

Zorg te koop?



**Standpunten van Zorgnet Vlaanderen over
privatisering, commercialisering en marktwerking**

Zorg te koop?

Standpunten van Zorgnet Vlaanderen
over privatisering, commercialisering en marktwerking

Colofon: **Projectcoördinatie:**

Saskia Mahieu

Redactie:

Saskia Mahieu, Yvonne Denier

Met inhoudelijke bijdrage van:

Miek Peeters, Frederik Coussée, Jef Van Holsbeke

Eindredactie:

Nadine Van Meerhaeghe

Vormgeving:

Geert Van Hijfte, Dotplus

Verantwoordelijke uitgever:

Guido Van Oevelen, p/a Zorgnet Vlaanderen, Guimardstraat 1, 1040 Brussel

Woord vooraf

Privatisering, commercialisering en marktwerking in de Belgische welzijns- en gezondheidszorg zijn al geruime tijd voorwerp van maatschappelijk debat en politieke stellingname. Ook Zorgnet Vlaanderen neemt intensief deel aan dit debat. Met de uitgave van dit cahier wil Zorgnet Vlaanderen haar bijdrage leveren.

Dit cahier is het resultaat van een grondige reflectie op verschillende niveaus: de Werkgroep Commercialisering, de stafmedewerkers van Zorgnet Vlaanderen, de Commissie voor Ethiek, experts uit Nederland, experts uit de Belgische academische context en het Vlaamse zorglandschap, en tenslotte ook talrijke directies uit voorzieningen, lid bij Zorgnet Vlaanderen. Zij hebben zich tijdens vergaderingen, workshops, avondlezingen, dialoogmomenten en expertenseminaries gebogen over het thema. Zij kwamen tot dit breed gedragen standpunt.

Dit cahier bevat een analyse van het standpunt van Zorgnet Vlaanderen over het thema van privatisering, commercialisering en meer marktwerking in de Belgische welzijns- en gezondheidszorg. Meer bepaald in de sectoren die Zorgnet Vlaanderen vertegenwoordigt: algemene ziekenhuizen, ouderenzorg en geestelijke gezondheidszorg. Het cahier belicht het thema vanuit een economisch en een ethisch perspectief. Na een grondige conceptanalyse, belichten we twee subthema's: de financiering van investeringen in de infrastructuur en de commerciële initiatiefnemers in de welzijns- en gezondheidszorg.

Wij waarderen ten zeerste de manier waarop alle deelnemers aan het reflectieproces zich hebben ingezet voor dit resultaat. Hopelijk kan Zorgnet Vlaanderen dankzij deze gezamenlijke inspanning een grondig debat blijven voeren in dialoog met haar leden, met collega-organisaties, met beleidsmakers en met experts in de academische en in de zorgwereld. Het blijft immers een permanente opdracht gefundeerd en kritisch na te denken hoe we toegankelijke, kwalitatieve en betaalbare zorg voor iedereen kunnen realiseren.

Brussel, 6 maart 2009

Peter DEGADT
Gedelegeerd bestuurder

Guido VAN OEVELEN
Voorzitter

Inhoudstafel

1	Inleiding	8
<hr/>		
2	De definities van privatisering, commercialisering en marktwerking	9
2.1	De aanbodzijde	10
2.2	De vraagzijde	11
2.3	De Belgische welzijns- en gezondheidszorg	12
<hr/>		
3	Financiering van de investeringen in infrastructuur	13
3.1	De voornaamste spelers op de markt	13
3.1.1	De Vlaamse en de Belgische overheid	13
3.1.2	Niet-gesubsidieerde gedeelte	14
3.1.3	Financiële instellingen	14
3.1.4	PPS-projecten	15
3.1.5	Vastgoedbedrijven	15
3.2	Nuttige concepten en aandachtspunten	15
3.2.1	De Europese regels aangaande staatssteun	15
3.2.2	De vraag naar woondifferentiatie	16
3.2.3	Het draagvlak van de solidariteit	17
<hr/>		
4	Commerciële initiatiefnemers in de welzijns- en zorgvoorzieningen	19
4.1	De voornaamste spelers op de markt	19
4.1.1	(Semi-)residentiële ouderenzorg	19
4.1.2	Algemene ziekenhuizen	21
4.1.3	Geestelijke gezondheidszorg	21
4.2	Nuttige concepten en aandachtspunten	22
4.2.1	De Europese regels aangaande de interne markt	22
4.2.2	Zorg, een bijzonder product	23
4.2.3	Maatschappelijk verantwoord waardegericht ondernemen	25
<hr/>		
5	Standpuntbepalingen	27
5.1	De definities van privatisering, commercialisering en marktwerking	27
5.2	Privatisering van de investeringen in infrastructuur	27
5.3	Commercialisering	28
5.4	Meer marktwerking	30
<hr/>		
	Literatuurlijst	31
<hr/>		
	Bijlagen	32
Bijlage 1:	Met dank aan	32
Bijlage 2:	Voornaamste vastgoedbedrijven in de sector ouderenzorg	33
Bijlage 3:	De voornaamste for-profit groepen van ouderenzorgvoorzieningen in België	34
Bijlage 4:	Tentatieve lijst van privé-klinieken, reeds actief in Vlaanderen en Brussel	36
Bijlage 5:	Privatisering en commercialisering in de gezondheidszorg: ethische reflecties vanuit het privaat social-profit initiatief	38

1

Inleiding

Zorgnet Vlaanderen groepeert meer dan 500 privaat-christelijke verzorgingsinstellingen en voorzieningen uit de sectoren algemene ziekenhuizen, ouderenzorg en geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen.

Zorgnet Vlaanderen heeft al een hele tijd ruim aandacht voor het thema 'Commercialisering in de gezondheidszorg'. De reden hiervoor is dubbel:

- 1) De Belgische welzijns- en gezondheidszorg is historisch gebaseerd op verplichte en sterke solidariteit: een gezamenlijk, maatschappelijk engagement tot vergaande sociale bescherming van alle leden van de bevolking. Toegankelijke, kwalitatieve en betaalbare zorg voor iedereen wordt hierdoor in grotendeels gerealiseerd. Onze welzijns- en gezondheidszorg geniet zo in hoge mate het vertrouwen van de bevolking en een sterke, internationale waardering;
- 2) Tegelijkertijd lijkt er een tendens te zijn naar privatisering, commercialisering en meer marktwerking in de Vlaamse welzijns- en gezondheidszorg. Is dat ook zo? En in hoeverre leidt dit dan tot meer ongelijkheid in de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van zorg?

Zorgnet Vlaanderen hecht veel belang aan toegankelijke, kwalitatieve en betaalbare welzijns- en gezondheidszorg. Wij willen met de publicatie van dit cahier een bijdrage leveren aan dit maatschappelijke debat.

Dit cahier verduidelijkt de begrippen privatisering, commercialisering en graad van marktwerking in de gezondheidszorg en het onderzoekt deze begrippen voor de drie sectoren die in Zorgnet Vlaanderen verenigd zijn: de algemene ziekenhuizen, de (semi)residentiële ouderenzorg en de geestelijke gezondheidszorg.

Dit cahier werd opgemaakt in overleg met Belgische en Nederlandse experts (zie bijlage 1) en met talrijke directies uit voorzieningen, lid bij Zorgnet Vlaanderen.



De centrale vragen zijn:

- 1) Welke is precies de graad van privatisering, commercialisering en marktwerking in de ziekenhuiszorg, de (semi)residentiële ouderenzorg en de geestelijke gezondheidszorg? Hoe bepalen deze tendensen vandaag en in de nabije toekomst het kader waarbinnen vele organisaties uit deze sectoren zorg verlenen?
- 2) Hoe wordt de maatschappelijke doelstelling van toegankelijke, kwalitatieve en betaalbare zorg door de overheid en de voorzieningen het beste gewaarborgd?

We werken eerst de definities van privatisering, commercialisering en marktwerking uit. Bij wijze van afbakening van het onderzoeksdomein staan we daarna stil bij twee thema's: 'De financiering van investeringen in infrastructuur' en 'Het toenemend aantal commerciële initiatiefnemers op het vlak van welzijns- en/of gezondheidszorg'.

Tot slot vindt u de conclusie van Zorgnet Vlaanderen: enkele krachtlijnen voor het realiseren van toegankelijke, kwalitatieve en betaalbare welzijns- en gezondheidszorg in de nabije toekomst.

*Saskia MAHIEU
Yvonne DENIER
Stafmedewerker*

2

De definities van privatisering, commercialisering en marktwerking

Vooraleer een standpunt in te nemen ten aanzien van tendensen van privatisering, commercialisering en meer marktwerking in welzijns- en gezondheidszorg, leggen we vast wat we hieronder precies verstaan.

We brengen privatisering, commercialisering en marktwerking in kaart op basis van een analyse van vraag en aanbod.

Concreet stellen we de volgende twee vragen:

- Wie is initiatiefnemer van de zorgorganisatie (de aanbodzijde)?
- Wie betaalt de gevraagde zorg (de vraagzijde)?

De aanbodzijde?	
	Social-profit
Publiek: ocmw	Privatisering
	Privaat: vzw Publiek: av/eva
	For-profit
	Commercialisering Privaat: nv, bvba, ...

De vraagzijde?		
	Sterke solidariteit	Zwakke Solidariteit
Op het vlak van zorg: Publiek: de sociale zekerheid en de overheid	Privaat: kost zorggebruiker ten laste van een aanvullende verzekering bij privaat non-profit (mutualiteit)	Privaat: kost zorggebruiker ten laste van een aanvullende verzekering bij een commerciële verzekeringsmaatschappij
Op het vlak van infrastructuur: Publiek: VIPA, BFM en de overheid	Privaat: PPS – formule	Privaat: de zorggebruiker of de bewoner via rechtstreekse betaling o.b.v. factuur van kosten gemaakt door de voorziening in het kader van infrastructuur (lening, huurrendement)

Context = graad van marktwerking (van (de)regulering)

2.1 De aanbodzijde

We onderscheiden in België drie soorten initiatiefnemers:

- De publieke sector: meestal lokale besturen;
- De private social-profitsector: de vzw's ;
- De private for-profitsector: de nv's, bvba's...

Deze worden elk gekenmerkt door een eigen doelstelling en bijhorende drijfveer:

- De **publieke sector** werkt vanuit de wettelijke opdracht die met de organieke wet van 8 juli 1976 betreffende de openbare centra voor maatschappelijk welzijn aan hem toegekend is: *'onder bepaalde voorwaarden, de maatschappelijke dienstverlening verzekeren die tot doel heeft eenieder in de mogelijkheid te stellen een leven te leiden dat beantwoordt aan de menselijke waardigheid.'*
- De **vzw-sector**, grotendeels privaat-christelijk, heeft van oudsher een traditie waarbij hij zich engageert op het vlak van toegankelijke, betaalbare en kwalitatieve zorg;
- De **commerciële sector** is actief waar een evenwicht gevonden kan worden tussen een voldoende rendement voor de financiers en het risico van de activiteit.

De eerste twee groepen van initiatiefnemers worden samen de **social-profitsector** genoemd: ze herinvesteren eventueel gerealiseerde winsten in de maatschappelijke doelstelling van de onderneming. De derde groep wordt de **for-profitsector** genoemd, omdat hij in eerste instantie gericht is op uitkering van winst aan externe financiers.

Daarnaast onderscheiden we 'maatschappelijk verantwoord ondernemen' en 'sociale economie'. Een commerciële organisatie onderneemt **maatschappelijk verantwoord** indien ze zich niet alleen inzet voor winstmaximalisatie, maar tevens voor maatschappelijke doelstellingen (zoals het milieu, diversiteit...). **Sociale economie** gaat over het ondernemen met een maatschappelijke winstmaximalisatie voor ogen. Vele organisaties in de sociale economie kozen als rechtsvorm voor een coöperatieve vennootschap, vzw, stichting, mutualiteit of een vennootschap met sociaal oogmerk.

In de realiteit stellen we een evolutie vast van meer publiek naar meer privaat. Het onderscheid tussen de drie grotere groepen (publieke sector, private social-profit en private for-profit) is niet altijd even duidelijk. Vele organisaties in de welzijns- en gezondheidszorg wijzigen op dit ogenblik van beheersstatuut. Meerdere publieke voorzieningen reorganiseren zich naar het statuut van een autonome vereniging (av), gelijkaardig aan dat van een vzw (hoofdstuk 12 en 12 bis van de organieke wet betreffende de openbare centra voor maatschappelijk welzijn).

Ook commerciële ouderenzorgvoorzieningen brengen de uitbating meer en meer onder een vzw-statuuut. Hier zijn twee redenen voor. Enerzijds is het vanuit bedrijfseconomisch standpunt aangewezen om het risico van de uitbating te scheiden van de eigendom van vastgoed. Anderzijds komen deze voorzieningen zo in aanmerking voor overheidssubsidie, die enkel toegankelijk is voor de *social-profit*.



Als we in het kader van een analyse van het aanbod spreken over '**privatisering**', dan hebben we het over het aandeel van private initiatiefnemers in de sector van de welzijns- en gezondheidszorg, dus zowel meer private 'social-profit' (vzw's) als meer private 'for-profit' (nv's, bvba's).



Als we spreken over '**commercialisering**', dan hebben we het over het groeiend aandeel van de for-profitinitiatiefnemers in de welzijns- en gezondheidszorg. Commercialisering is een onderdeel van privatisering en speelt zich voornamelijk af op het domein van het zorgaanbod.

2.2 De vraagzijde

We onderscheiden in België voornamelijk de volgende drie financieringsbronnen voor de kost van zorg en infrastructuur:

- De verplichte ziekteverzekering;
- De subsidies inzake infrastructuur (VIPA, Budget Financiële Middelen);
- De zorggebruiker of particulier: de eigen bijdrage.

Ter verduidelijking:

- De kost van de zorg wordt in belangrijke mate gedragen door het **Belgisch verplicht systeem van ziekteverzekering**. Hierin speelt overheidsregulering een grote rol. Dit systeem staat in voor solidair verzekerde zorg, kent een uitgebreide dekking van de kosten en wordt gefinancierd door solidariteit op basis van inkomen, door staatstoelagen en alternatieve financiering (een percentage van de btw-ontvangsten);
- De overheid financiert de infrastructuur van voorzieningen via het **Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden** (VIPA), via het federale **Budget voor Financiële Middelen** (BFM) (in de sector van de algemene ziekenhuizen) of via de **federale tussenkomst voor de infrastructuurkost van het psychiatrisch verzorgingstehuis**;
- De zorggebruiker kan bij de private social-profitsector (mutualiteit) of bij de private for-profitsector (een commerciële verzekeringsmaatschappij) een aanvullende verzekering voor eventuele zorgkosten nemen. In deze markt wordt een zwakke solidariteit gerealiseerd tussen diegenen die zich aanvullend (kunnen) verzekeren en wie dat niet doet (kan).¹

De eigen bijdrage van de zorggebruiker neemt toe naarmate een aantal risico's niet of minder door de verplichte ziekteverzekering gedekt worden of naarmate de voorzieningen minder een beroep kunnen doen op overheidssubsidies inzake infrastructuur.

Als we, in het kader van een analyse van de financiële bronnen, spreken over **'privatisering'**, dan hebben we het over het groeiend aandeel van de zorggebruiker in de kost van welzijns- en gezondheidszorg.

Alle initiatiefnemers (aanbod) en betalers (vraag) van zorg handelen binnen een welbepaalde *marktcontext*. Zo gaat bijvoorbeeld de 'volmaakte mededinging' ervan uit dat er geen toetredingsbelemmeringen voor nieuwe initiatiefnemers zijn en geen verschillen tussen vrager en aanbieder qua relevante informatie. Hier speelt de competitie volop.

Marktwerving is nog iets anders dan privatisering en commercialisering. Onder 'graad van **marktwerving**' verstaan we de mate waarin de 'marktkrachten' verantwoordelijk zijn voor de prijsvorming, de hoeveelheid die geproduceerd en geconsumeerd wordt, en de kwaliteit van het product. Wanneer er bv. minder overheidsreglementering van toepassing is en de marktmechanismen meer spelen (dus een situatie van meer marktwerving), is er meer concurrentie. Hierop moeten alle aanbieders wel reageren. Ze kunnen dit doen met concurrentieverminderende (bv. fusie, specialisatie-afspraken) of positieverbeterende (bv. strategie van de laagste kosten, strategie van productdifferentiatie, innovatie) strategieën. Vaak kiezen de verschillende aanbieders van zorg in een veranderende marktcontext voor gelijkaardige strategieën. Daardoor gaan ze op elkaar lijken. Daarom zijn ze nog niet in identiteit en qua drijfveren hetzelfde.

De graad van marktwerving bepaalt met andere woorden de verhoudingen tussen de verschillende actoren.

1. Voor de definities van zwakke en sterke solidariteit, zie § 3.2.3 'Het draagvlak van de solidariteit'.

2.3 De Belgische welzijns- en gezondheidszorg

De Belgische welzijns- en gezondheidszorg heeft van oudsher liberale accenten en kent reeds vrij veel marktwerking. Dit uit zich onder meer in de vrije keuze van de zorggebruiker uit zorgverstrekkers en -voorzieningen.

