor sommigen wel en voor anderen niet langer financieel haalbaar is. In een verzekeringsstelsel wordt dan onder meer soelaas gezocht in een acceptatieplicht voor verzekeraars. In ouderenzorg ligt het opleggen van een opname- en/of hulpverleningsplicht echter moeilijker. Gelet op principes als de vrijheid van handel en vereniging zijn nogal wat voorzieningen de mening toegedaan dat zij meester zijn over (het profiel van) hun zorgaanbod en intakebeleid. Verder onderzoek moet een nauwkeuriger analyse toelaten van de precieze betekenis van deze principes en de beperkingen die zij zouden inhouden voor de overheid om op deze terreinen toch verplichtingen op te leggen.

⁵⁵ M. SLOB, *Over keuzevrijheid en kiesplicht. Een verkenning van opvattingen over het keuze-ideaal in de zorg*, Den Haag, Nederlands Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG), 2006, 9.

⁵⁶ W.J. DE GOOIJER, "Europese tweedeling in de zorg", in I. PALM (red.), *De zorg is geen markt. Een kritische analyse van de marktwerking in de zorg vanuit verschillende perspectieven*, Rotterdam, SP Wetenschappelijk bureau, 2005, 15-16.

3. Conclusies

De bedoeling van deze nota was in eerste instantie een begrippenkader over marktwerking en de daaraan verbonden effecten aan te reiken voor het beleid waarmee op een genuanceerde manier nagedacht kan worden over marktwerking. Er wordt gezocht naar mogelijkheden om de tegenstelling tussen markt en staat te overstijgen en te focussen op die elementen van marktwerking en overheidssturing die vanuit socialebeleidsoverwegingen als wenselijk worden beschouwd. "*Marktwerking is geen synoniem van efficiëntie net zomin als non-profit en/of overheid kan gelijkgesteld worden met solidariteit*".⁵⁷ Verder onderzoek moet uitwijzen welke marktelementen al dan niet wenselijk zijn, welke elementen van overheidsoptreden al dan niet onontbeerlijk zijn en welke afwegingen daarbij gemaakt moeten worden. Deze werknota streeft geen exhaustieve analyse na. Het gaat om een terreinverkenning die moet toelaten de juiste onderzoeksvragen te stellen die het vervolg van het onderzoek kunnen sturen.

Uit wat voorafging blijkt dat er potentieel een aantal ernstige bedreigingen van een versterkte marktwerking in welzijns- en gezondheidszorg uitgaan. Deze hebben in hoofdzaak te maken met 'adverse selection' door zorgaanbieders, een toenemende ongelijkheid en intransparantie en een gebrek aan integratie van het zorgaanbod. Ouderenzorg komt daarbij steeds meer buiten de contouren van het systeem van sociale bescherming te vallen.

De literatuur schuift een hele reeks argumenten naar voren, maar deze hangen samen met de definitie die daarbij aan 'marktwerking' wordt gegeven, en met de visie op mens en maatschappij die men voorstaat. Vaak zijn deze argumenten te nuanceren of zelfs te weerleggen als begrippen een andere invulling wordt gegeven, bijvoorbeeld als marktwerking niet meteen wordt gelijkgeschakeld met commercialisering en winststreven.

Het komt er in het toekomstige onderzoek op aan, eerder dan vanuit 'containerbegrippen' te redeneren, vooral in te zoomen op bepaalde aspecten of onderdelen van marktwerking (of van elementen die daarmee in verband worden gebracht). Voorbeelden daarvan zijn: vestigingsvrijheid, winstoogmerk en nutsmaximalisatie, concurrentie, aanbodsturing, prijsbepaling, keuzevrijheid, informatiekloof, participatie, kwaliteitsbewaking. Dan kan worden nagegaan of en op welke manier deze elementen reeds bestaan, hoe ze moeten worden geëvalueerd en hoe ze, in voorkomend geval, kunnen worden verfijnd, aangepast of geïntroduceerd. Daarmee zal het onderzoek overstappen van 'begrippen' naar 'instrumenten', om te bekijken op welke manier 'slimme' vormen van marktwerking een plaats hebben en/of kunnen krijgen.