De Belgische markt van zorg is gebaseerd op onderprijzen (de mensen betalen niet de volledige kostprijs), 'feet voting' (de mensen kiezen zelf) en een vouchersysteem (de financiering volgt de gekozen zorg). Het Belgische socialezekerheidssysteem realiseert op basis van een verplichte solidariteit een betaalbare zorg. De zorggebruikers kunnen zelf hun zorgverstrekker kiezen omdat de financiering de gekozen zorg volgt. Omdat de zorggebruiker zelf kan beslissen over zijn zorg, ontstaat er concurrentie tussen zorgverstrekkers. De concurrentie is er niet op het vlak van de prijszetting, maar wel op het vlak van de kwaliteit. Dit veroorzaakt een opwaartse druk op de kwaliteit van zorg. De zorggebruiker heeft immers de mogelijkheid om, zonder financieel nadeel, te kiezen voor een andere zorgverstrekker als hij niet tevreden is over de kwaliteit van de verstrekte zorg.

Hier maken we wel een onderscheid tussen de kwaliteit van de medische zorg enerzijds en de servicekwaliteit of kwaliteit van bejegening anderzijds. Deze laatste kan door de zorggebruiker worden beoordeeld en beïnvloed. Maar als het gaat over het beoordelen van de medische kwaliteit van de zorg, heeft de zorggebruiker vaak geen informatie over de deskundigheid van de individuele zorgverstrekkers. De zorggebruiker bevindt zich in een kwetsbare positie. Er moet een context van vertrouwen worden gecreëerd. Hierbij speelt de overheid een belangrijke rol. Maar men mag ook de rol van de huisartsen in het maken van keuzes voor zorgvoorzieningen of -verstrekkers niet vergeten.

De combinatie van onderprijzen, keuzevrijheid voor de zorggebruiker en een financiering die de keuze van de zorg volgt, maakt dat het Belgische gezondheidssysteem door de Belgische bevolking gewaardeerd wordt.

3

Financiering van de investeringen in infrastructuur

Dit hoofdstuk gaat over de eventuele vermindering van het publieke aandeel in de kost van bouwprojecten ten nadele van het private aandeel, dat zo wel moet toenemen.

De analyse van dit thema delen we op in:

- Een opsomming van de voornaamste spelers op de markt;
- Nuttige concepten en aandachtspunten.

3.1 De voornaamste spelers op de markt

3.1.1 De Vlaamse en de Belgische overheid

Via het VIPA (Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden) subsidieert de Vlaamse overheid de bouw-, uitbreidings- en verbouwingswerken, de aankoop, de uitrusting of de apparatuur van welzijns- en zorgvoorzieningen, voor zover die opereren zonder winstoogmerk.

De Vlaamse overheid legt daarbij een aanzienlijk aantal normen op:

- Zorgstrategisch plan (maatschappelijke inbedding van het project);²
- Energie-efficiëntie;
- Financieel plan;
- Bouwtechnische en bouwfysische normen.

Deze Vlaamse regelgeving draagt niet alleen bij tot een maatschappelijke verantwoording van het project, maar houdt tevens een garantie in op kwaliteit van de infrastructuur.

Het subsidiebedrag is gebaseerd op een maximale tussenkomst per m² en een maximaal aantal subsidieerbare m² per bed of woongelegenheden.

Federale overheidssubsidiëring van bouwprojecten kan enkel voor algemene en psychiatrische ziekenhuizen. Het gaat dan om het saldo van het niet door de Vlaamse Gemeenschap gesubsidieerde gedeelte, beperkt tot 40% (of 90% voor prioritaire bouwprojecten) van het globale bouwplafond dat door de federale overheid werd bepaald. Recent besliste de federale overheid om voor deze sectoren ook de renovatieprojecten, die niet gesubsidieerd worden door de Gemeenschap en geen uitbreiding van vierkante meter inhouden, in het budget van financiële tussenkomsten op te nemen.

Alle andere zorgvoorzieningen worden in hun bouwprojecten enkel via de Gemeenschap ondersteund. Er is een beperkte uitzondering voor de psychiatrische verzorgingstehuizen. De federale overheid investeert in deze sector op jaarbasis ± € 1,7 miljoen.

2. De verplichting tot het opmaken van een zorgstrategisch plan wordt voor de sector ouderenzorg normaal gezien nog in het najaar van 2009 (decretaal) verschoven van de VIPA-reglementering naar de regelgeving betreffende de erkenning (zie het ontwerp voor een nieuw Woonzorgdecreet).

Overzicht reële betaling, VIPA, 2003-2007:

VIPA Reële betaling (€)	2003	2005	2007
Ouderenvoorzieningen	32.871.164	49.934.367	43.340.813
Ziekenhuizen	63.576.855	78.372.114	71.113.184
Centra voor geestelijke gezondheidszorg	426.750	399.185	615.320
Wijkgezondheidscentra en aanloopadressen beschut wonen	45.726	277.446	991.694
Alternatieve financiering rustoorden en service flats (systeem Lenssens)	4.625.702	2.426.010	784.335

Bron: VIPA-jaarverslagen

De daling in de reële betaling tussen 2005 en 2007 is het resultaat van de invoering van het alternatieve financieringssysteem van VIPA, waarbij de betaling meer gespreid verloopt dan in het klassieke financieringssysteem.

Als de Vlaamse overheid de komende jaren investeert overeenkomstig de bestaande behoefte aan nieuwe infrastructuur, dan is er geen sprake van een terugtrekkende overheid op het vlak van investeringen in infrastructuur.

3.1.2 Niet-gesubsidieerde gedeelte

Als een algemeen ziekenhuis de middelen heeft en de wachttijd van een VIPA-procedure niet wenst te doorlopen, dan investeert het met eigen middelen in de nodige infrastructuur en uitrusting. Dit gebeurt dan meestal voor een afzonderlijke entiteit, zoals bv. voor een dagziekenhuis. Zelfs bij overheidsfinanciering is er een aanzienlijke kloof tussen wat een bouwproject effectief kost en wat daarvan door de overheid gefinancierd wordt. Samen maakt dit dat het niet-gesubsidieerde aandeel in de totale investeringskost voor algemene ziekenhuizen momenteel ongeveer 20% bedraagt.

In de sector van de ouderenzorgvoorzieningen komt het niet-gesubsidieerde gedeelte neer op ongeveer 42% van de totale investeringskost. De verklaring voor deze grotere investering met private middelen – in vergelijking met algemene ziekenhuizen – is het gevolg van de kleinere overheidsfinanciering in de totale investeringen in infrastructuur. Ouderenzorgvoorzieningen worden immers voor hun investeringen in vastgoed enkel gesubsidieerd door de Vlaamse (VIPA) en niet door de federale overheid.

Voor het Beschut Wonen subsidieert het VIPA enkel de aanloopadressen. De kostprijs van het wonen in een zorgvorm Beschut Wonen valt dus volledig ten laste van de gebruiker. Door recente evoluties in de huursubsidieregeling, worden deze gebruikers nagenoeg niet meer ondersteund via huursubsidies (of andere regelingen).³

3.1.3 Financiële instellingen

Banken bieden allerlei formules aan om bouwprojecten te realiseren met privaat kapitaal. Sommige banken voorzien in een *all-in* formule, waarbij zij optreden in een dubbele rol: als bouwheer en als financier. Zij nemen het opvolgen van de bouwwerkzaamheden over van de uitbater van de voorziening. Aangezien de uitbater niet diezelfde expertise heeft, is hij vaak vragende partij voor uitbesteding.

De Vlaamse minister van Binnenlands Bestuur, Stedenbeleid, Wonen en Inburgering verbood deze formule recentelijk in een dossier waar een OCMW de initiatiefnemer was. De Vlaamse Adviescommissie voor Overheidsopdrachten is er immers van overtuigd dat het systeem de prijzen opdrijft.

3. VVI, *Betaalbaarheid & toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg in België: knelpunten & voorstellen*, 2008.

3.1.4 PPS-projecten

Op dit ogenblik lopen er weinig PPS-projecten (Publiek-private samenwerking) in algemene ziekenhuizen, ouderenzorg of geestelijke gezondheidszorg (voor zover bekend op de website van het Vlaams Kenniscentrum PPS, op datum 18.11.2008). Het gaat met name over:

- OCMW Schoten: 110 zorgflats, dienstencentrum van 1000 m² en een ondergrondse parking, voor ± € 20 miljoen, Privaat vastgoed – Publiek vastgoed (DesignBuildMaintenance-contract).

3.1.5 Vastgoedbedrijven⁴

Wanneer we kijken naar de vastgoedbedrijven in de markt stellen we vast dat er in de sector ouderenzorg enkele sterk groeiende spelers aanwezig zijn. De voornaamste spelers zijn Cofinimmo met 4.515 woonegelegenheden (o.m. Armonea en Senior Living Group NV) en Aedifica met 1.349 woonegelegenheden (situatie september 2008).

Voor een beknopt overzicht, zie bijlage 2.

Drijfveren van de vastgoedbedrijven:

- Een geïndexeerd bruto initieel huurrendement van meestal 6% à 6,50% (naargelang de contractvoorwaarden betreffende bv. het onderhoud van het gebouw);
- Een vastgoedsegment waarvan het ontwikkelingspotentieel hoog wordt ingeschat;
- Diversificatie van de portefeuille met een sector die stabiele inkomsten genereert en weinig risico inhoudt, zeker wanneer er met een professionele uitbater samengewerkt kan worden;
- Compensatie voor de risico's gekoppeld aan residentiële huurcontracten voor kortere termijn;
- Mogelijkheid van een snelle stijging van de omvang van de portefeuille.

3.2 Nuttige concepten en aandachtspunten

3.2.1 De Europese regels aangaande staatssteun

Een cruciaal instrument bij het organiseren van de Europese eenheidsmarkt is een eerlijke mededinging. De Europese mededingingsregels zijn van toepassing op *ondernemingen*.

Het EG-verdrag geeft zelf geen definitie van het begrip 'onderneming'. Het Europese Hof van Justitie heeft voor een functionele benadering van het begrip gekozen. Volgens het Hof⁵ is elke eenheid die een economische activiteit uitoefent op een bepaalde markt een onderneming. Onder 'economische activiteit' wordt verstaan iedere activiteit die bestaat uit het aanbieden van goederen en diensten⁶. Dus, niet de rechtsvorm of de wijze van financiering, maar de aard van de dienst zelf bepaalt of een aanbieder een onderneming is.

Een onderneming is niet per definitie een winstgevende entiteit. Ook social-profitinitiatieven, overheden en zelfs liefdadigheidsinstellingen kunnen ondernemingen zijn. Tevens zijn rechtspersoonlijkheid en het feit of de entiteit ressorteert onder publiek- dan wel privaatrecht⁷ irrelevant.

Het Hof van Justitie oordeelde reeds over een aantal gezondheidszorgactiviteiten. In de zaak *Ambulanz Glöckner*⁸ heeft het Hof gesteld dat ziekenvervoer een economische activiteit is. Dit vervoer wordt immers tegen vergoeding aangeboden door verschillende partijen op de markt van vervoer van spoedgevallen en van ziekenvervoer. *In casu* werden deze diensten zonder winstoogmerk aangeboden.

*Ook medische dienstverrichtingen worden telkenmale als economische diensten/activiteiten gekwalificeerd. Dat gebeurde reeds in 1984, bij de zaak Luisi en Carbone*⁹. Achteraf heeft het Hof deze rechtspraak

4. Het betreft hier de voornaamste vastgoedbedrijven die niet tegelijk uitbaters van zorg zijn. Opgeliet: de vele kleine spelers hebben we niet in ogenschouw genomen.

5. O.a. H.v.J., 23 april 1991, Höfner en Elser, zaak C-41/90, *Jur.* 1991, I-1979.

6. H.v.J., 16 juni 1987, Commissie/Italië, zaak 118/85, *Jur.* 1987, 2599.

7. B. KARL, 'Competition law and health care systems', in M. MCKEE; E. MOSSIALOS; R. BAETEN (eds.), *The impact of EU law on health care systems*, P.I.E. Peter Lang, Brussel, 2002, 161.

8. H.v.J., 25 oktober 2001, *Ambulanz Glöckner*, zaak C-475/99, *Jur.* 2001, I-08089.

9. H.v.J., 31 januari 1984, *Luisi en Carbone*, 286/82 en 26/83, *Jur.* 1984, 377.

herhaaldelijke keren bevestigd, o.a. in de zaak *Society for the Protection of Unborn Children Ireland/Grogan*¹⁰. Het Hof preciseerde later dat het feit dat de medische prestatie niet rechtstreeks door de zorggebruiker betaald wordt, maar door tussenkomst van ziekenfondsen of publieke middelen, niet ter zake doet. Zo oordeelde het Hof in de zaak *Veedfald/Arhus Amtskommune*¹¹ dat de vervaardiging in het ziekenhuis van producten die bij de verrichting van medische diensten binnen dit ziekenhuis worden gebruikt, een economische activiteit is. Het feit dat deze prestatie niet rechtstreeks door de zorggebruiker wordt betaald, maar volledig met publieke middelen wordt gefinancierd, deed geen afbreuk aan de kwalificatie 'economische activiteit'.

Ziekenhuizen, geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen en ouderenzorgvoorzieningen kunnen – conform deze redenering – in de Europese terminologie theoretisch gezien wel degelijk 'ondernemingen' zijn. Zij bieden hun diensten immers aan tegen betaling. Dat de zorggebruiker niet rechtstreeks betaald is hierbij van geen belang.

Instellingen in welzijns- en gezondheidszorg zouden aan de definitie van 'een onderneming' kunnen voldoen en kunnen bijgevolg in beginsel onderhevig zijn aan de Europese mededingingsregels. Het is dus van belang de regels m.b.t. staatssteun te bekijken. Die maken een wezenlijk deel uit van deze Europese mededingingsregels. Die regels specificeren een principieel verbod op staatssteun voor ondernemingen. Met andere woorden: alle overheidssteun (ruim geïnterpreteerd als *elk* voordeel, bv. rechtstreekse financiering) aan 'ondernemingen' is in wezen in conflict met de Europese regels.

Er geldt echter een soort van gunstregime wanneer de overheid deze steun verleent aan ondernemingen met het oog op / in ruil voor het aanbieden van (zogenaamde) economische diensten die van algemeen belang (DAEB) zijn. Het lijkt geen twijfel dat de diensten van algemene ziekenhuizen, geestelijke gezondheidszorg en ouderenzorg daartoe behoren.

Het gunstregime komt hierop neer: wanneer de overheid erin slaagt aan te tonen dat ze steun (of voordeel) geeft nodig voor de uitvoering van de DAEB, dan is deze steun gerechtvaardigd. Aantonen dat het verleende bedrag strikt noodzakelijk is om de DAEB uit te voeren is voldoende bewijs. Méér steun verlenen dan strikt noodzakelijk – en dus overcompenseren – is dan weer (verboden) staatssteun en moet in principe worden teruggevorderd. De regels voor de toets die de overheden moeten doen, worden het 'Altmark-pakket' genoemd, naar het zogenaamde arrest 'Altmark' van het Hof van Justitie.

Een en ander is momenteel in de Europese actualiteit en de evolutie (in de rechtspraak) daarvan is te verwachten in de komende jaren.

Het bovenstaande toont aan dat Europa zelfs de steun die de overheid geeft aan entiteiten die diensten van algemeen belang aanbieden – diensten die zonder deze steun, waarschijnlijk niet zouden aangeboden kunnen worden – niet ongemoeid laat.

3.2.2 De vraag naar woondifferentiatie

Meer en meer vragen zorggebruikers een groter comfort tijdens het ziekenhuisverblijf. In die zin verdwijnen de meerpersoonskamers geleidelijk ten voordele van de duurere één- en tweepersoonskamers.

De subsidiëring door de federale en Vlaamse overheid voor de infrastructuur en uitrusting van een algemeen ziekenhuis bedraagt gemiddeld goed € 22 per verblijfsdag, ongeacht het type kamer. Voor een psychiatrisch ziekenhuis is dit een kleine € 20 per dag.

Ouderenzorg voorziet in een woonvervangende leefomgeving. Hier is de vraag naar woondifferentiatie sterk aan het groeien. De ouderen van vandaag zijn meer luxe gewoon dan vroeger. Een deel van hen kan bovendien meer spenderen. De verdeling van de rijkdom onder de ouderen is echter zeer ongelijk. De vermogensverdeling is ongelijker dan de inkomensverdeling: de 10% hoogste inkomens in België ontvangen ongeveer 30% van de inkomensmassa en bezitten zo'n 50% van de vermogens.¹² Ook het volume aan erfenissen is ongelijk verdeeld: 25% tot 39% van de erfenissen komt terecht bij 1% van de

10. o.a. H.v.J., 4 oktober 1991, *Society for the Protection of Unborn Children Ireland/Grogan*, zaak C-159/90 *Jur.* 1991, I-4685, H.v.J., 28 april 1998, Kohll, zaak C-158/96, *Jur.* 1998, I-1931.

11. H.v.J., 10 mei 2001, *Veedfald/Arhus*, zaak C-203/99, *Jur.*, 2001, I-3569.

12. Cf. J. TRUYERS, 'Vaert wel ende levet scone', in *Het eerste woord* (februari 2006), pp. 1-3.

gezinnen, en 52% tot 76% van de erfenissen komt terecht bij 5% van de gezinnen.¹³ De omvang van de erfenissen ten opzichte van het inkomen zal na 2030 toenemen.¹⁴ Bovendien hebben niet alle ouderen kunnen bijsparen met een aanvullende pensioenverzekering.

De VIPA-subsidie voor een bewoner in een ouderenzorgvoorziening komt overeen met ongeveer € 7 per dag, ongeacht vermogen, inkomen of comfortvraag.

In de geestelijke gezondheidszorg bevinden de zorggebruikers zich meestal in een situatie van steun-trekker. Ze hebben vaak nood aan heropnames en dus langdurige zorg. De VIPA-subsidieregeling in de sector van de psychiatrische verzorgingstehuizen is gelijkaardig aan die van de ouderenzorg. Zo'n regeling is er echter niet voor het Beschut Wonen en voor de centra voor geestelijke gezondheidszorg. Als we rekening houden met de federale financiering van de investeringen in infrastructuur, komt de overheidssubsidie voor een bewoner van een psychiatrisch verzorgingstehuis neer op ongeveer € 4,5 per dag.

3.2.3 *Het draagvlak van de solidariteit*

Het is onmogelijk om uitspraken te doen over een eventueel aanvaardbare graad van privatisering zonder het draagvlak van de solidariteit te onderzoeken. Een sociaal zekerheidssysteem is immers op solidariteit gebaseerd.

Definitie van solidariteit

Solidariteit verwijst naar het bewustzijn van saamhorigheid en de bereidheid om de consequenties daarvan te dragen.

Het solidariteitsbeginsel is een beginsel uit de verzekeringsstelsels waarbij alle verzekerden meebetalen aan de kosten van elke verzekerde. Het verwijst naar een systeem van sociale bescherming en de mate waarin risico gedeeld wordt onder verzekerden.

Sterke solidariteit verwijst naar een hoge en brede mate van sociale bescherming (een brede risicodkking voor iedereen) Zwakke solidariteit verwijst naar een eerder beperkte en/of selectieve mate van bescherming (beperkte risicodkking waarbij sommige mensen zich een aanvullende verzekering kunnen permitteren).

Waar een klein, maar catastrofaal risico wordt gelopen kan dat risico worden gedeeld door een verzekering: alle deelnemers betalen een premie en dekken zo mee de schades. Als ze zelf schade hebben kunnen ze die verhalen op de verzekering. Voorwaarde voor een verzekering is dus een grote groep verzekerden die met hun premie het risico willen helpen dekken. Vaak dekt een verzekering verschillende risico's tegelijkertijd. Bundeling van extra risico's is mogelijk zolang alle verzekerden het belang van dekking van dat extra risico inzien. Als ze dat niet meer doen zullen ze kiezen voor een verzekering die het extra risico niet dekt.

Als zodanig heeft een sterk solidaire financiering van welzijns- en gezondheidszorg via de sociale verzekering een maatschappelijk draagvlak nodig met een grote bereidheid tot solidariteit.

De motivatie voor solidair gedrag

De motivatie voor solidariteit is tweevoudig:¹⁵

- Inkomensoverdrachten kunnen gebaseerd zijn op **altruïsme**, waarbij men solidair wil zijn met anderen zonder dat hiermee overwegingen van eigenbelang gemoeid zijn;
- Inkomensoverdrachten kunnen ook gebaseerd zijn op **wederkerigheid**, waarbij men solidair wil zijn met anderen in de verwachting dat anderen ook solidair zijn met ons. In dit geval houden we rekening met de mogelijkheid dat we zelf tot de zwakkere groep kunnen gaan behoren. Solidariteit is dan een zaak van welbegrepen eigenbelang.

Twee essentiële vragen in een debat over het draagvlak van de solidariteit: **'Wie moet solidair zijn met wie?'** en **'Met wat moeten we solidair zijn?'**.

13. Cf. J. TRUYERS, 'Vaert wel ende levet scone', in *Het eerste woord* (februari 2006), pp. 1-3.

14. Cf. I. Van de Cloot, 'Worden we een natie van erfgenamen?', in *Financiële berichten* 2405 (2005), pp. 1-11.

15. K. GOUDSWAARD, *Grenzen aan de solidariteit*, 2004.

Het antwoord op deze vragen leidt tot verschillende invullingen van solidariteit. We zijn immers niet onbegrensd solidair met iedereen en ook niet voor alles.

Een gemengd stelsel

Het solidariteitsgevoel en de bereidheid tot betalen neemt af naarmate men situaties beoordeelt waar individuele mensen zelf impact op hebben (vb. roken, vb. het gebruiken van gezondheidszorg omwille van luxepreferenties, zoals plastische chirurgie omwille van louter esthetische redenen). In de praktijk zullen risico's meestal deels extern en deels beïnvloedbaar zijn. Dat betekent dat er altijd sprake zal zijn van een gemengd stelsel. Solidariteit is de basis, maar de nadruk op de eigen financiële verantwoordelijkheid wordt groter naarmate de risico's meer beïnvloedbaar zijn.

Begrenzing van de solidariteit

De vraag is hoe sterk de solidariteit moet zijn. Waar risico's beïnvloedbaar zijn – zoals hierboven aangehaald – is er minder solidariteit nodig. Hetzelfde geldt voor situaties waar de risico's goed gedragen kunnen worden. Een voorbeeld hiervan is de al dan niet gewenste solidariteit van jongeren met ouderen die vervroegd stoppen met werken. Deze solidariteit is misschien op zijn plaats wanneer het gaat over een verzorgende of verpleegkundige die 30 jaar een zwaar fysiek belastend beroep heeft uitgeoefend en echt niet meer mee kan. Voor een administratief medewerker die vervroegd wenst te genieten van een financieel aantrekkelijke, collectieve regeling is solidariteit minder vanzelfsprekend.

Er zijn grenzen aan de selectiviteit. Zo is er een link tussen selectiviteit gericht op de laagste inkomensgroep en het gevaar van de armoedevalproblematiek: doordat mensen op een gegeven ogenblik over een groter inkomen kunnen beschikken, kunnen ze hun uitkering verliezen en er qua netto-inkomen zelfs op achteruit gaan. Selectiviteit kan ook leiden tot een verlies aan draagvlak wanneer een bepaalde groep wel een premie moet betalen maar er nooit rechten aan zal kunnen ontleen.

In het thema **vergrijzing** is wat telt het nettoprofiel voor individuen en generaties als de solidariteit gemeten wordt over het gehele leven (en dus niet op een moment). Uit het rapport 'Ageing in the Netherlands'¹⁶ blijkt dat – als gevolg van de vergrijzing en bij ongewijzigde regelingen – de huidige jongeren en de toekomstige generaties aanzienlijke nettolasten zullen betalen, en de huidige 65-plussers een fors nettoprofiel kunnen verwachten. Wanneer vervroegde uittredingsregelingen besproken worden, zouden zij dus systematisch op hun intergenerationele aspecten moeten worden onderzocht.

Binnen ditzelfde thema van de vergrijzing is de **intragenerationele solidariteit** (de solidariteit binnen generaties) evenzeer belangrijk. Verschillende onderzoeken tonen aan dat gemiddeld genomen het inkomen van ouderen (fink) zal toenemen in vergelijking met vroeger, vooral als gevolg van het opbouwen van een aanvullend pensioen. Anderzijds zullen ook de verschillen in inkomen binnen de groep 65-plussers toenemen, en zelfs meer dan voor de rest van de bevolking. De vraag is of meer kapitaalkrachtige ouderen proportioneel meer kunnen bijdragen aan de duurder wordende voorzieningen voor hun eigen generatie. Het belasten van het inkomen vergroot de intragenerationele solidariteit en ontlast de jongeren en de komende generaties.¹⁷

16. C. VAN EWIJK; B. KUIPERS; H. TER RELE; M. VAN DE VEN, *Ageing in the Netherlands*, 2000, SDU uitgevers, Den Haag.

17. K. GOUDSWAARD, *Grenzen aan de solidariteit*, 2004.

4

Commerciële initiatiefnemers in de welzijns- en zorgvoorzieningen

Dit hoofdstuk gaat over het eventueel groeiend aantal voorziens van zorg wiens eerste drijfveer is het maken van winst. Zorg voorzien door de for-profit dus.

De analyse van dit thema doen we aan de hand van:

- Een opsomming van de voornaamste spelers op de markt;
- Nuttige concepten en aandachtspunten.

4.1 De voornaamste spelers op de markt

4.1.1 (Semi)residentiële ouderenzorg

Evolutie over 3 jaar (in aantal erkende rusthuiswoonegelegenheden)

Vlaanderen:

	Openbaar		Commercieel		VZW (1)		Totaal	
2003	23.624	39%	7.699	13%	29.531	49%	60.854	100%
2006	24.126	38%	7.093	11%	31.905	51%	63.124	100%
Evolutie		-1%		-2%		+2%		
2006	24.126	38%	7.093	11%	31.905	51%	63.124	100%
2007	23.745	37%	6.391	10%	33.758	53%	63.894	100%
Evolutie		-1%		-1%		+2%		

Bron: Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid

(1) Het groeiend aandeel van het vzw-segment in de sector van de ouderenzorgvoorzieningen heeft deels te maken met de juridische transformatie die een aantal commerciële voorzieningen ondergaan in het kader van de scheiding tussen exploitatie en vastgoed. Een bijkomend element is de overstap die door enkele openbare voorzieningen gemaakt wordt naar het statuut van de autonome vereniging. Daarnaast speelt de VIPA-subsidiëring een rol in de afbouw van capaciteit in enkele grotere openbare voorzieningen.

Wallonië:

	Openbaar		Commercieel		VZW		Totaal	
2003	11.448	26%	24.407	54%	9.010	20%	44.865	100%
2007	14.487	31%	21.346	46%	10.473	23%	46.306	100%
Evolutie		+5%		-8%		+3%		

Bron: DGASS

Brussel:

	Openbaar		Commercieel		VZW		Totaal	
2003	3.743	242%	10.263	65%	1.702	11%	15.708	100%
2008	3.716	24%	9.870	65%	1.685	11%	15.271	100%
Evolutie:		0%		0%		0%		

Bron: CBI en Infor-Homes Bruxelles

De voornaamste for-profitmarktspelers (situatie september 2008)

Wanneer we kijken naar de voornaamste marktspelers dan kunnen we een onderscheid maken tussen binnenlandse en buitenlandse commerciële groepen.

De sterkst groeiende binnenlandse commerciële groepen van ouderenzorgvoorzieningen zijn Armonea met 23 rusthuizen (2.535 bedden), Senior Assist met 26 rusthuizen (2.657 bedden) en Senior Living Group nv met 17 rusthuizen (2.600 bedden).

De voornaamste buitenlandse, met name Europese spelers, zijn de Franse Le Groupe Orpea en Le Groupe Korian. Zij tellen internationaal ruim 200 voorzieningen in de ouderenzorg, chronische zorg en revalidatie en psychiatrische zorg.

Voor meer gedetailleerde informatie, zie bijlage 3.

Een trend van consolidatie

We stellen meer en meer samenwerking vast tussen voorzieningen, ofwel binnen het kader van een commerciële investeringsmaatschappij, ofwel spontaan in de vzw- en publieke sector.

We spreken van consolidatie wanneer eenzelfde of grotere omzet gerealiseerd wordt door een geringer aantal bedrijven. In dat geval worden samenwerkingen opgezet of ontstaan fusies en overnames van kleinere voorzieningen. Dat gebeurt omwille van schaalvoordelen.

In Wallonië zijn er meer kleinere voorzieningen dan in Vlaanderen. De marktsegmentatie is er groter. Bovendien is de markt er minder beschermd tegen toetreding van nieuwe initiatiefnemers: in tegenstelling tot Vlaanderen zijn ook niet-erkende rusthuizen er toegelaten.

Verskillende factoren dragen bij tot het ontstaan van schaalvoordelen:

- Automatisering wordt lonend als de jaarlijkse productiehoeveelheid een bepaald minimum overschrijdt;
- De mogelijkheden voor specialisatie nemen toe als het jaarlijkse productievolume toeneemt;
- Grotere kortingen worden bekomen bij aankoop van een grotere hoeveelheid materiaal;
- Meer mogelijkheden tot professionalisering dienen zich aan: diverse experten en kwalificaties kunnen aangetrokken worden, zowel in de ondersteunende faciliteiten als in de core business;
- Personeelskosten en -problematieken kunnen beter gedragen worden en efficiënter worden aangepakt.

De invulling van de vooropgestelde aantallen

In de ouderenzorg bepaalt de overheid de toetreding tot de markt van de erkende rusthuiswoongelegenheden en serviceflats op basis van programmatieregels (een planning van maximale capaciteit op basis van cijfers over bevolkingsprognose en zorgbehoefte). De stand van zaken op 1 juli 2008 was voor Vlaanderen als volgt:

	Publiek	vzw	Commercieel / privé	Totaal
Erkend	24.003	33.389	6.467	63.859
in onderzoek (1)	165	388	351	904
gepland (2)	1.909	8.116	2.519	12.544
Totaal Vlaanderen (exclusief Brussel)				77.307
Te vergelijken met het programmatiecijfer voor 2008				81.456

Bron: Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid

- (1) In onderzoek wil zeggen 'voorafgaande vergunning, erkenning aangevraagd en in onderzoek'.
- (2) Gepland wil zeggen 'voorafgaande vergunning, maar nog geen erkenning aangevraagd' of met andere woorden 'in portefeuille'.

De programmatie (het vooropgestelde aantal) is al bijna volledig opgevraagd, maar voor meer dan 10% is er voorlopig geen uitbating op korte termijn.

Uit deze cijfers blijkt dat er weinig ruimte overblijft voor investeringsmaatschappijen die willen toetreden tot residentiële ouderenzorg. Dit betekent dat in verschillende Vlaamse regio's de enige weg voor toetreding erin bestaat bestaande voorzieningen over te nemen. In hoeverre de programmatie in de juiste verhouding staat tot de behoefte aan deze zorgvraag is nog een andere kwestie.

De financiering van de zorg aangeboden door de social-profitsector en de for-profitsector, is gelijk. Het enige verschil in financiering tussen social-profit- en for-profitvoorzieningen betreft de financiering van de investeringen in infrastructuur en de subsidiëring van de animatiefunctie. Dit laatste betreft de middelen die aan de ouderenzorgvoorzieningen toegekend worden om de leef- en welzijnscomponenten van het zorgaanbod uit te werken.

4.1.2 Algemene ziekenhuizen

Commercialisering wordt in de sector van de algemene ziekenhuizen vooral waargenomen op basis van het toenemend aantal privéklinieken (voornamelijk de specialiteiten plastische chirurgie, oogheelkunde, dermatologie en orthopedie) en een brede waaier aan extramurale artspraktijken. Voor een tentatieve en zeer heterogene lijst van privéklinieken reeds actief in Vlaanderen en Brussel, zie bijlage 4.

De voornaamste verklaring voor het vertrek van een aantal gespecialiseerde artsen uit ziekenhuizen is:

- de onderfinanciering van de ziekenhuizen (die leidt tot afdrachten van artsenhonoraria daar waar de arts in de private praktijk dit inkomen, overigens bedoeld ter financiering van de intellectuele prestatie, behoudt);
- de werkomstandigheden (zoals het vermijden van wachtdiensten die de arts in een ziekenhuis wel heeft);
- de technologische evoluties in de zorg (die het mogelijk maken om bepaalde ingrepen ambulante en niet noodzakelijk in een ziekenhuis uit te voeren).

4.1.3 Geestelijke gezondheidszorg

Ook in de geestelijke gezondheidszorg groeit het aantal commerciële initiatieven.

In België is het opstarten van een puur commerciële residentiële instelling gericht op geestelijke gezondheidszorg, niet evident. Zo moest een initiatief in het Brusselse (Hope One) na enkele jaren de deuren sluiten omdat het geen erkenning kreeg en dus geen financiële tussenkomst van het RIZIV voor de zorg voor zorggebruikers met psychiatrische stoornissen.

In de ambulante sector is het eenvoudiger om commerciële initiatieven op het getouw te zetten. De laatste jaren is er een toename van het aantal groepspraktijken, van vrijgevestigde psychiaters, psychologen of een combinatie van beiden. Deze tendens heeft zich in Nederland reeds veel verder doorgezet.

Voor de tweede- en derdelijnszorg gaan er stemmen op voor meer hybride organisatievormen die een bestaand en een commercieel circuit integreren. Hierbij neemt bijvoorbeeld het commerciële deel de huisvesting en de hotelfunctie voor zijn rekening, en beperkt de bestaande voorziening zich tot het verlenen van zorg.

Voornamelijk in Brussel en Wallonië zijn er commerciële, niet-erkende voorzieningen die onderdak bieden aan psychiatrische zorggebruikers die uit psychiatrische ziekenhuizen werden ontslagen en waarvoor er in de psychiatrische verzorgingstehuizen geen plaats meer is wegens het tekort aan capaciteit. Soms leidt dit tot schrijnende situaties.¹⁸

Naast de privé(groeps)praktijken van psychiaters en psychologen, bestaan er enkele grotere spelers in (voornamelijk) de Vlaamse werkgerelateerde zorg: ISW nv en de vzw Limits, POBOS en ICAS.¹⁹

18. We verwijzen naar het opvangtehuis Apollo, in De Standaard, 14 oktober 2008.

19. Cf. B. COOLS, 'Commercialisering in de geestelijke gezondheidszorg: bedreiging of kans?', in *Psyche 1* (maart 2008), pp. 7-11.

Algemene conclusie is dat commercieel initiatief in de geestelijke gezondheidszorg ontstaat daar waar de traditionele geestelijke gezondheidszorg leemtes laat omwille van de strakke regelgeving, of daar waar het doelpubliek een interessant rendement toelaat (cherry picking). Hierdoor komen mensen met een behoefte aan geestelijke gezondheidszorg vaak terecht in een niet-gereguleerd kader, met alle risico's van dien.