De literatuur leert ons dat quasi-markten essentieel regulering noodzakelijk maken bij het op elkaar afstemmen van aanbod en noden, waarbij in de mate van het mogelijke (op sociaal rechtvaardige wijze) rekening wordt gehouden met individuele preferenties. Marktwerking in de zorg wordt wezenlijk in verband gebracht met een nieuw sturingsconcept: de manier waarop de overheid haar beleid voert, moet evenzeer vernieuwd worden als de zorgorganisatie en het zorgaanbod zelf. De kernvraag is dus

⁵⁷ X., "LCM opent samen met Wit-Gele Kruis het debat over de 'vermarkting van de zorg'", CM-informatie 227, april 2007, 22-23.

wat dat sturingsconcept inhoudt, welke modaliteiten ervan bestaan en of het adequaat is in het garanderen van kwaliteitsvolle en toegankelijke zorg. Vooral op dit punt is bijkomend onderzoek naar internationale ervaringen en voorbeelden noodzakelijk. Er worden hiertoe heel diverse concepten en methoden aangesproken. Er is bijvoorbeeld geen eenduidige keuze voor de instantie die of het beleidsniveau dat als 'marktregulator' zal optreden.⁵⁸ Bovendien moet rekening worden gehouden met het feit dat beleidsoverwegingen beïnvloed worden door ontwikkelingen op Europees niveau.

⁵⁸ Vergelijk bv. de centrale rol van de zorgverzekeraars in het nieuwe gezondheidszorgstelsel in Nederland, waardoor de nadruk komt te liggen op informatierechten voor de patiënt (RAAD VOOR VOLKSGEZONDHEID EN ZORG (RVZ), *De patiënt beter aan zet met een Zorgconsumentenwet?*, 2006, 146 p.) met de sturing die lokale overheden in het Verenigd Koninkrijk uitoefenen over omvang en kwaliteit van het aanbod via aanbesteding (*commissioning*) en inkoop van sociale diensten, zoals geregeld in de *National Health Service and Community Care Act 1990* (PERSONAL SOCIAL SERVICES RESEARCH UNIT (PSSRU), *Understanding public services and markets. Report commissioned by the King's Fund for the care services inquiry*, PSSRU Discussion Paper 2111/4, The London School of Economics and Political Science, June 2005, www.pssru.ac.uk, 2. Zie ook J. LE GRAND & W. BARTLETT (eds.), *Quasi-markets and social policy*, Basingstoke, Macmillan, 1993, 241 p.)

4. Vragen voor verder onderzoek

Het vervolg van het onderzoek bestaat uit twee luiken die nauw met elkaar verwant zijn: enerzijds een normatief luik, anderzijds een juridisch luik.

In het **normatieve luik** gaan we uit van een bepaalde visie op zorg en gaan we na welke voor- en nadelen marktwerking hiervoor meebrengt. Hierbij worden drie invalshoeken gehanteerd: die van de maatschappij en het beleid, die van de welzijnscliënt en die van de dienstverrichter. Nu al blijkt dat het recht in deze problematiek op een drietal vlakken voor grote uitdagingen geplaagd wordt.

Op de **eerste** plaats speelt in het kader van marktwerking het risico van ongelijke toegang tot zorg en het gevaar voor een tweesporenbeleid. De grootste uitdaging situeert zich op het vlak van het garanderen van gelijke toegang tot zorg en ondersteuning aan ouderen en het bewaken van universalisme in zorg- en dienstverlening. De vraag waar het recht zich dan voor gesteld ziet is: via welke mechanismen kan de toegankelijkheid (inclusief de regionale spreiding en de financiële drempels) en de kwaliteit van het aanbod worden bewaakt?

In dat verband zal het recht ertoe moeten bijdragen te voorkomen dat er een kloof ontstaat of groeit tussen de goed geïnformeerde assertieve zorgconsument die actief zorg kan inkopen en sociaal zwakkeren die bij het uitoefenen van dergelijke rechten de grootste problemen ondervinden. Het recht kan hiertoe in hoofdzaak streven naar een betere rechtsbescherming van oudere personen vanaf het ogenblik dat zij een zorgvraag formuleren. Een verhoogde marktwerking gaat in verschillende rechtsstelsels dan ook gepaard met re-regulering. Aan de overheid wordt de steeds meer uitgebreide taak toegeschreven om het handelen van private individuen en organisaties te oriënteren en te zorgen voor een minimum-welzijnsniveau van de burgers.⁵⁹ Zo is er onder meer een groeiende aandacht voor de rol van de overheid op het vlak van de sociale grondrechten met het oog op de versterking van de rechtspositie van personen die afhankelijk zijn van zorg en ondersteuning. In dat verband verdienen in het bijzonder de noodzaak en modaliteiten van een recht op hulp- en dienstverlening verder onderzoek. De vraag stelt zich dan of een dergelijk recht kan worden afgeleid uit bestaande sociale grondrechten of dat het om een nieuw te ontwikkelen recht gaat.

Voorzichtigheid blijft echter geboden omdat ook op het vlak van rechtsbescherming een tweesporenbeleid kan groeien, omdat de overheid ten aanzien van private commerciële initiatieven niet altijd dezelfde eisen kan opleggen in verband met betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van de zorgverlening. De Nederlandse Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ) bijvoorbeeld is niet van toepassing op zorgaanbieders die op commerciële basis werkzaam zijn.⁶⁰ Het argument dat daarvoor wordt aangehaald is dat deze zorgaanbieders veelal geen zorg aanbieden waarvoor verzekerden een financiële tegemoetkoming krijgen, waardoor deze zorg aan overheidscontrole ontsnapt. De zorg die deze voorzieningen verlenen, is niet altijd strikt medisch noodzakelijk. Ouderen in een commerciële setting kunnen dus aan een geringere of minstens andere (privaatrechtelijke) rechtsbescherming onderhevig zijn.

⁵⁹ P. POPELIER, *De wet juridisch bekeken*, Brugge, die keure, 2004, 36.

⁶⁰ P. GRAAT, *Maatschappelijk bestuur. Een derde weg tussen overheid en private sector*, Deventer, Tjeenk Willink, 1998, 384.

In dat verband duikt de vraag op hoe de overheid sturend kan optreden voor het gehele veld, en niet alleen voor de publieke en gesubsidieerde private sector. In de ouderenzorg dient een oplossing om een gelijke toegang te garanderen, zoals een opnameplicht, zich niet zo eenvoudig aan omdat voor ouderenvoorzieningen onder meer een recht op vrijheid van handel en nijverheid en een recht op vrijheid van vereniging speelt.

In het kader van publiek-private samenwerking bijvoorbeeld zijn afspraken over het niveau van de te leveren zorg niet altijd eenvoudig te bereiken, noch eenvoudig op te volgen en af te dwingen. Ook in andere rechtsstelsels (Verenigd Koninkrijk) blijkt het opvolgen van contracten een steeds belangrijker taak en uitdaging te worden voor (lokale) overheden. *"Arrangements with private providers are often also governed by complicated legal contracts which are kept from public scrutiny by commercial confidentiality clauses. Even where things go wrong, it is sometimes difficult for public bodies to get out of contracts"*.⁶¹

Nog in verband met de noodzaak aan een versterking van de rechtspositie van de oudere zorgafhankelijke persoon speelt op de **tweede** plaats de problematiek van inspraakrechten.

Het uitbreiden van diversiteit en keuzemogelijkheden garandeert nog niet dat ouderen ook effectief over een grotere keuzevrijheid zullen gaan beschikken of er ook daadwerkelijk gebruik van zullen maken. Er moet dus onderzocht worden hoe ouderen beter betrokken kunnen worden bij de beslissingen die betrekking hebben op hun zorgsituatie. De wijze waarop invulling wordt gegeven aan 'patiëntgerichte of vraaggestuurde zorg' is het resultaat van onderhandeling tussen verschillende spelers met hun eigen posities en opvattingen. Zorg kan in dat perspectief niet ontdaan worden van haar relationele inbedding.

Keuzevrijheid op zich garandeert geen inspraak en houdt ook risico's in. *"Often there is a lack of real choice, a lack of information and advice about the alternatives when they do exist and that older people themselves are often distanced from the decision-making about their care by their relatives, and the role of the local authority."*⁶² De kernvraag is dan welke methodiek er ontwikkeld kan worden om vraaggestuurde zorg op een sociaal rechtvaardige wijze te laten verlopen, met vermijden van ongelijkheid en fragmentatie. Hoe kan met andere woorden échte keuzevrijheid bereikt worden? *"There is a need to establish whether mechanisms for involving older people in shaping the market, other than the choice mechanism, are working. A lack of evidence, however, hampers any evaluation of the impact and outcomes of involving older people in planning and development"*.⁶³ Ook Le Grand kaart dit probleem aan en spreekt van de afweging die moet worden gemaakt tussen 'choice' versus 'voice' mechanismen om te komen tot een meer vraaggerichte zorg.⁶⁴

⁶¹ CENTRE FOR PUBLIC SERVICES, *Modernising social services? Evidence from the frontline*, Sheffield, Centre for Public Services, 2004, <http://www.european-services-strategy.org.uk>, 15.