4.2 Nuttige concepten en aandachtspunten

4.2.1 De Europese regels aangaande de interne markt

Om de Europese eenheidsmarkt te realiseren, kent het Europees recht naast de regels van de mededinging ook de zogenaamde 'interne markt' regels. In tegenstelling tot de Europese mededingingsregels die zich tot ondernemingen richten, richten deze regels zich tot de overheden zelf.

Deze 'interne markt'-regels bevatten het verbod op het uitvaardigen van belemmerende maatregelen: maatregelen die het vrije verkeer 'storen', 'belemmeren' of 'minder aantrekkelijk maken'. In wezen werkt de interne markt dus deregulerend: ze verbiedt alle (per definitie belemmerende) vereisten voor markttoegang van personen, diensten en kapitaal, maar laat deze bij uitzonderingen en onder bepaalde voorwaarden wel toe.

De markttoegang voor initiatiefnemers (voorzieningen) in de gezondheids- en ouderenzorg valt onder het recht van vrije vestiging en vrij dienstenverkeer.

De vrijheid van vestiging, omschreven in art. 43 van het EG-verdrag, omvat het recht op vrije toegang tot dienstverrichtingen (die gewoonlijk tegen vergoeding geschieden) en de oprichting en het beheer van ondernemingen, overeenkomstig de bepalingen die door de wetgeving van het land van vestiging voor de eigen onderdanen zijn vastgesteld. Elke zelfstandige onderdaan van de EU kan zich dus vrij vestigen in een andere lidstaat en daar, volgens de wetgeving van dat land, ondernemen.

Het vrije dienstenverkeer van art. 50 van het EG-verdrag omvat het recht om dienstverrichtingen (die tegen een vergoeding geschieden) vrij aan te bieden in een andere lidstaat dan deze waarin men gevestigd is. In tegenstelling tot het recht op vrije vestiging gebeurt de dienstverrichting hier op tijdelijke en/of occasionele basis.

Een medische dienst valt onder het vrije verkeer van diensten (art. 49 van het EG-verdrag). Dat heeft het Hof van Justitie voor het eerst duidelijk gemaakt in de zaak *Luisi en Carbone*²⁰ (zie hoger). Achteraf heeft zij deze rechtspraak herhaaldelijke keren bevestigd²¹. Er is dus geen twijfel over het feit dat ziekenhuizen onder het toepassingsgebied van de vrije verkeersbeginselen vallen. Hun diensten of kernwerkzaamheden zijn immers economisch van aard.

Deze redenering volgend valt ook de ouderenzorg onder het vrije verkeer van diensten. Immers, in de zin van het EG-verdrag is iets een dienst als deze tegen een economische tegenprestatie geleverd wordt en dan valt die dienst onder het toepassingsgebied van de regels van de interne markt. Net zoals voor een medische dienst betaald wordt – door de zorggebruiker en/of derdebetalder, dat is irrelevant – gebeurt dit ook voor de ouderenzorg.

De meeste onroerende goederen zijn economische goederen in de zin van het vrije verkeer van goederen. Ook in de sector van de algemene ziekenhuizen, geestelijke gezondheidszorg en ouderenzorg, moeten vele producten zich volgens de Europese regels vrij kunnen bewegen op de Europese markt.

Belemmerende maatregelen kunnen evenwel gerechtvaardigd worden door de overheid die ze uitvaardigt. Deze rechtvaardiging is er wanneer deze overheid erin slaagt aan te tonen dat de maatregel noodzakelijk is om een doelstelling van algemeen belang te bereiken en hiermee proportioneel (in een redelijke verhouding) staat.

20. H.v.J., 31 januari 1984, *Luisi Carbone*, gevoegde zaken 286/82 en 26/83, *Jur.* 1984, 377

21. o.a. H.v.J., 4 oktober 1991, *Society for the Protection of Unborn Children Ireland/Grogan*, zaak C-159/90 *Jur.* 1991, I-4685, H.v.J., 28 april 1998, *Kohll*, zaak C-158/96, *Jur.* 1998, I, 1931

Een voorbeeld uit de sector van de sociale zekerheid, met name voor het goederenverkeer, is het volgende. In het arrest *Commissie/België* (C-38/03) beschouwde het Europees Hof van Justitie de Belgische terugbetalingcriteria als een ongeoorloofde belemmering van het vrij goederenverkeer. Zo voorzag het K.B. van 31 augustus 1998 in een reeks technische criteria – waaronder de vereiste diameter van de wielen waaraan rolstoelen dienen te voldoen – om in aanmerking te komen voor een verzekerings-tegemoetkoming. Ze golden onverkort, zelfs al voldeden de rolstoelen aan de CE-markering (Europees kwaliteitslabel). Het Europees Hof vond de belemmerende maatregel ongegrond. Ook de vereiste dat rolwagens leverbaar moesten zijn in minimum vier zitbreedtes om in aanmerking te komen voor terugbetaling, doorstond de toets niet.

Zo zou het vereisen van een bepaalde rechtsvorm om zich te mogen vestigen als rusthuis, ziekenhuis of geestelijke gezondheidszorgvoorziening of om subsidies te krijgen, in beginsel een belemmering op het vrije recht op vestiging uitmaken. Het zou (buitenlandse) instellingen (die niet zonder winst oogmerk opereren) hun recht op vrije vestiging onmogelijk maken. Dergelijke vereisten dienen dus door de overheid verantwoord te worden.²²

Zoals gesteld zijn ook maatregelen die weliswaar het recht op vrij verkeer niet onmogelijk doch enkel minder aantrekkelijk maken, onverminderd onderhevig aan de interne marktregels. Wel kunnen ook deze gerechtvaardigd worden door de overheid die ze uitvaardigt.

Dit wordt bijvoorbeeld duidelijk wanneer overheidssteun onthouden wordt aan bepaalde instellingen, terwijl andere deze steun wel genieten, zoals hoger vermeld.²³ Zo heeft het Europese Hof van Justitie in het arrest *Sodemare* uit 1995 gesteld dat de Italiaanse regeling die overheidstussenkomst voor de kosten van sociale dienstverlening op het gebied van de gezondheidszorg voorbehoudt aan vennootschappen zonder winst oogmerk, niét onverenigbaar is met het recht op vrije vestiging. De verzoeker in deze zaak was een Italiaanse commerciële vennootschap die ouderenvoorzieningen wenste te exploiteren. Gezien dit arrest maar één specifieke casus behandelt, kunnen hieruit echter geen algemene conclusies worden getrokken.

Wat de markttoegang van (commerciële) initiatiefnemers in de sector van de algemene ziekenhuizen, geestelijke gezondheidszorg en ouderenzorg betreft, moeten we besluiten dat er momenteel de grootst mogelijke rechtsonzekerheid bestaat. In principe zijn alle maatregelen in beginsel belemmerend. De interne markt vraagt dan ook rechtvaardiging van alle belemmerende maatregelen, bijvoorbeeld op basis van een (aanzienlijk) kwaliteitsverschil. Het is van belang te onderstrepen dat de nog schaarse rechtspraak in deze geen duidelijk beeld geeft voor deze sector. Bovendien kunnen uit specifieke casussen geen algemene conclusies worden getrokken, aangezien het Hof van Justitie geval per geval oordeelt en haar rechtspraak nog evolueert.

4.2.2 Zorg, een bijzonder product

Welzijns- en gezondheidszorg is een bijzonder product en wel op twee manieren. Enerzijds vanwege haar inherente doelstelling (het ethische aspect) en anderzijds wat betreft haar aangewezen organisatiewijze (het economische aspect).

De inherente doelstelling van welzijns- en gezondheidszorg vanuit ethisch oogpunt²⁴

De meeste geïndustrialiseerde samenlevingen hebben complexe en uitgebouwde systemen van publiek georganiseerde welzijns- en gezondheidszorg. Zorg is een integraal onderdeel geworden van het sociale, politieke en economische apparaat van de samenleving.

Zorg is een complex kader van instituties, diensten, goederen en beleidsmaatregelen die worden georganiseerd volgens drie doelen:

22. Zie bv. ook de procedures die momenteel lopen tegen verscheidene lidstaten, meer bepaald tegen Oostenrijk, Spanje, Italië en Duitsland, omwille van hun (te strikt vermeende) reglementering m.b.t. de vestiging van apotheken. Zie Press release Rapid IP/06/858, website Europese Unie.

23. Om verwarring te vermijden: daar waar de Europese mededingingsregels de opportuniteit van een bepaalde overheidssteun in vraag stelt, stellen de interne marktregels zich de vraag of het onthouden van deze overheidssteun aan bepaalde personen, instellingen (g)een belemmering uitmaakt van het vrij verkeer. Buitenlandse producten, personen of instellingen, die niet in aanmerking zouden komen voor de steun, zullen hierdoor immers ontmoedigd kunnen raken om hun diensten of goederen aan te bieden in die andere lidstaat.

24. Y. DENIER, *Efficiency, Justice & Care: Philosophical Reflections on Scarcity in Health Care*, 2005.

1. *Preventie* van ziekte, afhankelijkheid en handicap is een eerste doel. Dit omvat de minder zichtbare welzijns- en gezondheidsgerelateerde diensten: preventieve medische zorgen, zoals vaccinatie, prenatale zorgen, tandzorg; en bredere maatregelen in volksgezondheid, zoals milieubeleid, voedingscontrole, waterzuivering, enz.
2. *Genezing en herstelbevordering* (i.e. 'cure') is een tweede doel. Het omvat de meest zichtbare en gekende vormen van persoonlijke medische zorgen in geval van ziekte.
3. Het bieden van *omvattende kwaliteitszorg en ondersteuning* (i.e. 'care') wanneer genezing en herstel niet meer mogelijk zijn, is het derde doel. Dit omvat de brede waaier aan medische en sociale diensten ter ondersteuning van chronisch zieken, gehandicapten en ouderen, zoals palliatie bij stervenden.

De welzijns- en gezondheidszorg heeft een grote impact op het persoonlijk welzijn. Immers, ze bepaalt mee het risico dat men loopt om ziek te worden, de waarschijnlijkheid van genezing en herstel en de mate waarin men zal worden opgevangen en verzorgd wanneer herstel niet (meer) mogelijk is.

Welzijns- en gezondheidszorg speelt dus een belangrijke rol in het realiseren van sociale rechtvaardigheid. Ze heeft een aanzienlijke invloed op de gezondheidsstatus van mensen en zo ook op de kansen en mogelijkheden die men in het leven heeft.

We maken een onderscheid tussen basiszorg en andere vormen van zorg. Onder basiszorg (vaccinatie, tandzorg, heupprothesen,...) verstaan we die zorg die voor iedereen noodzakelijk is om te overleven en om een kwalitatief leven als volwaardig lid van de samenleving te realiseren. Die zorg moet daarom voor iedereen toegankelijk, even kwalitatief en betaalbaar zijn. Daarnaast bestaan er andere vormen van zorg die zich meer op het domein van wensgeneeskunde (plastische chirurgie om louter esthetische redenen, ...) situeren.

Vanuit de inherente doelstelling van basiszorg kunnen we vier goede redenen geven voor collectieve financiering (via inkomensherverdeling).

1. Basisbehoeften inzake zorg zijn meer ongelijk verdeeld dan andere basisbehoeften zoals voedsel, kleding en onderdak. Sommige mensen hebben duidelijk meer behoefte aan zorg dan anderen, terwijl de behoefte aan voedsel, kleding en onderdak globaal genomen ongeveer gelijk is.
2. Zorgbehoeften zijn in hoge mate onvoorspelbaar doordat het lot hierin een rol speelt.
3. Het tegemoetkomen aan zorgbehoeften heeft een belangrijke impact op de kansen en mogelijkheden die mensen in het leven hebben.
4. Het tegemoetkomen aan bepaalde zorgbehoeften kan zeer duur zijn. De kost ervan kan het persoonlijke betaalvermogen overstijgen.

De aangewezen organisatie vanuit economisch oogpunt

Voor de goede organisatie van zorg is een gereguleerde markt noodzakelijk. Reden hiervoor zijn verschillende mankementen verzameld onder de noemer 'marktfalingen.' We beschrijven twee vormen van marktfaling in de welzijns- en gezondheidszorg.

Zorg als verdienstengoed

Economen beschouwen welzijns- en gezondheidszorg als een **verdienstengoed** (merit good). De consumptie van zorg heeft immers een effect dat boven het louter individuele belang uitstijgt. Zo wordt iemand die zich inent tegen de griep er niet alleen persoonlijk beter van. Het voordeel geldt ook anderen: zo wordt griep minder overgedragen. Iemand die rookt maakt niet alleen zelf grotere kans op longkanker, maar benadeelt ook iedereen die de rooklucht inademt.

De afweging van kosten en baten door individuen is wat speelt in de vrije markt. Van zodra het consumeren van een product door een individu positieve of negatieve externe effecten heeft, consumeert het individu minder of meer van het product dan maatschappelijk wenselijk is. Dan is er een overheidsregulering nodig die dit consumptiegedrag stimuleert (bv. subsidies, inentingscampagnes, verplichte inentingen) dan wel afremt (bv. heffen van belastingen op alcohol en tabak, of zelfs roken in publieke plaatsen verbieden).

Asymmetrische informatie

Overheidsregulering is ook nodig in het geval van **asymmetrische informatie** tussen vrager en aanbieder, een andere vorm van marktfaling in de zorg. Overheidsregulering dient de markt transparanter te maken. Vooral in de verzekeringsmarkt kunnen informatieproblemen aanzienlijk zijn. Deze betreffen voornamelijk:

- *moral hazard (vrijbuitergedrag)*: omdat ze verzekerd zijn, gedragen mensen zich anders (overconsumptie van zorg of geneesmiddelen, minder aandacht voor preventie...). De overheid kan daartegen optreden door te proberen het voorschrijfgedrag van artsen te wijzigen, door informatiecampagnes op te zetten rond rationeel geneesmiddelengebruik en gezonde levensstijl, door remgelden te vragen.
- *adverse selection (risicoselectie)*: indien de verzekeraar geen informatie heeft over de gezondheidssituatie van een potentiële klant, moet hij een gemiddelde prijs zetten. De klant kent zijn eigen situatie echter wel. Verkeert die klant in goede gezondheid, dan zal hij niet bereid zijn zich te verzekeren tegen een gemiddelde prijs. Die is immers voor hem te hoog. Verkeert de klant in slechte gezondheid, dan zal die zich wel willen verzekeren. Voor hem is de kostprijs relatief beperkt in vergelijking met het risico dat hij loopt. In een vrije markt weet de verzekeraar dat goede risico's zich niet zullen verzekeren tegen een gemiddelde prijs. Daardoor ontstaat er een opwaartse druk op de premies. Deze eindigt bij de allergrootste risico's en de hoogste premie. De premie kan zodanig hoog oplopen dat er geen markt meer voor is. De verzekeraar zou dit kunnen oplossen met productdifferentiatie of met premiedifferentiatie. Een economische analyse van welvaarts-optimale situaties leert dat beide slechte oplossingen zijn:
 - In het geval van productdifferentiatie worden de goedkope maar minder volledige polissen gekozen door de lage risico's en de dure maar volledige polissen door de hoge risico's. De lage risico's verzekeren zich misschien minder dan ze zouden willen (indien ze ruim verzekerd willen zijn).
 - In het geval van premiedifferentiatie zijn bepaalde risico's niet meer verzekeraar, bv. genetisch bepaalde ziekten (te hoge mate van voorspelbaarheid) of psychiatrische aandoeningen (moeilijk af te bakenen). Dit geldt voor aandoeningen die een grotere kans op schade hebben, die een kans op grote schade hebben, waarbij de gemiddelde schade groter is, of waarbij het moral hazard principe meer speelt.

Samengevat: er is collectieve financiering nodig omdat we een toegankelijke, kwalitatieve en betaalbare welzijns- en gezondheidszorg voor iedereen willen realiseren (het ethische aspect) en er is een overheidsregulering nodig omdat de markt als organisatorisch mechanisme van zorg en verzekering faalt (het economische aspect).

Overheidsregulering is nodig om de schaarse middelen optimaal in te zetten voor meer welvaart. Maar ook om te komen tot dat optimalewelvaarsniveau waar een samenleving voor kiest (i.e. de inhoud die een samenleving geeft aan een rechtvaardige welzijns- en gezondheidszorg). Voor dit laatste is niet zozeer een economisch, maar veel meer een ethisch en vooral een maatschappelijk debat nodig dat constant wordt gevoerd.

4.2.3 Maatschappelijk verantwoord waardegericht ondernemen

De commissie voor Ethiek van Zorgnet Vlaanderen bracht in februari 2008 een advies uit over de relevante ethische krachtlijnen in het vinden van een gepaste omgang met privatisering en commercialisering in de welzijns- en gezondheidszorg. Het advies vraagt de hulpverleners en de beleids mensen in de zorgvoorzieningen om kritisch na te denken over de wijze waarop gezondheidszorg voor iedereen toegankelijk, kwalitatief en betaalbaar kan zijn.

De commissie vertrok van enkele fundamentele waarden, zoals:

- het respect voor de gelijkwaardigheid van alle mensen;
- de optie voor het behoud en de bevordering van de sterke solidariteit;
- het realiseren van optimale menswaardigheid;
- de voorkeursoptie voor de zwakkeren en de minstbedeelden.

De commissie formuleerde zes concrete oriëntaties, met name:

- aan iedere persoon gelijke toegang bieden
- tot kwaliteitsvolle zorg
- bepaald en verleend op basis van zorgbehoefte
- georganiseerd volgens het principe van sterke solidariteit
- deugdelijk beheerd volgens principes van ethisch verantwoord ondernemen
- uitgevoerd binnen een sfeer van open communicatie, informatie en samenwerking.