⁶² PERSONAL SOCIAL SERVICES RESEARCH UNIT (PSSRU), *Understanding public services and markets. Report commissioned by the King's Fund for the care services inquiry*, PSSRU Discussion Paper 2111/4, The London School of Economics and Political Science, June 2005, www.pssru.ac.uk, 61.

⁶³ PERSONAL SOCIAL SERVICES RESEARCH UNIT (PSSRU), *Understanding public services and markets. Report commissioned by the King's Fund for the care services inquiry*, PSSRU Discussion Paper 2111/4, The London School of Economics and Political Science, June 2005, www.pssru.ac.uk, 33.

⁶⁴ J. LE GRAND & W. BARTLETT (eds.), *Quasi-markets and social policy*, Basingstoke, Macmillan, 1993, 18.

Hierbij dient echter nog een kritische kanttekening te worden gemaakt. Sturing van het aanbod op grond van individuele preferenties roept onvermijdelijk de vraag op wat gerechtvaardigde behoeften zijn en hoe deze onderscheiden kunnen worden van behoeften waarin burgers zelf moeten voorzien. Dit maakt het voor de zorgsector uiterst moeilijk om criteria voor zorg- en comfortnood te onderscheiden.⁶⁵ De beleidservaring in het Verenigd Koninkrijk toont alvast aan dat de overheid op dit punt nog een belangrijke rol te vervullen heeft.⁶⁶ Het beleid kan zich niet blind laten leiden door de vraag die immers niet altijd gelijk is aan de nood én die onder meer door het aanbod beïnvloed wordt.

Op de **derde** plaats stelt zich een grote uitdaging op het vlak van coördinatie, planning en samenwerking die wezenlijk een versterking van de transparantie van het aanbod en de afstemming van vraag en aanbod ten goede moeten komen. Eerder hebben we gewezen op het feit dat in quasi-markten de afstemming van noden en diensten cruciaal is. De kwestie is dan uiteraard hoe dit gerealiseerd kan worden. Op dit ogenblik worden in de ouderenzorg in Vlaanderen bestaande concepten versterkt of aangepast en nieuwe concepten uitgedacht of recent in de praktijk gebracht.

Problematisch is echter dat de nood zich steeds meer laat voelen aan een betere afstemming tussen de bestaande samenwerkingsverbanden. Nieuwe concepten worden naar voren geschoven, zoals de woonzorgzone (Platform Wonen Ouderen), de woonzorgkern en zorgbaken (in de conceptnota 'Een nieuw woon-, welzijns- en zorgbeleid voor ouderen in Vlaanderen' van minister Vervotte) en het dienstenkruispunt (in de reactienota van de VVSG op de conceptnota), zonder dat daarbij noodzakelijk wordt aangegeven hoe deze zich verhouden tot reeds bestaande initiatieven. Afhankelijk van het concept komen daarbij verschillende visies op de zorgregie, bemiddeling, etc. aan bod en de rol die de overheid, respectievelijk de zorgbehoevende daarin te vervullen heeft. De discussie over welke vorm de zorgregie, -bemiddeling, -afstemming en -planning in de toekomst zal aannemen, is dus niet volledig uitgeklaard.

Tot slot moet bij het nadenken over de rol van het recht ook aandacht worden besteed aan het vermijden van enerzijds onsamenhangende regelgeving en anderzijds overregulering. Verder onderzoek zal moeten uitwijzen op welke punten meer dan wel minder regulering aangewezen is. Dat zal gaan over een versterking van de rechtspositie van de oudere persoon, maar het kan ook betrekking hebben op bijvoorbeeld de omkadering van mantelzorgers, de erkenning van (nieuwe) zorgprofessionals, of de arbeidsomstandigheden van zorgprofessionals. Bij het uitwerken van nieuwe regelgeving moet erover gewaakt worden dat alle 'stakeholders' in het proces worden betrokken. Een weinig gehoorde groep is vaak het personeel tewerkgesteld in woon- en zorgcentra⁶⁷, de mantelzorgers en de ouderen zelf.

⁶⁵ VERENIGING VAN VLAAMSE STEDEN EN GEMEENTEN, *Reactienota op de conceptnota "Een nieuw woon- welzijns- en zorgbeleid voor ouderen in Vlaanderen"*, april 2007, www.vvsg.be, 2.