U vindt het integrale advies nr. 11 'Privatisering en commercialisering in de gezondheidszorg: ethische reflecties vanuit het privaat social-profit initiatief' van de de Commissie voor Ethiek van Zorgnet Vlaanderen in bijlage 5.

5

Standpuntbepalingen

Zorgnet Vlaanderen heeft als doel het garanderen van toegankelijke, kwalitatieve en betaalbare zorg voor iedereen. De vrees bestaat dat een commercialisering van de welzijns- en gezondheidszorg de deur opent naar een grotere ongelijkheid in toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van zorg. Daarom voerde Zorgnet Vlaanderen hierover een onderzoek, in het bijzonder voor de zorg verleend door algemene en psychiatrische ziekenhuizen, (semi) residentiële ouderenzorgvoorzieningen en voorzieningen of centra voor geestelijke gezondheidszorg. Met dit cahier wil Zorgnet Vlaanderen een bijdrage leveren aan het maatschappelijke debat over privatisering, commercialisering en de graad van marktwerking in de Vlaamse welzijns- en gezondheidszorg.

De voorzieningen die lid zijn bij Zorgnet Vlaanderen kenmerken zich als volgt :

- Zij ondernemen altijd vanuit de doelstelling van toegankelijke, kwalitatieve en betaalbare welzijns- en gezondheidszorg;
- Zij herinvesteren alle gerealiseerde winsten in deze maatschappelijke doelstelling, ook in tijden van schaarse middelen;
- Vanuit een christelijk geïnspireerd ethisch denkkader plaatsen zij gezondheid in een perspectief van zin en doel van het leven en niet enkel in een economisch perspectief, met als uitgangspunt de solidariteit met de meest kwetsbare groepen in de samenleving.

5.1 De definities van privatisering, commercialisering en marktwerking

Privatisering, commercialisering en marktwerking kunnen in kaart worden gebracht aan de hand van een analyse van vraag en aanbod.

Langs de aanbodzijde

Privatisering gaat over het groeiend aandeel van private initiatiefnemers in de sector van de welzijns- en gezondheidszorg (zowel *social-profit* privaat als *for-profit* privaat). **Commercialisering** betreft het groeiende aandeel van de *for-profit* initiatiefnemers, als onderdeel van privatisering. In de praktijk bestaat er een evolutie van publiek naar privaat. Alle initiatiefnemers opereren in een welbepaalde marktcontext. Onder 'graad van **marktwerking**' verstaan we de mate waarin de marktkrachten verantwoordelijk zijn voor de prijsvorming, de hoeveelheid die geproduceerd en geconsumeerd wordt en de kwaliteit van het product. De graad van marktwerking bepaalt de verhoudingen tussen de verschillende actoren.

Langs de vraagzijde

Privatisering betekent ook dat het aandeel van de zorggebruiker in de totale zorgkost of in de kost van de vereiste infrastructuur toeneemt ten opzichte van het aandeel van de overheid.

5.2 Privatisering van de investeringen in infrastructuur

In alle sectoren van de zorg stellen we een groeiende vraag naar **woondifferentiatie** en **verblijfscomfort** vast. Deze vraag is het grootst in de residentiële ouderenzorg. De vraag stelt zich in welke mate de VIPA-subsidiëring deze trend dient te volgen. En in welke mate een vorm van intragenerationele solidariteit (tussen ouderen onderling) voor de infrastructuurkost van ouderenzorgvoorzieningen een uitkomst kan bieden.

Standpuntbepaling van Zorgnet Vlaanderen inzake privatisering

De basis voor de realisatie van de maatschappelijke doelstelling van kwalitatieve, toegankelijke en betaalbare welzijns- en gezondheidszorg is een subsidiëring van de zorg in functie van de zorgvraag. In de

zorgvraag moet er wel een onderscheid worden gemaakt tussen **zorgbehoefte** (die zo objectief mogelijk vastgesteld wordt) en **zorgpreferentie** (de wens voor zorg binnen het subjectieve preferentiekader van de individuele zorgvrager). Er is een draagvlak voor sterke solidariteit in zorgbehoefte, maar minder op het vlak van zorgpreferentie.

Tegen de achtergrond van het onderscheid tussen wonen en zorg en met de vraag welke vorm van solidariteit aangewezen is, vertaalt het onderscheid tussen zorgbehoeften en zorgpreferenties zich als volgt:

- **Sterke solidariteit** is gerechtvaardigd op het vlak van *behoeftegebonden* woonaspecten of woonaspecten die noodzakelijk zijn om in de zorgbehoefte te voorzien (zorggebonden woonaspecten). Het draagvlak voor solidariteit is groot als de mate van zorgbehoefte het criterium is. Een sterke solidariteit is nodig om binnen het domein van de zorg- of woonbehoeften een geneeskunde met twee snelheden te vermijden.
- Het is gerechtvaardigd dat er op het vlak van *preferentiegebonden* woonaspecten (zowel qua wooncomfort als qua keuze voor een residentiële setting zonder dat dit nodig is) overwegend beroep wordt gedaan op de **eigen financiële bijdrage van de zorggebruiker**. Voor de eigen keuzes en verantwoordelijkheden van personen is het draagvlak voor solidariteit gering.

Het onderscheid tussen wonen en zorg is geen basis voor een onderscheid tussen eigen financiering (eigen bijdrage) en collectief gedragen financiering (VIPA, sociale zekerheid of solidariteit die georganiseerd wordt op het niveau van de voorziening). Naarmate de zorgbehoefte toeneemt, dienen meer en meer woonaspecten een bijzondere, aan de zorg gerelateerde functie te vervullen. Naarmate de zorggebonden woonaspecten toenemen, kunnen wonen en zorg niet gescheiden worden en is sterke solidariteit aangewezen.

Het onderscheid tussen behoefte en preferentie is wel een noodzakelijke factor om het onderscheid te kunnen maken tussen collectieve en eigen financiering. Verder onderzoek naar de toepasbaarheid van het onderscheid tussen behoeften en preferenties op het vlak van zorg én wonen is aangewezen.

De relatie wonen-zorg impliceert dat de subsidiëring van infrastructuur van welzijns- en gezondheidszorgvoorzieningen essentieel is en dient mee te evolueren volgens de maatschappelijke maatstaf ter zake (zoals bv. het gaandeweg verdwijnen van meerpersoonskamers in ziekenhuizen, in psychiatrische verzorgingstehuizen en in ouderenzorgvoorzieningen).

Ook dienen alle mogelijkheden voor **intragenerationele solidariteit** op het vlak van infrastructuur voor zorgbehoeftege ouderen (in alle welzijns- of gezondheidszorgvoorzieningen) te worden onderzocht. De mogelijkheden van intragenerationele solidariteit moeten op macro-economisch niveau worden gesitueerd (inkomsten uit belastingen).

Op voorzieningenniveau zouden we meer luxueus ingerichte kamers kunnen voorzien, waarvoor een meerprijs gevraagd wordt overeenkomstig het extra comfort, én een marge daar bovenop (op een voor de gebruiker transparante wijze). De winst kan dan geherinvesteerd worden in meer kwaliteit van zorg voor iedereen. Dat kan de realisatie van een bepaalde graad van zorgpreferentie zijn die dan gelijk is voor bv. alle bewoners van de ouderenzorgvoorziening. De overheid is verantwoordelijk voor de financiering van de kost van de basiszorg. Dit is de zorg die voor iedereen noodzakelijk is om te overleven en om een kwalitatief leven als volwaardig lid van de samenleving te kunnen realiseren. In tijden van schaarste aan o.a. personele middelen is het niet de bedoeling dat een kleine groep van kapitaalkrachtige mensen op de wenken wordt bediend. Er is een rechtvaardige verdeling van de middelen nodig in relatie tot de zorgnoden van de bevolking.

5.3 Commercialisering

In de Vlaamse (semi)residentiële ouderenzorg is er voorlopig relatief weinig commercialisering. Het marktaandeel van de privaat commerciële sector bedraagt 10%. Een aantal commerciële organisaties brengen de uitbatingactiviteit immers onder in een vzw-statuut. Hier zijn twee redenen voor. Enerzijds is het voor hen vanuit bedrijfseconomisch standpunt aangewezen om het risico van de uitbating te scheiden van de eigendom van vastgoed. Anderzijds komen deze voorzieningen zo in aanmerking voor

de overheidssubsidie inzake animatie en infrastructuur. Daarnaast hebben enkele grotere investeringsmaatschappijen de markt van de ouderenzorg betreden. Zij stimuleren marktconsolidatie (eenzelfde of grotere omzet realiseren met een geringer aantal voorzieningen). Het valt te verwachten dat deze trend zich zal voortzetten.

De algemene ziekenhuizen worden via het toenemend aantal privéklinieken en extramurale artspraktijken geconfronteerd met commercialisering. De voornaamste verklaring voor het vertrek van een aantal gespecialiseerde artsen uit het ziekenhuis heeft te maken met de onderfinanciering van de ziekenhuizen (het afdragen van artsenhonoraria), de werkomstandigheden (wachtdiensten) en de technologische evoluties in de ziekenhuiszorg.

In de geestelijke gezondheidszorg vindt commercialisering voornamelijk plaats in specifieke deeldomeinen en voor specifieke zorggebruikersgroepen (zoals bv. in de ambulante sector, in de langdurige zorg, in de verslavingszorg). Een belangrijke verklaring voor de vastgestelde evolutie in de sector van de geestelijke gezondheidszorg is het gebrek aan voldoende capaciteit en het ontbreken van flexibele regelgeving. Daardoor ontstaan er leemtes, die leiden tot een aantal winstgevende niches (bv. de eenvoudigere behandelingen in de ambulante sector).

Standpuntbepaling van Zorgnet Vlaanderen inzake commercialisering

Wanneer een overheid in tijden van schaarse financiële middelen overweegt om commercieel initiatief aan te trekken, dan kan dit voor Zorgnet Vlaanderen enkel onder bepaalde voorwaarden:

- De maatschappelijke doelstelling moet blijven: toegankelijke, kwalitatieve en betaalbare zorg;
- Verlies van overheidsmiddelen of uitkering van overheidsmiddelen aan aandeelhouders is onaanvaardbaar;
- Engagement tot maatschappelijk verantwoord waardegericht ondernemen.

De overheid dient de maatschappelijke doelstelling van toegankelijke, kwalitatieve en betaalbare zorg te bewaken. Zij moet die doelstelling vertalen naar een **regelgevend kader** met betrekking tot: planning (afgestemd op de zorgnoden), erkenning, kwaliteit, toegankelijkheid tot en keuze voor de meest aangewezen zorg, (engagement tot) continuïteit van zorg, verbod op opnameselectie, verantwoorde prijszetting, lokale en maatschappelijke inbedding van het project... Dit kader moet voor alle ondernemers gelijk zijn. Hierop dient de overheid een efficiënt en effectief toezicht te organiseren, waarbij zij alle voorzieningen gelijk behandelt en de regels steeds gelijk toepast.

In een context van formele, gelijke behandeling benadrukt Zorgnet Vlaanderen dat de *social-profit* – in tijden van schaarse gemeenschapsmiddelen – een extra meerwaarde heeft: ze herinvesteert eventuele gerealiseerde winsten in de maatschappelijke doelstelling van de onderneming. De welzijns- en gezondheidszorgsector dient in eerste instantie de belangen van de zorggebruiker en de samenleving voor ogen te hebben, en niet de belangen van de aandeelhouders.

Bij een dienstverlening waar de **zorgbehoevendheid** overweegt, is het uitkeren van winst aan aandeelhouders niet aanvaardbaar. De overheid dient proportioneel, naargelang de verhouding tussen hotel- en zorgaspecten binnen de dienstverlening wijzigt, strengere criteria te stellen aan de uitkering van winsten aan aandeelhouders. Vanaf een bepaalde ernst van zorgbehoevendheid, moet zij kiezen voor het verplicht onderbrengen van de exploitatie van zorg in een vzw- of publiek (of gelijkaardig) statuut (ze moet zich daarbij hoeden voor schijn-vzw's). Naarmate zorggebruikers kwetsbaarder zijn, is de nood aan sociale bescherming groter.

Uitgaande van de maatschappelijke nood aan garanties op het vlak van gelijke toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van zorg, is **maatschappelijk verantwoord waardegericht ondernemen** in de sector van de welzijns- en gezondheidszorg voor alle zorgorganisaties onontbeerlijk. Maatschappelijk verantwoord waardegericht ondernemen impliceert minimaal het engagement om aan iedere persoon gelijke toegang te bieden tot kwaliteitsvolle zorg, bepaald en verleend op basis van zorgbehoefte, georganiseerd volgens het principe van sterke solidariteit, deugdelijk beheerd volgens principes van ethisch ondernemen en uitgevoerd binnen een sfeer van open communicatie, informatie en samenwerking (zie Zorgnet Vlaanderen, ethisch advies 11). Ook hiervoor dient de overheid expliciet te kiezen.

5.4 Meer marktwerking

Marktprikkels en deregulering kunnen een bijdrage leveren tot toegankelijke, kwalitatieve en betaalbare zorg wanneer ze leiden tot een verhoging van de efficiëntie van en keuzevrijheid binnen de zorgorganisaties. Een gezonde concurrentie is met andere woorden wenselijk in alle segmenten van de welzijns- en gezondheidszorg.

Een doorgedreven marktwerking houdt echter risico's in. In een vrije markt wordt immers onvoldoende rekening gehouden met de specifieke relatie tussen een zorgaanbieder en -gebruiker. Deze laatste bevindt zich in een kwetsbare positie gezien de asymmetrie van informatie.

Standpuntbepaling van Zorgnet Vlaanderen inzake meer marktwerking

De Europese, nationale en lokale overheden dienen blijvend oog te hebben voor het overleven van het sociale zekerheidsstelsel en voor de consequenties die deregulering kan hebben op de toegankelijkheid en kwaliteit van welzijns- en gezondheidszorg.

Een gezonde concurrentie is wenselijk. Dat betekent ook dat alle voorzieningen met gelijke middelen moeten kunnen deelnemen aan de competitie. Dit komt neer op een **aanpassing van de reglementering**, zowel op het vlak van het financieel beheer van de publieke sector (waar eventueel financieel verlies door de lokale overheid bijgesteld wordt), als op het vlak van de subsidiëring van de commerciële, vzw- en publieke sector (waar voor alle segmenten van de sector gelijke voorwaarden voor het verwerven en het aanwenden van subsidie dienen te bestaan). Indien men er bijvoorbeeld toch voor opteert om vanuit het lokale publieke initiatief financiële tegemoetkoming te voorzien in ouderenzorg, dan dienen deze op gelijke wijze te worden toegekend aan alle oudere residenten op het grondgebied van de betrokken gemeente en dit los van het beheersstatuut van de voorziening.

Een gezonde concurrentie moet door de overheid vooral ingevoerd worden in de samenhang van verschillende zorgproducten, en niet op het niveau van verschillende, afzonderlijke zorgproducten.

De overheid dient bijzondere aandacht te hebben voor de leefbaarheid van de voorzieningen die alle basiszorg (*met name de zorg die voor iedereen noodzakelijk is om te overleven en om een kwalitatief leven als volwaardig lid van de samenleving te kunnen realiseren*) aanbieden met respect voor het hoger vermelde kader van waarden, normen en controle.

Zorgnet Vlaanderen vreest dat bij een doorgedreven marktwerking de strategie van cherry picking de leefbaarheid van bestaande voorzieningen bedreigt, o.a. voorzieningen die zich inzetten voor continuïteit van zorg. Een sterke solidariteit en maatschappelijk verantwoord waardegericht ondernemen in de zorg is wenselijk. Dat is zo omdat de zorgbehoefte onder de bevolking ongelijk verdeeld is, omdat zij bovendien onvoorspelbaar is, omdat het tegemoet komen aan de zorgbehoefte een belangrijke impact heeft op de kansen en mogelijkheden die mensen in het leven hebben en omdat zorg zeer duur kan zijn. Daarom benadrukt Zorgnet Vlaanderen dat **samenwerking** de meest effectieve werkwijze is om de maatschappelijke doelstelling van toegankelijke, kwalitatieve en betaalbare zorg te realiseren. Zorgnet Vlaanderen doelt daarmee op samenwerking tussen voorzieningen onderling, tussen voorzieningen en beroepsgroepen en op samenwerking die innovatie aanmoedigt. Zorgnet Vlaanderen vraagt daarom dat de overheid samenwerking tussen voorzieningen, gericht op de realisatie van een maximale zorgcontinuïteit en differentiatie van zorg, ondersteunt als de meest effectieve wijze om de maatschappelijke doelstelling van toegankelijke, kwalitatieve en betaalbare zorg te realiseren. Daarenboven is het wenselijk dat zorginstellingen die zich engageren tot maatschappelijk verantwoord waardegericht ondernemen daartoe zoveel mogelijk aangemoedigd worden.