⁶⁶ PERSONAL SOCIAL SERVICES RESEARCH UNIT (PSSRU), *Understanding public services and markets. Report commissioned by the King's Fund for the care services inquiry*, PSSRU Discussion Paper 2111/4, The London School of Economics and Political Science, June 2005, www.pssru.ac.uk, 5 en 13-23.

⁶⁷ Zie bijvoorbeeld M. JOHNSON, L. CULLEN & D. PATSIOS, *Long-term care in turmoil*, SEDAP (Social and Economic Dimensions of an Aging Population) Research Paper No. 13, 2000, <http://socserv.mcmaster.ca/sedap>, 2.

Vragen die het verder onderzoek zullen sturen zijn dan:

1° Welke aspecten van marktwerking moeten worden aangemoedigd, voor welke onderdelen van de zorg, en onder welke voorwaarden? Voor welke aspecten moet de overheid daarentegen een belangrijke sturende rol spelen en moet marktwerking dus worden beperkt?

2° Welke elementen van marktwerking maken bijkomende regulering noodzakelijk en welke vorm moet deze regulering dan aannemen?

3° Zijn er internationale voorbeelden van wetgevende ontwikkelingen die hierbij inspirerend kunnen werken?

In het **juridische luik** van het onderzoek gaan we na over welke beleidsruimte de overheid in een sociale rechtsstaat beschikt om regulerend op te treden en hoe zij bepaalde ontwikkelingen zou kunnen monitoren, sturen of afremmen.

In het bijzonder zal aandacht uitgaan naar juridische garanties die bestaan of ontwikkeld worden om een gelijke toegang tot kwaliteitsvolle zorg voor ouderen te waarborgen. Daarbij zullen onder meer de modaliteiten worden onderzocht van een recht op hulp- en dienstverlening. Verschillende niveaus van rechtsbescherming zullen daarbij worden overlopen: de internationale mensenrechtenverdragen, rechtsbeschermingstechnieken naar intern recht die ontleend worden aan rechtstakken die niet specifiek op zorg en welzijn zijn gericht en eventueel nieuw te ontwikkelen 'welzijnspecifieke' technieken.

Het moge dus duidelijk zijn dat regulering in een quasi-marktomgeving meer zal inhouden dan het controleren van de markt, maar ook betrekking zal hebben op het verstevigen van de rechtspositie van de oudere zorgbehoevende persoon, het zoeken van een geëigend systeem van zorgafstemming, -coördinatie en -planning, dat een meer vraaggerichte dienstverlening mogelijk kan maken. Uiteindelijk ligt de grootste uitdaging erin te streven naar een verzoening tussen elementen van marktwerking met democratische overwegingen van sociale rechtvaardigheid.⁶⁸

⁶⁸ W. VAN DONGEN, "Een democratisch marktsysteem", *Alert* 2006, nr. 4, 12-29.