Literatuur

- BOUCKAERT, N., *Institutioneel pluralisme en het zorgbeleid in de Vlaamse residentiële ouderenzorg*, verhandeling ter verkrijgen van de graad van Handelsingenieur, KULeuven: Faculteit Economie en Bedrijfswetenschappen, 2008.
- COOLS, B., 'Commercialisering in de geestelijke gezondheidszorg: bedreiging of kans?' in *Psyché*, 20(2008)1, pp. 7-11.
- DAEMS, H., SYTSE, D., *Concurrentiestrategie en Concernstrategie*, Deventer: Kluwer Bedrijfswetenschappen, 1990.
- DE BOYSER, K., LEVECQUE, K., VRANKEN, J., 'Sociale ongelijkheid inzake gezondheid: een historiek van federale en Vlaamse beleidsantwoorden', in *Belgisch Tijdschrift voor Sociale Zekerheid*, (2007)3, pp. 493-513.
- DENIER, Y., *Efficiency, Justice and Care. Philosophical Reflections on Scarcity in Health Care*, Dordrecht: Springer, 2007.
- GOUDSWAARD, K., 'Grenzen aan de solidariteit', 2004, 14 p., niet gepubliceerd, beschikbaar op www.law.leidenuniv.nl.
- KARL, B., 'Competition Law and Health Care Systems,' in McKee, M.; Mossialos, E.; Baeten, R. (eds.), *The Impact of European Law on Health Care Systems*, Brussel: Peter Lang, 2002.
- MOESEN, W., *Handboek openbare financiën: Economie en overheid*, Leuven: Acco, 2006.
- PALM, I. (red), *De zorg is geen markt. Een kritische analyse van de marktwerking in de zorg vanuit verschillende perspectieven*, Rotterdam: Wetenschappelijk Bureau SP, 2005.
- VAN EWYJK, C., KUIPERS, B., TER RELE, H., VAN DE VEN, M., 'Ageing in the Netherlands', Den Haag, 2000.
- VVI, 'Betaalbaarheid & toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg in België: Knelpunten & voorstellen', Brussel, 2008.
- VVI-Commissie voor Ethiek, 'Privatisering en commercialisering in de gezondheidszorg: ethische reflecties vanuit het privaat social profit initiatief,' Brussel, 2008.

Bijlage 1

Met dank aan

- B. Cantillon:** Hoogleraar Universiteit Antwerpen, Departement Sociologie
- T. De Boeck:** Socialistische Mutualiteiten
- E. Gers:** Dexia Bank, Verantwoordelijke Social Profit Vlaanderen
- A. Höppener:** Psychiater en voormalig voorzitter (tot 1 juli 2007) van de Raad van Bestuur van Altrecht Geestelijke Gezondheidszorg
- N. Klazinga:** Hoogleraar Universiteit van Amsterdam, Academisch Medisch Centrum
- J. Lamotte:** Directeur KBC Verzekeringen
- W. Moesen:** Hoogleraar KULEUVEN, CES – Economie en Overheid
- G. Monfort:** Hoogleraar Erasmus Universiteit in Rotterdam, Bedrijfseconomie van de gezondheidszorg, en algemeen directeur van Prismant
- P. Muylers:** Gedelegeerd Bestuurder VOKA
- H. Nys:** Hoogleraar KULeuven, Centrum voor Biomedische Ethiek en Recht
- T. Peeters:** Emeritus aan de KULeuven, o.m. voormalig Voorzitter van de Studiecommissie voor de Vergrijzing
- G. Tegenbos:** Journalist bij De Standaard
- A. Vandevelde:** Hoogleraar KULeuven, Hoger Instituut voor Wijsbegeerte, Centrum voor Economie en Ethiek

Bijlage 2

Vastgoedbedrijven in de sector Ouderenzorg (*)

Vastgoedbedrijf (situatie september 2008)	Voornaamste kenmerken (vastgoed)	Rusthuizen in portefeuille
COFINIMMO	<ul style="list-style-type: none">– patrimonium = € 3,1 miljard (± 1,5 miljoen m²),– aandeelhouders: o.a. Dexia Group, Allianz Group en Compagnie du Bois Sauvage– dienstverlening op het vlak van het plannen van ruimte, onderhouden en beveiligen van het gebouw...	<ul style="list-style-type: none">– Armonea – groep Van den Brande (Palmir): 9 rusthuizen (819 bedden in Vlaanderen),– Armonea – Restel: 835 bedden in Wallonië en 330 in Brussel,– Senior Living Group: 10 van de 17 rusthuizen (958 bedden in Vlaanderen en 794 in Brussel)– diverse andere (in totaal is Cofinimmo eigenaar van het vastgoed van 4.515 erkende bedden, waarvan een zeer beperkt aantal service flats)
Aedifica	<ul style="list-style-type: none">– patrimonium = € 300 miljoen (± 150.000 m²),– aandeelhouders: o.a. Degroof Holding Luxembourg SA, Services et Promotion de Lasne NV, Stichting AK TIKVA & OCHER en ISIS BEVEK– exploitatielasten, onderhoudskosten en huurleegstand ten laste van de exploitant.	<ul style="list-style-type: none">– 12 rusthuizen (948 bedden in Brussel, 216 in Vlaanderen en 185 in Wallonië)

(*) Het betreft hier de voornaamste vastgoedbedrijven (die niet tegelijk uitbaters van zorg zijn).
Opgelet: de vele kleine spelers hebben we niet in ogenschouw genomen.

Bijlage 3

De voornaamste for-profitgroepen van ouderenzorgvoorzieningen in België (*)

De binnenlandse groepen:

Groep (situatie september 2008)	Voornaamste kenmerken
Armonea	<ul style="list-style-type: none">– fusie van Restel en de Groep Van den Brande,– exploiteert vandaag 23 rusthuizen (2535 bedden: 1347 in Vlaanderen, 893 in Wallonië en 295 in Brussel) (een nieuw rusthuis in Vlaanderen is voor 2009 gepland (120 woonegelegenheden)),– daarnaast 14 service flat residenties,– 30 mei 2007: acquisitie van 100% van de aandelen van de vastgoedactiviteit van de groep Van den Brande door het vastgoedbedrijf Cofinimmo – ook het vastgoed van Restel Résidences is grotendeels in handen van Cofinimmo
Senior Assist	<ul style="list-style-type: none">– ontstaan in oktober 2005, gefinancierd door enkele investeringsmaatschappijen,– exploiteert op 1 oktober 2007 12 rusthuizen, in maart 2008 26 rusthuizen, bijna uitsluitend via overname (2657 bedden: 1717 in Wallonië, 505 in Brussel en 435 in Vlaanderen),– in de regio Groot-Aalst en Brussel beschikken ze tevens over een thuiszorgnetwerk, genaamd Senior Assist Home Care
Senior Living Group NV	<ul style="list-style-type: none">– opgericht op 29 oktober 2004 door Waterland²⁵, om een leidende positie te verwerven in de sector van de Belgische rust- en verzorgingstehuizen,– zowel uitbreiding door nieuwe rusthuizen als door overname: momenteel 17 rust- en verzorgings-tehuizen (2600 bedden: 1.150 in Vlaanderen, 1.030 in Brussel en 420 in Wallonië),– zijn vastgoed is gedeeltelijk in handen van het vastgoedbedrijf Cofinimmo

²⁵ Waterland is ook eigenaar van MedHold NV (Antwerpen, Medische laboratoria) en Ortec NV Heverlee, Technische orthopedie).

De buitenlandse groepen:

Groep (situatie september 2008)	Voornaamste kenmerken
Le Groupe Orpea	<ul style="list-style-type: none"> - een van de voornaamste Franse spelers in de sector van de Europese gezondheidszorg (ouderenzorg, chronische zorg en revalidatie en psychiatrische zorg), 23.656 bedden verspreid over 251 voorzieningen: <ul style="list-style-type: none"> - Frankrijk: 204 voorzieningen, - Spanje: 16 voorzieningen, - België: 19 voorzieningen, - Italië: 11 voorzieningen, - Zwitserland: 1 voorziening, - de groep wil de volgende jaren een sterke positie uitbouwen op de Belgische markt van rust- en verzorgingstehuizen. Daarbij wordt een groei van 500 bedden per jaar in het vooruitzicht gesteld. Ze ziet onder meer een toekomst in gespecialiseerde verzorgingstehuizen voor bvb. Alzheimerpatiënten
Le Groupe Korian	<ul style="list-style-type: none"> - een van de voornaamste spelers in de sector van de Franse gezondheidszorg (ouderenzorg, chronische zorg en revalidatie en psychiatrische zorg), 210 voorzieningen

(*) Het betreft hier de grotere commerciële groepen.

Opgelet: de vele kleinere of recent opkomende spelers hebben we niet in ogenschouw genomen.

Bijlage 4

Tentatieve lijst van privéklinieken, reeds actief in Vlaanderen en Brussel

privé-kliniek (Nederlandstalig) op datum van 7 maart 2008	orthopedie	plastische chirurgie	psychiatrie	tandheelkunde	radiologie	urologie	oogheelkunde	neurologie	kindergeneeskunde	NKO	gyneacologie	interne geneeskunde	dermatologie	cardiologie	chirurgie	regio
Anca clinic	x															Gent
Dienst Orthopedie Regentie	x															St. Niklaas
voetchirurgie Bursens	x															Gent
Plasticonsult		x														Antwerpen
Dr. Robin van Look		x														Antwerpen
Dr. Clement Coenen		x														Wilrijk
Cosmipolis Clinic	x	x		x			x			x	x	x				Brugge
Dr. Peter Myny		x														Assebroek
Linea Aesthetica		x														Brussel
Wellness Kliniek België		x		x												Genk
Cosmo Plast		x														Hasselt
Dr. Wim De Maerteleire		x														Leuven
Dr. Luc Vrambout		x														Machelen
Body and Face Aesthetic and ...		x														Maldegem
Lipo Centrum België		x														Niewerkerken
Dr. J. Vandeputte		x														Oudenaarde
Dr. D'Hondt		x														Tongeren
BeauCare		x														Machelen
Mediclinic		x										x	x			Oud Heverlee
Van Canneyt clinic		x														Gent
Steenberg		x														Hasselt
dr. Monnaerts		x														St. Martens Latem
Urologisch centrum Brugge						x										Brugge
Oogkliniek Dr. E. Mertens							x									Antwerpen
Brussels Eye Doctors							x									Brussel
dr. Frank Goes							x									Antwerpen
LCK							x									Mol
dr. Ann De Knibber												x				Evergem
Dermatoclinic													x			Vosselaar
Bosdam	x															St. Niklaas
A.E.P. PSY & COACHING			x													Brussel
Louise Medical Center	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	Brussel
Total Beauty Clinic		x														Kortrijk
Aesthetic Clinics		x														Hasselt
Level4clinic		x														Hasselt

privé-kliniek (Nederlandstalig) op datum van 7 maart 2008	orthopedie	plastische chirurgie	psychiatrie	tandheelkunde	radiologie	urologie	oogheelkunde	neurologie	kindergeneeskunde	NKO	gyneacologie	interne geneeskunde	dermatologie	cardiologie	chirurgie	regio
Duinbergenclinic		x														Duinbergen
ortho clinic	x															Brugge
Locomotion	x															Baal
Orthopedisch centrum Willebroek	x															Willebroek
Laser Clinic Gent		x														Gent
Antwerp professional & medical building	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	Antwerpen
Aesthetic Surgery Clinic Dr. Dombard		x														Overijse
D&E kliniek		x														Ninove
Coupure Centrum		x														Gent
hair and beauty clinic		x														Antwerpen
European beauty clinic		x														Brussel
Royal beauty clinic		x														Tongeren
Eye and refractive centre							x									Ieper
Wellness clinic Brasschaat													x			Brasschaat
Ageing Male Clinic						x						x		x		Hasselt
Mondzorg Zichem				x												Zichem
Clinique de l'observatoire				x												Brussel
Vision clinic							x									Brussel
eye clinic							x									Leuven
Brussels Vision Clinic							x									Brussel
Groenhoven Clinic			x													Groenhoven
Oogartsencentrum Zuid-West Vlaanderen							x									Harelbeke
Medicis	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	Brussel
Health and Care Medical Center	x	x									x				x	Kraainem
dr. Kristin Smet													x			Drongen
Medical skin care													x			St. Truiden
the dermatology clinic													x			Antwerpen
Medisch Cabinet Electre		x											x			Brussel
Dermaclinic													x			Genk
Medi Louise Medical Center		x			x	x				x	x	x	x	x		Brussel
....																
TOTAAL	12	36	5	7	4	6	13	3	3	5	6	8	12	5	4	65

Bijlage 5

Privatisering en commercialisering in de gezondheidszorg: ethische reflecties vanuit het privaat social-profitinitiatief

Aansluitend bij een jarenlange traditie en in het kader van het maatschappelijke debat aangaande privatisering en commercialisering in de gezondheidszorg heeft de commissie voor ethiek een grondige bezinning doorgevoerd over deze problematiek. Het resultaat van deze bezinning vindt u in de hierna volgende visietekst.

Dit advies heeft een fundamenteel en algemeen karakter, waardoor concrete antwoorden op concrete vragen niet worden gegeven. Het advies is eerder bedoeld als ethisch geïnspireerd denkkader waarbinnen diverse aspecten van de problematiek rond privatisering en commercialisering in de gezondheidszorg op een verantwoorde wijze kunnen worden besproken. Als dusdanig beperkt het advies zich tot het uittekenen van de ethische krachtlijnen die van belang zijn in het vinden van een gepaste omgang met commercialisering in de gezondheidszorg.

Na bespreking in de VVI-bestuurscolleges heeft de raad van bestuur van het VVI dit advies goedgekeurd en heeft ze beslist dit advies als ethisch referentiedocument te aanvaarden in het kader van de eigen verbondswerking rond de thematiek van privatisering en commercialisering in de gezondheidszorg.

Het voorliggende advies is van een andere aard dan de meeste voorgaande ethische adviezen doordat het heel wat raakvlakken heeft met verschillende kernelementen van onze vzw-organisaties als onderneming. De problematiek rond commercialisering bevraagt de privaat-christelijke social profit instellingen naar hun specifieke eigenheid en identiteit op bedrijfseconomisch vlak en de gevolgen daarvan voor stakeholders en de ruimere samenleving.

Omwille van het identiteitsbevragende karakter van dit advies verzoekt de raad van bestuur van het VVI u om dit advies uitdrukkelijk te agenderen en te bespreken op uw raad van bestuur, alsook op de directievergaderingen, zodanig dat een ethisch verantwoorde omgang met privatisering en commercialisering in de gezondheidszorg nog meer ingang mag vinden in uw voorziening. Tevens zal deze ethische bezinning de kritische toetsing aan het concrete voorzieningsbeleid en de dagelijkse zorgpraktijk moeten begeleiden. Het lijkt ons dan ook noodzakelijk deze visietekst ook te agenderen op de vergaderingen van de plaatselijke commissies voor medische ethiek of van de ethische werkgroepen.

Het VVI hoopt met dit advies bij te dragen tot verdere reflectie over vragen inzake privatisering en commercialisering in de gezondheidszorg. Bij reflectie alléén moet het uiteraard niet blijven. Antwoorden op zulke vragen zullen hun uiteindelijke vertaling moeten vinden in herkenbare en werkbare vormen van een integraal ethisch beleid van de verzorgingsinstellingen. Het blijft immers een permanente opdracht om kritisch na te denken over de wijze waarop we kwalitatieve, toegankelijke en betaalbare gezondheidszorg voor iedereen kunnen realiseren.

Brussel, 28 februari 2008

Y. DENIER
C. GASTMANS
Stafmedewerkers

P. DEGADT
Gedelegeerd Bestuurder

Inhoudstafel

Inleiding	40
<hr/>	
1 Stand van Zaken	40
1.1. De Belgische gezondheidszorg: sterke solidariteit	41
1.2. Tendensen en uitdagingen	42
1.2.1 Enkele definities	42
1.2.2 Context	42
1.2.3. Tendensen van privatisering en commercialisering in de Belgische gezondheidszorg	43
1.2.4. Ethische uitdagingen	44
1.3. De specifieke positie van de verzorgingsinstellingen	44
1.3.1. De ziekenhuissector	44
1.3.2. Sector geestelijke gezondheidszorg	45
1.3.3. Sector ouderenzorg	45
1.3.4. Evenwicht in een spanningsveld van diverse taken, doelstellingen en invloeden	45
<hr/>	
2 Fundamentele waardeopties	46
2.1. Een optie voor verdelende rechtvaardigheid op grond van gelijkwaardigheid	46
2.2. Twee motieven voor sterke solidariteit	47
2.3. Bijdrage tot optimale menswaardigheid	48
2.4. Voorkeursoptie voor de minstbedeelden	48
2.5. Evangelische toets van bovenvermelde waarden	48
<hr/>	
3 Zes oriëntaties voor een integraal ethisch beleid van de verzorgingsinstellingen	49
3.1 Aan iedere persoon gelijke toegang bieden	50
3.2 Tot kwaliteitsvolle zorg	50
3.3 Bepaald en verleend op basis van zorgbehoefte	51
3.4 Georganiseerd volgens het principe van sterke solidariteit	51
3.5 Deugzaam beheerd volgens principes van ethisch verantwoord ondernemen	52
3.6 En uitgevoerd binnen een sfeer van goede communicatie, informatie en samenwerking	52
<hr/>	
Besluit	53
<hr/>	
Literatuur	54
<hr/>	
Tabellen en figuren	55
<hr/>	
Begeleidend kader	57

Inleiding

Een verzorgingsinstelling functioneert op basis van een sociaal contract tussen verschillende betrokkenen: patiënten, bewoners, gebruikers, hun naasten, hulpverleners, bestuurders, de overheden, ... De kracht en de toekomst van een voorziening en het welslagen van haar opdracht wordt op de eerste plaats bepaald door het gezamenlijk engagement tot zorgverlening, door de onderlinge afspraken hieromtrent, door goede verhoudingen tussen mensen binnen de voorziening en door een goede samenwerking tussen de verschillende verzorgingsinstellingen onderling. Hierdoor wordt een meerwaarde gecreëerd op ethisch, sociaal en economisch vlak.