Literatuuroverzicht

Algemene literatuur

- BAETEN, R., "Zorg op de Europese markt", *Alert* 2007, nr. 3, 11-25.
- BERLAGE, L., "Waarover en hoe denken economen" in BERLAGE, L. en DECOSTER, A. (eds.), *Inleiding tot de economie*, Leuven, Universitaire Pers, 2000, (19) 35.
- BREITSCHIEDER, M., *Abgezockt und totgepflert. Alltag in Deutschen Pflegeheimen*, Berlin, Econ, 2006, 240 p.
- CLAASSEN, R., *Markt en zorg. Filosofische grensverkenningen*, Paul Cremers Lezing, Rijswijk, 2006, 36 p.
- DE GENDT, T., DEWALLENS, F., "De aantrekkingskracht van afstotingen: na de OCMW-ziekenhuizen, nu ook de OCMW-rusthuizen", *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 2003-2004, 178-181.
- DERIEUW, S., "Vermarkting in de zorg: een terreinverkenning", *CM-Informatie* 2007, februari, 13-24.
- DERIEUW, S., "De invloed van het Europees kader op de commercialisering in de zorg", *CM-Informatie* 2007, februari, 27-32.
- DERIEUW, S., "Marktwerving in de gezondheidszorg: vloek of zegen?" in *Welzijnsgids – Welzijnzorg, Beleid*, Mechelen, Kluwer, 2008, losbl., ter perse.
- DOBBELAERE, H., "Sluiting van rusthuizen bij faillissement. Een reflectie", *Hospitalia* 2005, nr. 1, 10-12.
- DORON, I., LIGHTMAN, E., "Assisted-living for older people in Israel: market control or government regulation?", *Ageing & Society*, 2003, 779-795.
- DRACHE, D., SULLIVAN, T. (eds.), *Market limits in health reform: public success, private failure*, London, Routledge, 1999, 366 p.
- FRET, L., "De markt van welzijn en gezondheid", *Alert* 2006, nr. 4, 5-9.
- GEVERS, J., "Gelijke toegang tot goede zorg verzekerd?", *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 2005, 4, 291-297.
- GLENN, E. K., "Creating a caring society", *Contemporary Sociology* 2000, No. 1, 84-94.
- Go, K., "The introduction of market mechanisms for long-term care services – An international comparison with implications for Japan", *NLI Research Institute*, <http://www.nli-research.co.jp>.
- GRAAT, P., *Maatschappelijk bestuur. Een derde weg tussen overheid en private sector*, Deventer, Tjeenk Willink, 1998, 495 p.
- GRIT, K. en DE BONT, A., *Zorgaanbieders en ethische aspecten van marktwerking*, Rotterdam, Instituut voor Beleid en Management van de gezondheidszorg, 2007, http://www.openankh.nl/Sites/Files/0000007494_Zorgaanbieders%20en%20de%20ethische%20aspecten%20van%20marktwerking%20Kor%20Grit.pdf, 65 p.
- GYSEN, C., LAENEN, G., "Publiek-private samenwerking in de ouderenzorg: een marktverkenning in vogelvlucht", *Acta Hospitalia* 2005, nr. 4, 5-28.

- HAYNES, PH., *Complex Policy Planning. The Government Strategic Management of the Social Care Market*, Aldershot, Ashgate, 1999, 258 p.
- HERMANS, L., *De invloed van de tendens van vermarkting op de job van de sociaal werker - Een onderzoek in de thuiszorgsector*, scriptie Master in het Sociaal werk K.U.Leuven, Leuven, Faculteit Sociale Wetenschappen, 2006, http://www.ethesis.net/sociaal_werker/sociaal_werker_inhoud.htm.
- JOHNSON, N. (ed.), *Private markets in health and welfare. An international perspective*, Oxford, Berg Publishers, 1995, 249 p.
- KNIJN, T., *Het prijzen van de zorg. Sociaal beleid op het snijvlak van privé en publiek*, Universiteit Utrecht, Faculteit Sociale Wetenschappen, 2004, 32 p.
- LE GRAND, J., "Quasi-markets and social policy", *The Economic Journal* 1991, 1256-1267.
- LE GRAND, J. & BARTLETT, W. (eds.), *Quasi-markets and social policy*, Basingstoke, Macmillan, 1993, 241 p.
- MILLER, C., *Producing welfare. A modern agenda*, Basingstoke, Palgrave Macmillan, 2004, 264 p.
- MOL, A., *De logica van het zorgen. Actieve patiënten en de grenzen van het kiezen*, Amsterdam, Van Gennep, 2005, 158 p.
- MOSSIALOS, E. (ed.), *Funding health care: options for Europe*, Buckingham, Open University Press, 2002, 226-249.
- NOTREDAME, L., "De zorg wordt al uitbesteed", *Alert* 2006, nr. 4, 30-38.
- PACOLET, J., "De serviceflats in het zorglandschap in Europa en Vlaanderen", *OCMW-visies* 2001, nr. 2, 35-47.
- PAULUS, A., VAN RAAK, A. EN MUR-VEEMAN, "Marktwerking is...?", *Blad Bestuurskunde* 2001, jaargang 10, 208-218, www.bestuurskunde.nl/publicaties/bestuurskunde.php.
- POPELIER, P., *De wet juridisch bekeken*, Brugge, die keure, 2004, 424 p.
- ROBERT, F. & MAREE, M., "La marchandisation de secteurs non marchands", *Non Marchand - Management, Droit et Finance* 2003, nr. 11.
- SCOTT, C., *Public and private roles in health care systems: reform experience in seven OECD countries*, Buckingham, Open University Press, 2001, 184 p.
- SCHUT, E., *De zorg is toch geen markt? Laveren tussen marktfalen en overheidsfalen in de gezondheidszorg*, Rotterdam, Instituut Beleid en Management Zorg, 2003, www.bmq.eur.nl.
- SLOB, M., *Over keuzevrijheid en kiesplicht. Een verkenning van opvattingen over het keuze-ideaal in de zorg*, Den Haag, Nederlands Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG), 2006, 42 p.
- TROMMEL, W., VAN HEFFEN, O. & VAN DER VEEN, R., "Marktwerking in de publieke sector", *Beleid en Maatschappij* 2001, 28/3.
- VANDENDRIESSCHE, F., *Publieke en private rechtspersonen: naar een graduele, meerduidige en evolutieve benadering van het onderscheid in de wetgeving en de rechtspraak*, Brugge, die keure, 2004, 531 p.