Het risico bestaat echter dat een verzorgingsinstelling geleidelijk aan vervreemdt van de oorspronkelijke uitgangspunten en van haar maatschappelijke opdracht. Een sociaal contract is immers nooit een definitieve verworvenheid maar vormt een uitgangspunt voor permanente kritische reflectie en overleg. Een verzorgingsinstelling staat namelijk voortdurend voor de opdracht om zich te positioneren ten opzichte van de veranderende maatschappelijke context waarin zij functioneert.

In het hier voorliggende advies van de commissie voor ethiek van het VVI wordt het probleem behandeld van privatisering en commercialisering in de gezondheidszorg. De intrede van steeds meer commerciële initiatieven verontrust en vraagt om passende antwoorden. De vrije markt breidt zich uit op domeinen die voorheen sterk waren afgeschermd voor de economische sfeer en voornamelijk vanuit morele waarden en/of volgens een bepaalde traditie werden georganiseerd. Hierdoor dringen zich enkele prangende vragen op. Mogen de gezondheidszorg en de zorg in het algemeen aan de markt worden overgelaten? Is het de bedoeling dat voorzieningen winst maken ten behoeve van aandeelhouders of vennoten? Welke waarden prevaleren in de zorg? En hoe moeten voorzieningen zich gedragen in een wereld van toenemende privatisering en commercialisering?

De commissie heeft er uitdrukkelijk voor gekozen om deze vraagstellingen te behandelen vanuit het perspectief van de voorzieningen (het meso-perspectief). Achtereenvolgens worden in dit advies behandeld:



- Deel 1 De stand van zaken
- Deel 2 Fundamentele waardeopties
- Deel 3 Zes oriëntaties voor een integraal ethisch beleid van de verzorgingsinstellingen

1. Stand van zaken

In het eerste deel van deze visietekst wordt een overzicht gegeven van de feitelijke stand van zaken aan de hand van drie richtvragen:



- 1) Hoe is de Belgische gezondheidszorg opgebouwd? Op welke ethische principes steunt ze? (1.1)
- 2) In hoeverre zijn er tendensen van privatisering en commercialisering in de zorg en in welke mate bedreigen ze de ethische basis van de gezondheidszorg? (1.2)
- 3) Welke zijn de invloeden die de voorzieningen binnen deze context nu reeds ondervinden vanuit de zijde van de overheid (macro-niveau) alsook vanuit de hoek van de patiënten- en bewonerspopulatie (micro-niveau)? (1.3)

1.1 De Belgische gezondheidszorg: sterke solidariteit

Het Belgisch model van ziekteverzekering heeft enkele specifieke kenmerken (Schokkaert, 1998; Callens & Peers, 2003).

Enerzijds is het een universeel en verplicht systeem van ziekteverzekering waarin overheidsregulering een grote rol speelt. Dit systeem staat in voor de solidair verzekerde zorg, kent een uitgebreide dekking van de kosten voor de gezondheidszorg en wordt gefinancierd door solidariteit op basis van inkomen, staatstoelagen en alternatieve financiering (een percentage van de BTW-ontvangsten).

Anderzijds is het ook een liberaal systeem. Zo is er op de markt van de verstrekkingen een grote vrijheid voor verzekerden en verstrekkers. Aan de zijde van de verzekerden is er bijvoorbeeld grote keuzevrijheid in het zorgaanbod alsook de individuele vrijheid om aanvullende zorg te kopen via de concurrentiële vrije markt van private verzekeringen. Aan de zijde van de verstrekkers is er bijvoorbeeld de vergoeding per prestatie.

Om overconsumptie af te remmen wordt voor sommige prestaties een individuele bijdrage gevraagd: het remgeld.

Een specifieke middenpositie wordt uitgeoefend door een beperkt aantal mutualiteiten, die met elkaar concurreren en tegelijk functioneren als een kartel. Historisch gezien zijn de grootste van deze mutualiteiten ideologisch gekleurd en wortelen ze in een traditie waarin het streven naar solidariteit steeds een essentiële rol heeft gespeeld.

In het Belgische systeem van ziekteverzekering is aansluiting bij een mutualiteit (naar keuze) verplicht, worden de premies niet gedifferentieerd volgens ziekterisico, wordt inkomenssolidariteit tot stand gebracht door een proportionele verhouding tussen de individuele bijdrage en het inkomen, gekoppeld aan een gelijke terugbetaling, en wordt het systeem bijkomend gesubsidieerd met algemene middelen door de overheid.

Hierdoor wordt een hoog niveau van solidariteit bereikt: jonge, gezonde, en werkende mensen worden verplicht tot solidariteit met zieke en zorgafhankelijke mensen en de hoge inkomens moeten solidair zijn met de lage inkomens. Niemand mag worden uitgesloten op basis van zijn leeftijd, gezondheidstoestand of betaalvermogen. Dit zorgt voor een zeer brede dekking van de bevolking.

Als zodanig is het Belgische gezondheidszorgsysteem sinds haar ontstaan gebaseerd op solidariteit in de sterke zin van het woord. Sterke solidariteit is universeel, verplicht, 'ex ante' (zonder te kijken of de persoon verzekerd is, kan terugbetalen, zelf verantwoordelijk is voor de ontstane situatie) en breed. De oorspronkelijke inspiratie was dat verzekeraarheid op de eerste plaats kwam. Berekening en betaalbaarheid van de zorg zijn uiteraard belangrijk maar volgden in tweede instantie. Volgens de oorspronkelijke ideologie van het Belgische gezondheidszorgsysteem zou het doel, de onvoorwaardelijke ondersteuning van *alle* zorgbehoeftigen, steeds moeten primeren op de berekening van de middelen (Van Gerwen, 1998).

De resultaten van dit systeem zijn zeer bevredigend. Niet alleen is de Belgische bevolking over het algemeen zeer tevreden over de gezondheidszorg en de ziekteverzekering (Mossialos, 1997; OECD Health Data 2007). Hoewel we een relatief sterke stijging in uitgaven constateren (zie figuur 1), kennen we toch, in vergelijking met andere landen, een gemiddeld niveau van uitgaven (zie figuur 2). Bovendien blijkt dat mensen uit verschillende bevolkingsgroepen grotendeels in gelijke mate beroep kunnen doen op de gezondheidszorg. Weliswaar blijven er problemen voor de armen, kan ook voor de chronisch zieken de financiële last zeer groot worden en mag men de kwetsbare positie van de mensen zonder papieren (i.e., de niet-verzekerden) niet vergeten. Niettemin worden er vanuit het systeem voortdurend extra correcties aangebracht (zoals bijvoorbeeld de maximumfactuur, het omnio-statuuut, het zorgforfait, etc.) om er mede voor te zorgen dat het Belgische systeem een hoog niveau van solidariteit bereikt (Schokkaert & Van de Voorde, 1997). Kortom, er kan geen twijfel over bestaan dat de maatschappelijke doelstelling van kwaliteitsvolle, toegankelijke en betaalbare zorg voor iedereen in grote mate wordt gerealiseerd.

1.2 Tendensen en uitdagingen

De ethische basis van sterke solidariteit wordt echter uitgedaagd door verschillende tendensen van privatisering en commercialisering in de gezondheidszorg.

1.2.1 Enkele definities

Met **privatisering** in de gezondheidszorg wordt in dit advies bedoeld: een stijging van het individuele aandeel in de gezondheidskost aan de zijde van de zorgconsument enerzijds, en anderzijds, aan de zijde van het zorgaanbod, een toename van het privaat initiatief ten opzichte van de inbreng van de overheid. Binnen het privaat initiatief moet er een onderscheid worden gemaakt tussen het privaat initiatief dat op vzw-engagement is gestoeld en het privaat initiatief met commerciële doeleinden.

Hierbij aansluitend wordt met **commercialisering** in dit advies bedoeld: het stijgend aantal van op winst gerichte initiatieven in de zorgsector. Commercialisering gaat over het onderscheid tussen *social profit*, waar alle gerealiseerde winsten worden geherinvesteerd in de doelstelling van de onderneming (zoals bij de vzw-initiatieven) en *for profit*, waar een deel van de winst wordt uitgekeerd aan aandeelhouders of eigenaars (VVI-Werkgroep Commercialisering, 2007).

Binnen de logica van commercialisering primeert *in principe* niet de sterke maar wel de zwakke solidariteit, gedifferentieerd volgens risico en betaalvermogen, 'ex post' (alleen voor wie verzekerd is), particulier (vs. universeel), vrij aangegaan (vs. verplicht) en beperkt (gebaseerd op de afweging tussen kosten en baten, m.a.w. enkel toegankelijk voor de winstgevende patiëntencategorieën en zorgsectoren). Kortom, een solidariteit volgens de economische logica van de vrije markt.

Het onderstaande kader geeft een beeld van de belangrijkste bovenvermelde aspecten. De commissie benadrukt dat deze visualisering geen polariserende voorstelling is van elkaar uitsluitende waarden (in de zin van een 'of-of'-situatie) maar wel van een veld waarbinnen verschillende combinaties en evenwichten (in de zin van een 'meer-of-minder'-situatie) mogelijk zijn. **Het komt er voor de privaat-christelijke voorzieningen in concreto op aan om binnen deze dimensies een ethisch verantwoorde positionering te realiseren.** In het derde hoofdstuk zullen we dit veld verder aanvullen aan de hand van concrete oriëntaties.

Een veld van evenwichten	
Zwakke solidariteit voor bepaalde aspecten	Sterke solidariteit voor andere aspecten
Hanteren van een gezonde marktlogica en het belang van de gereguleerde markt	Noodzaak aan overheidsregulering
For Profit: welke aspecten komen hiervoor mogelijks in aanmerking?	Social Profit: de noodzaak van herinvestering
Doel: financieel-economische winst	Doel: waardenrealisatie
Hanteren van een gezonde financieel-economische logica	Oog voor de logica van het sociaal engagement

1.2.2 Context

De bredere context waarbinnen we de tendensen van privatisering en commercialisering in de zorg moeten begrijpen is tweevoudig van aard.

Privatisering maakt deel uit van de problematiek van de stijgende uitgaven in de gezondheidszorg en de roep om rationalisering. De stijgende kosten werken privatisering van de gezondheidszorg in de hand in de meeste landen: de overheden zijn immers steeds minder bereid deze kosten te financieren.

Commercialisering in de zorg kan het best worden begrepen binnen de context van het ontdekken van bepaalde vormen van gezondheidszorg als economische troef. Het aanbieden van zorg wordt dan vanuit economisch oogpunt gezien als een middel om winst te maken. Dit wordt versterkt door de feitelijke aanwezigheid van een grote vraag naar zorg in bepaalde segmenten van de gezondheidszorg.

In België zijn privatisering en commercialisering minder expliciet aanwezig. Toch zijn er tendensen merkbaar die wijzen op impliciete of sluipende privatisering, naast elementen van commercialisering. We geven enkele voorbeelden.

1.2.3 Tendensen van privatisering en commercialisering in de Belgische gezondheidszorg: enkele voorbeelden

Door de combinatie van de medisch-technologische vooruitgang (waardoor er altijd meer mogelijk is dan dat door de ziekteverzekering kan worden gefinancierd) en de wil van de overheid om de belastingen en sociale bijdragen te verlagen en hierdoor de overheidsuitgaven (en vooral de loonlast) te beheersen door de sociale uitgaven te beperken, **vermindert de dekkingsgraad van de verplichte ziekteverzekering** (VVI-Werkgroep Commercialisering, 2007). Dit is onder meer het gevolg van een expliciete keuze van de overheid om bepaalde vormen van zorg niet te financieren, zoals bv. het feit dat nieuwe geneesmiddelen of medische technologieën niet of niet onmiddellijk in de ziekteverzekering worden opgenomen. **Het gevolg is dat het individuele aandeel in de zorgkost stijgt.**

Zo tonen OESO-cijfers aan dat het aandeel van de gezondheidskost dat de Belgische patiënt betaalt is gestegen **van 16 naar 28 procent** tussen 1990 en 2001 (zie figuur 3). België is hier de op één na grootste stijger in Europa. D.w.z. dat de privatisering in België sneller toeneemt dan in andere landen (VVI Werkgroep Commercialisering 2007).

Meer concreet zien we een **toename van remgelden** in het laatste decennium en recent ook een **sterke stijging van de supplementen** voor erelonen en medisch materiaal (CM-themadossier 2006), alsmede een stijging in de kosten voor medicatie. Als zodanig zien we dat tussen 1998 en 2004 de kosten ten laste van de patiënt met gemiddeld 41 procent gestegen zijn.

Voor een groot deel wordt deze stijging van het persoonlijk aandeel in de gezondheidskost opgevangen door de **aanvullende verzekeringen** van private verzekeraars en mutualiteiten die op hun beurt een aanzienlijke jaarlijkse groei kennen: 6,5 procent voor de individuele contracten en 4,5 procent voor de collectieve contracten (gemeten voor de periode van 1998 tot 2004) (CM-Themadossier 2006).

Tevens laten gegevens van de OESO toe om België te vergelijken met andere Westerse landen wat de verhouding betreft tussen **de openbare en de privé-uitgaven** voor gezondheid. In figuur 4 worden verschillende landen gerangschikt in orde van belangrijkheid van het gewicht van de privé-uitgaven ten opzichte van het BBP. België verschijnt hier eerder bovenaan in de grafiek. Er zijn weinig landen die privé-uitgaven hebben die gelijk of hoger zijn dan de onze.

Verder kunnen we verwijzen naar het fenomeen van **medisch toerisme**: buitenlandse patiënten komen naar België voor een behandeling om zo aan de wachtlijsten of tekortschietende zorg in hun eigen land te ontsnappen. Deze mogelijkheid wordt gestimuleerd door de Europese regel van de patiëntenmobiliteit. Op dit terrein zagen voorstanders van commercialisering de jongste jaren kansen voor de Belgische zorgsector. Vergeleken met de buurlanden beschikt ons land over enige overcapaciteit in bepaalde zorgprogramma's en die kan evengoed worden aangewend voor buitenlandse patiënten, zo luidt de redenering.

Anderzijds zien we dat door een tekort aan bepaalde voorzieningen de **wachtlijsten en wachttijden** in de zorgsector groter worden. Commerciële initiatieven spelen hier graag op in. Binnen de drie VVI-sectoren is dit vooral het geval in de sector ouderenzorg waar steeds meer initiatieven ontstaan buiten het regelgevend kader, zoals bijvoorbeeld de zorgflats.

Er is een **private markt voor bepaalde vormen van geneeskunde en zorg**, al dan niet onder de vorm van wensgeneeskunde en luxezorg. Voorbeelden hiervan zijn wellness-klinieken, gespecialiseerd in esthetische en antiverouderingsgeneeskunde. Minder tot de verbeelding sprekende voorbeelden zijn te vinden in de residentiële ouderenzorg, in sportgeneeskunde, in dagklinieken gespecialiseerd in dermatologie, orthopedie, oftalmologie, in private praktijken voor psychotherapie, etc. Deze private markt voor geneeskunde en zorg vindt haar ontstaansgrond voor het grootste gedeelte in de graad van welvaart en de vraag van patiënten en bewoners voor zulke vormen van zorg. Bovendien zijn zulke diensten voor zorgverstrekkers vanuit economisch oogpunt interessant, want mogelijk zeer winstgevend.

Samengenomen geven deze tendensen van privatisering en commercialisering in onze samenleving regelmatig aanleiding tot ethisch onbehegen. Welke zijn de ethische uitdagingen waarvoor we komen te staan?

1.2.4 Ethische uitdagingen

De ethische problematiek die gepaard gaat met privatisering en commercialisering in de zorg kan volgens de commissie op een tweevoudige manier worden verhelderd.

Enerzijds kunnen **princiële** argumenten worden gegeven. Deze geven bijvoorbeeld aan dat de vrije marktlogica **in se** niet de **gepaste** logica is om zorg aan te bieden. Zorg aanbieden met de intentie van winst te maken voor aandeelhouders stuit principieel tegen de borst. Het valt moeilijk te verzoenen met de ethische uitgangspunten van zorg en welzijn.

Om concreter aan te duiden waaruit dit principiële onbehagen precies bestaat, kunnen we anderzijds wijzen op de kwalijke **gevolgen** waartoe de fenomenen van privatisering en commercialisering zouden kunnen leiden, zoals het ontstaan van ongelijkheid in toegankelijkheid en in kwaliteit van de zorg, een algemene achteruitgang van kwaliteit van onze zorg doordat verzorgingsinstellingen ‘naamloze vennootschappen’ worden die primair rekening moeten houden met de belangen van de aandeelhouders waardoor de belangen van het personeel, de patiënten en bewoners mogelijks op de achtergrond verdwijnen. Immers, de winst voor de aandeelhouders zal van ergens moeten komen, via besparingen op personeel, maaltijden, materiaal, omkadering, hygiëne en veiligheid, of via het vragen van een hogere bijdrage aan de patiënt of bewoner, of door rechtstreeks of onrechtstreeks aan risicoselectie te doen met de bedoeling om vooral personen te weren die intensieve en langdurige verzorging nodig hebben of die sociaal-economisch aan de rand van de samenleving staan. Tenslotte is het verre van zeker dat commercialisering de efficiëntie van het gezondheidszorgsysteem ten goede zal komen. De gezondheidssector is immers geen ideale markt waar vraag en aanbod de spelregels bepalen en waar de vrije keuze van de consument tot scherpere prijzen en hogere efficiëntie leidt. Integendeel, het gevaar dat een marktwerking zou tekortschieten maakt overheidsregulering onder de vorm van prijsreglementering en kwaliteitsnormen voor het aanbod absoluut noodzakelijk. Met het oog op het betaalbaar houden van de ziekteverzekering spelen planning van het aanbod, overleg met betrokken partijen over tarieven en het verzekerde pakket een belangrijke rol.