- VAN DEN HEUVEL, B., "Naar een Europees concept van geïntegreerde zorg voor kwetsbare ouderen", *Hospitalia* 2005, nr. 2, 20-25.
- VAN DONGEN, W., "Van een vrije markt naar een democratische markt?", *Ethiek en maatschappij*, 2004, nr. 1.
- VAN DONGEN, W., "Een democratisch marktsysteem", *Alert* 2006, nr. 4, 12-29.
- VAN DONGEN, W., "Analysemodel en instrumenten voor een doelmatige dienstverlening in een democratische samenleving", in: Deven, F. & Jacobs, T., *Vooruitdenken over zorg in Vlaanderen*, Antwerpen-Apeldoorn, Garant, 2005, 151-177.
- VCSPPO, *Ondernemen in de Vlaamse social-profitsectoren. Visienota 2005*, VCSPPO 2005, 40 p.
- VLAAMSE CONFEDERATIE VAN SOCIAL PROFIT ONDERNEMINGEN, *Ondernemen in de Vlaamse social-profitsectoren. Visienota 2005*, Brussel, VCSPPO.
- VERENIGING VAN VLAAMSE STEDEN EN GEMEENTEN, *Reactienota op de conceptnota "Een nieuw woon-welzijns- en zorgbeleid voor ouderen in Vlaanderen"*, april 2007, www.vvsg.be.
- VERHOEST, K. & SYS, J., *Liberalisation, privatisation and regulation in the Belgian healthcare sector/hospitals*, Privatisation of Public Services and the Impact on Quality, Employment and Productivity (PIQUE), Country reports on liberalisation and privatisation processes and forms of regulation, 2006, 17 p.
- WISTOW, G., KNAPP, M., HARDY, B. E.A., *Social care markets. Progress and prospects*, Buckingham, Open University Press, 1996, 200 p.
- X., "Dossier - Services sociaux et concurrence", *Revue de Droit Sanitaire et Social (Fr.)* 2006, afl. 5, 779-843.
- X., "LCM opent samen met Wit-Gele Kruis het debat over de 'vermarkting van de zorg'", CM-informatie 227, april 2007, 22-23.
- ZWAAL, J., *Marktwerking in de zorg*, afstudeerscriptie, Rotterdam, Erasmus Universiteit, 2006, 44 p., <https://ep.eur.nl/scripties/bitstream/2105/4376/1/ZwaalJ.pdf>.

Rekenhof

- REKENHOF, *Afstemming van het zorgaanbod op de Vlaamse beleidsdoelstellingen. Verslag van het Rekenhof aan het Vlaams Parlement*, Brussel, januari 2005, 132 p. (Vlaams Parlement, stuk 37-7 (2004-2005) - Nr. 1).
- REKENHOF, *Subsidiëring van het algemeen welzijnswerk. Verslag van het Rekenhof aan het Vlaams Parlement*, Brussel, april 2006, 67 p. (Vlaams Parlement, stuk 37-D (2005-2006) - Nr. 1).
- REKENHOF, *Subsidiëring van de thuiszorg. Verslag van het Rekenhof aan het Vlaams Parlement*, Brussel, mei 2007, 73 p. (Vlaams Parlement, stuk 37-E (2006-2007) - Nr. 1).

Nederland

- Voor een bespreking van de nieuwe wet op de zorgverzekering: G.J.A. HAMILTON, *Een zorgverzekering voor iedereen*, PS-special, Deventer, Kluwer, 2005, 238 p.

- B. BERKHOUT, B. DOES E.A., *Markt als middel. Over privatisering in de sociale zekerheid*, Amsterdam, Regioplan Beleidsonderzoek, 2003, 40 p., www.regioplan.nl.
- PALM, I. (red.), *De zorg is toch geen markt. Een kritische analyse van de marktwerking in de zorg vanuit verschillende perspectieven*, Rotterdam, SP Wetenschappelijk bureau, 2005, 73 p.
- PAULZEGVELD, P., WEDA, P. EN VAN DE RIJCKE, H., *Scheiden van wonen en zorg, onuitg. scriptie strategisch management in de gezondheidszorg*, Tilburg, 2002, www.universiteitvantilburg.nl/faculteiten/fsw/departementen/tranzo/leergangen/scripts/Paulzegveld.pdf, 65 p.
- VAN DER MEER, M. (red.), *Marktwerking en arbeidsvoorwaarden. De casus van het openbaar vervoer, de energiebedrijven en de thuiszorg*, Amsterdam Institute for Advanced Labour Studies, Universiteit van Amsterdam, april 2007, 220 p.
- Rapporten van het CENTRUM VOOR ETHIEK EN GEZONDHEID:
 - * *Economisering van zorg en beroepsethiek*, 2004, 164 p.
<http://www.ceg.nl/data/download/Economisering.pdf>
 - * *Over keuzevrijheid en kiesplicht. Een verkenning van opvattingen over het keuze-ideaal in de zorg*, 2006, 42 p.
http://www.rvz.net/data/download/CEG_verkenning.pdf
- Rapporten van de RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID EN ZORG:
 - * *Winst en gezondheidszorg*, 2002, 127 p.
http://www.rvz.net/data/download/advies_winst_en_gezondheidszorg.pdf
 - * *Van patiënt tot klant*, 2003, 122 p.
http://www.rvz.net/data/download/van_patient_tot_klant.pdf

United Kingdom

- AUDIT COMMISSION, *The coming of age: improving care services for older people*, London, Audit Commission, 1997, www.audit-commission.gov.uk/reports.
- AUDIT COMMISSION, *Take your choice: a commissioning framework for community care*, London, Audit Commission, 1998.
- AUDIT COMMISSION, *Integrated services for older people*, London, Audit Commission, 2002.
- AUDIT COMMISSION, *Tracking the changes in social services in England*, London, Audit Commission, 2002.
- CENTRE FOR PUBLIC SERVICES, *Modernising social services? Evidence from the frontline*, Sheffield, Centre for Public Services, 2004, <http://www.european-services-strategy.org.uk>, 48 p.
- THE LONDON SCHOOL OF ECONOMICS AND POLITICAL SCIENCE, PERSONAL SOCIAL SERVICES RESEARCH UNIT, *Understanding public services and markets. Report commissioned by the King's Fund for the care services inquiry*, PSSRU Discussion Paper 2111/4, June 2005, www.pssru.ac.uk.
- LOCAL GOVERNMENT ASSOCIATION, *All our tomorrows. Inverting the triangle of care*, Association of Directors of Social Services (ADSS) and Local Government Association (LGA) Joint discussion document on the future of services for older people, 2003, 32 p., <http://www.lga.gov.uk>.
- JOHNSON, M., CULLEN, L. & PATSIOS, D., *Long-term care in turmoil*, SEDAP (Social and Economic Dimensions of an Aging Population) Research Paper No. 13, 2000, 21 p., <http://socserv.mcmaster.ca/sedap>.

Internationaal

- LETHBRIDGE, J., *Care Services in Europe*, Research Report, University of Greenwich, Business School, Public Services International Research Unit (PSIRU), 20 February 2005, 58 p.
- OECD, *Long-term care for older people – The OECD Health Project*, Paris, OECD Publications, 2005, 140 p.
- OECD, *The non-profit sector in a changing economy*, Paris, OECD Publications, 2003, 331 p.
- LUNDSGAARD, J., *Consumer direction and choice in long-term care for older persons, including payments for informal care: how can it help improve care outcomes, employment and fiscal sustainability*, OECD Health Working Papers, No. 20, 49 p.

Marktwerking onder invloed van Europa

- G. DE BÚRCA (ed.), *EU Law and the Welfare State. In Search of Solidarity*, Oxford, Oxford University Press, 2005, 250 p.
- G. DAVIES, "Welfare services and the European state" in: P. NIHOUL en A.-C. SIMON (réd.), *L'Europe et les soins de santé*, Bruxelles, Larcier, 2005, 369-391.
- MARTINSEN, D.S., "The Europeanization of welfare – The domestic impact of intra-European social security", *Journal of Common Market Studies* 2005, 5, 1027-1054.
- VOLLAARD, H., "Grenzen en gronden van patiëntenmobiliteit in de Europese Unie", *B.T.S.Z.* 2005, 2, 233-258.