Samenvattend zijn de ethische risico's die gepaard kunnen gaan met een doorgedreven privatisering en commercialisering de volgende: ongelijkheid in toegankelijkheid en in kwaliteit van zorg, uitsluiting van de meest kwetsbare patiënten- en bewonersgroepen en dus minder solidariteit.

Ook de VVI-verzorgingsinstellingen worden geconfronteerd met de bovenvermelde feitelijke tendensen en ethische uitdagingen.

1.3 *De specifieke positie van de verzorgingsinstellingen*

1.3.1 De ziekenhuissector

De VVI-algemene ziekenhuizen hebben alle in oorsprong het vzw-statuut. Wettelijk is het niet verboden dat zij voor beperkte sectoren van hun werking het statuut van handelsvennootschap aannemen. In België zijn er vooralsnog geen commerciële ziekenhuizen. Dit in tegenstelling tot andere Westerse landen waar grote beursgenoteerde groepen ontstaan die tegen een hoog tempo ziekenhuizen, klinieken en verzorgingstehuizen overnemen.

Een combinatie van factoren verklaart waarom het commerciële initiatief in het beheersstatuut van de Belgische algemene ziekenhuizen geen voet aan de grond krijgt. Zo is er de historische factor die verwijst naar de congregationele ontstaansgeschiedenis van vele ziekenhuizen. Van groter belang is een organisatorische reden: in de Belgische ziekenhuissector is de programmatie nagenoeg volzet. Dit maakt dat er geen ruimte meer is voor nieuwe spelers op de markt.

Anderzijds functioneren ziekenhuizen uiteraard ook binnen een marktcontext. Dit heeft in concreto tot gevolg (1) dat er moet worden onderhandeld met toeleveringsbedrijven voor materiaal en geneesmiddelen en met andere industriële spelers op de markt; (2) dat efficiëntieoverwegingen specialisaties stimuleren (onder de vorm van klinische paden bijvoorbeeld); (3) dat een economische logica nodig is voor het realiseren van de financiële leefbaarheid van de voorziening, voor de noodzakelijke innova-

tie en voor het aanwerven van personeel; en (4) dat de algemene ziekenhuizen gesitueerd zijn in een zorglandschap waarin tevens een hele waaier van dagklinieken en privé-praktijken (al dan niet met winstoogmerk) aanwezig zijn.

1.3.2 Sector geestelijke gezondheidszorg

Ook in de sector van de geestelijke gezondheidszorg hebben alle VVI-verzorgingsinstellingen het vzw-statuut en is het commerciële initiatief in beheersstatuut afwezig. Als verklaring hiervoor geldt niet alleen de historische reden die hierboven werd vermeld (cfr. §1.3.1.) maar ook het langdurige karakter van de zorg voor patiënten in de GGZ. De kosten lopen hoog op voor deze patiënten, die door hun zieke vaak reeds van een vervangingsinkomen moeten leven, waardoor ze vaak in een financieel nog zwakkere situatie belanden. Als dusdanig valt er hier weinig winst te maken. Bovendien is het zorgpakket dat een patiënt in de GGZ nodig heeft meestal zeer moeilijk in te schatten (verblijven van meerdere maanden komen vaak voor). Voor private verzekeraars is dit alles weinig aantrekkelijk omdat risicoberekening in deze sector zeer moeilijk is. Private hospitalisatieverzekeringen voorzien dan ook vaak geen dekking voor chronische zorgen.

Tenslotte dient ook hier rekening te worden gehouden met de bestaande private markt van psychotherapieën. Als dusdanig is het tekort aan zorgaanbod en de ontstane wachtlijsten nijpend voor de minder kapitaalkrachtigen omdat zij niet, in tegenstelling tot de meer gegoeden, over de middelen beschikken om over te stappen naar de private zorgmarkt.

1.3.3 Sector ouderenzorg

In de sector van de ouderenzorg zien we dat voorzieningen met winstoogmerk aanwezig zijn en in aantal blijven groeien. In 2006 was bijvoorbeeld 19% van de Vlaamse rusthuizen en 13% van de serviceflats commercieel (VVI, 2006). Daar zijn meerdere redenen voor. Vooreerst is er het feit dat de sector ouderenzorg zich richt op het realiseren van woon-zorgcombinaties, waarbij het gedeeltelijk gaat om het voorzien van aangepaste huisvesting voor mensen op leeftijd die soms (nog) geen grote zorgbehoeften hebben. Het is precies dit huisvestingsaspect dat de ouderenzorg commercieel interessant maakt. Bovendien is er in deze sector te weinig aanbod voor een steeds grotere vraag. Door dit onevenwicht kan deze sector vanuit commercieel oogpunt worden beschouwd als een interessante handelsactiviteit. Terwijl in de ziekenhuissector de programmatie volzet is, is er in de ouderenzorg elk jaar een groei van het programmatiecijfer, rekening houdend met de voorspelde demografische evolutie van het Planbureau. En tenslotte is het beoogde publiek anders dan in de GGZ: er is een aanzienlijke groep van vermogende ouderen die vanuit commercieel oogpunt een interessante consumentendoelgroep is.

Na deze eerste profielschets van de sectoren is het tevens noodzakelijk te kijken naar de specifieke kenmerken van het voorzieningsmanagement: de taken die men moet combineren, de doelstellingen die men moet realiseren en de invloeden die men hierbinnen kan ondervinden.

1.3.4 Evenwicht in een spanningsveld van diverse taken, doelstellingen en invloeden

Het realiseren van een degelijk en zorgzaam voorzieningsbeleid houdt verschillende taken in: een algemeen zorgbeleid, een personeelsbeleid, een financieel-economisch beleid, een investeringsbeleid en een kwaliteitsbeleid. Bij het uitvoeren van deze taken komt het er op aan om een evenwicht te vinden tussen drie elementen:

- 1) de centrale **doelstelling** van het beheer (kwaliteitsvolle, toegankelijke en betaalbare zorg bieden, het realiseren van de opdrachtsverklaring, het behalen van economische en wetenschapstechnische doelen, ...), m.a.w.: **wat willen we bereiken?**
- 2) de **financiële** aspecten van het beheer, (de financiële leefbaarheid van de zorgvoorziening), m.a.w.: **welke zijn de beschikbare middelen?**
- 3) de belangen van de verschillende betrokken **partijen** (financiers, patiënten en bewoners, overheid, zorgpersoneel, de zorgvoorziening zelf), m.a.w.: **wie zijn er betrokken?**

Dit evenwicht moet – **in relatie tot de bestaande maatschappelijke tendensen en omgevingsfactoren** – tot stand worden gebracht op het vlak van de verzorgingsinstellingen (het meso-niveau). Dit proces wordt echter medebepaald door invloeden die komen van de kant van patiënten, bewoners, de naasten en het personeel (het micro-niveau) en van de kant van de overheden (het macro-niveau). Enkele voorbeelden van zulke invloeden (in het licht van de problematiek van privatisering en commercialisering) zijn:

- Vanuit het **macro-niveau**: rationalisering van de zorg (cf. supra, §1.2.2) en de overheidsmaatregel van prospectieve financiering en forfaitarisering. Hierdoor krijgen de voorzieningen een grotere financiële verantwoordelijkheid. Ze moeten zelf zien dat de middelen efficiënt worden beheerd en dat ze niet verlieslatend zijn. Dit kan bepaalde vormen van privatisering (bijvoorbeeld verhoging van de individuele bijdrage via het supplementenbeleid) in de hand werken.
- Een ander voorbeeld van invloeden vanuit het **macro-niveau**: een belangrijke oorzaak van commercialisering ligt in het feit dat de overheden keuzes dienen te maken in de subsidiëring van verschillende maatschappelijke zorgbehoeften, waardoor er aan bepaalde noden van de bevolking niet of onvoldoende wordt beantwoord (vgl. de problematiek van de wachtlijsten in de GGZ, de ouderenzorg en de kinderopvang). Daar waar dit winstgevend is, kunnen commerciële spelers 'het gat in de markt' trachten op te vullen.
- Invloeden vanuit het **micro-vlak**: de historische verschuiving van aanbodgeorganiseerde zorg naar een vraaggerichte gezondheidszorg waarbinnen de vraag van de patiënten en bewoners meer en meer op de voorgrond verschijnt. Dit heeft voor een groot deel te maken met een stijgende mondigheid van de patiënt. De patiënt of bewoner wordt een zorgconsument en de kwaliteit van de zorg wordt gemeten volgens de logica van de klantentevredenheid.
- Tenslotte kunnen de evenwichten worden beïnvloed en zelfs verstoord op het **meso-niveau** zelf door negatieve concurrentie tussen de voorzieningen. Deze negatieve concurrentie kan de vorm aannemen van selectie van economisch interessante patiënten- en bewonersdoelgroepen (*cherry picking*).



Samenvattend wenst de commissie het volgende te benadrukken. Het Belgische gezondheidszorgsysteem wordt internationaal sterk gewaardeerd en geniet het vertrouwen van de bevolking. We mogen zo'n bijzonder kwalitatief systeem dat moeizaam en met vele inspanningen is opgebouwd niet prijsgeven. Privatisering en commercialisering plaatsen het Belgische gezondheidszorgsysteem voor fundamentele ethische uitdagingen. Ook de verzorgingsinstellingen worden hiermee in de dagelijkse vormgeving van hun beleid geconfronteerd. De globale opdracht in deze is om kwaliteitsvolle, toegankelijke en betaalbare gezondheidszorg te realiseren. Hoe kunnen we dit doen?

2. Fundamentele waardeopties

In het tweede deel van deze visietekst lichten we enkele fundamentele waardeopties toe die volgens de commissie van belang zijn bij de ethische evaluatie van de tendensen van privatisering en commercialisering in de gezondheidszorg.

In de geest van het vroeger geformuleerde VVI-advies over pluralisme en ethische dialoog zullen we de waardenopties eerst (van § 2.1 tot § 2.4) in hun algemeen-menselijke vorm formuleren. Vervolgens zullen we (in §2.5) het christelijk-ethische perspectief verwoorden waarbinnen deze waarden een specifiek-christelijk accent ontvangen. Op deze wijze willen we de christelijk geïnspireerde zorgverlening laten samengaan met algemeen-menselijke opvattingen over een goede en humane zorgverlening. Hiermee wenst de commissie recht te doen aan de christelijke traditie en tegelijk de mogelijkheid te scheppen om ook in een pluralistische context waardevolle ethische oriëntaties te bieden (VVI-Commissie voor ethiek, 2003).

2.1 Een optie voor verdelende rechtvaardigheid op grond van gelijkwaardigheid

Binnen een samenleving kan op verschillende manieren inhoud worden geven aan de idee van verdelende rechtvaardigheid binnen de gezondheidszorg (Pijnenburg, 1991).

Volgens de aanhangers van een strikt liberale benadering is rechtvaardige gezondheidszorg primair gestoeld op individuele vrijheid en autonomie. Deze benadering komt tot uiting in voorstellen om de gezondheidszorg doelmatiger te laten functioneren door het invoeren van marktdenken en onderlinge concurrentie. Deze benadering bevat echter grote risico's voor de minder draagkrachtigen. Derhalve moet steeds worden gezocht naar een evenwichtige verhouding tussen rentabiliteitsoverwegingen en morele basiswaarden zoals solidariteit met de minstbesteden.

Volgens aanhangers van de nutsberekende houding moeten we streven naar het grootst mogelijke geluk voor het grootste aantal mensen en moeten we binnen de gezondheidszorg ernaar streven om de gemiddelde gezondheid van de bevolking zoveel mogelijk te laten stijgen. Nadelen van deze benadering zijn dat patiënten met weinig of geen kans op gezondheidswinst steeds minder aandacht krijgen. Hierbij komt het probleem dat ‘winst’ en ‘verlies’ zeer moeilijk te kwantificeren zijn wanneer het gaat om gezondheid, leven, lijden en kwaliteit van leven. De keerzijde is dat men zich dan vooral gaat concentreren op die sectoren waar de effecten kwantificeerbaar zijn, zoals crisisgeneeskunde en de hoog-technologische zorg en dat andere vormen van zorg zoals bijvoorbeeld geestelijke gezondheidszorg, chronische zorg en palliatieve zorgen op de achtergrond verdwijnen. Onvermijdelijk ontstaat er een conflict tussen zorgoverwegingen en economische drijfveren. Scherp gesteld: terwijl een arts voorheen alles moest doen wat in het belang van de patiënt was, moet hij nu als het ware eerst een winst-verlies-berekening gaan maken.

De commissie is van mening dat de hierboven vermelde benaderingen geen aanvaardbare invullingen van rechtvaardige gezondheidszorg zijn. De commissie opteert daarentegen voor een benadering van verdelende rechtvaardigheid op basis van gelijkwaardigheid van personen. Deze benadering gaat uit van de volgende principes:

- 1) Aan ieder mens *gelijke toegang* bieden tot kwalitatieve gezondheidszorg.
- 2) Aan ieder mens de zorgverstrekking verlenen volgens *zorgbehoeften* (en niet volgens betaalvermogen of loutere gezondheidswinst).
- 3) De gezondheidszorg organiseren volgens het principe van *sterke solidariteit* tussen rijk en arm, jong en oud, gezond en ziek.

In deze benadering heeft men extra aandacht voor het wegwerken van bestaande ongelijkheden tussen mensen. De commissie verkiest deze benadering van rechtvaardigheid omdat ze gebaseerd is op de fundamentele gelijkwaardigheid van personen en omdat ze de meest adequate wijze is om een rechtvaardige gezondheidszorg voor de zwaksten en meest achtergestelden te waarborgen.

2.2 Twee motieven voor sterke solidariteit

Net zoals omtrent rechtvaardigheid zijn er ook inzake solidariteit verschillende opvattingen en kunnen we de heersende moraal van een samenleving aflezen uit de mate waarin een bepaalde opvatting overheerst. De verschillen in opvatting vinden hun verklaring in de motieven die aan de basis liggen van de solidariteit.

Zo is het onderliggend motief van de zwakke solidariteit die primeert binnen de logica van de vrije markt het welbegrepen eigenbelang, gekoppeld aan een nuttigheidsmoraal. Dit motief berust op het inzicht dat mensen kwetsbare wezens zijn en iedereen tijdens zijn leven bloot staat aan gezondheidsrisico's. Het is een zaak van welbegrepen eigenbelang om zich hiertegen in te dekken. Immers, “morgen kan ik zelf gezondheidszorg nodig hebben.” Solidariteit in deze zin wil zeggen dat de ene persoon wil opkomen voor de ander wanneer de ander het omgekeerd ook zal doen. Deze wederkerigheid berust op een contract dat mensen met elkaar in vrijheid sluiten op grond van wederzijds voordeel. Als bezwaar tegen deze vorm van solidariteit wenst de commissie te benadrukken dat deze wederkerigheid niet meer ten volle werkt in situaties waar risico's voorspelbaar worden, of zelfs reeds gekend zijn (zoals bijvoorbeeld in situaties van levensstijl en gezondheidsgedrag, erfelijkheidsonderzoek, prenatale diagnose en congenitale handicaps), alsook in situaties waarin een van de partijen geen bijdrage in termen van nuttigheid kan leveren aan de optelsom van belangen (zoals bijvoorbeeld bij de zwaar zorgbehoevende ouderen).

Wat betreft de basisgezondheidszorg verwerpt de commissie het principe van zwakke solidariteit en benadrukt ze dat gezondheidszorg op dit vlak moet worden georganiseerd volgens het principe van sterke solidariteit. Hiervoor zijn er twee motieven. Het eerste motief om voor deze vorm van solidariteit te kiezen is **humanitair**: mensen hebben vanuit zichzelf nood aan ondersteuning en bescherming. Dit brengt een maatschappelijke verantwoordelijkheid ten opzichte van elkaar met zich mee. Mensen mogen niet aan hun lot worden overgelaten. Voor hen die uit zichzelf weinig of geen kansen hebben, moet de maatschappij als geheel bereid zijn deze kansen te creëren. Deze eis is gegrond in het tweede motief voor sterke solidariteit, namelijk het motief van **relationele verbondenheid en gemeenschapsdenken**: de mens is een relationeel wezen en mens-zijn is wezenlijk medemens-zijn. Onze gezamenlijke opdracht in deze is de inzet voor een gemeenschap van mensen, welke wordt gekenmerkt door verantwoordelijkheid voor en solidariteit met elkaar.

Sterke solidariteit streeft ernaar om mensen te beschermen die vanwege hun gesteldheid extra ondersteuning nodig hebben, bijvoorbeeld omdat ze gehandicapt werden geboren of omdat ze chronisch ziek zijn. De commissie benadrukt dat een ethisch verantwoorde vorm van solidariteit in de gezondheidszorg een solidariteit moet zijn die wordt bepaald door de zorgbehoeften van mensen en die niet afhangt van wat mensen – in nutstermen uitgedrukt – doen en bijdragen.

2.3 *Bijdrage tot optimale menswaardigheid*

De commissie is van oordeel dat de keuze voor sterke solidariteit als methode om rechtvaardigheid te realiseren, een maatschappelijke keuze is, een **maatschappelijk engagement** dat moet worden gedragen door de samenleving als geheel. Een rechtvaardige gezondheidszorg, gebaseerd op gelijkwaardigheid van personen en georganiseerd volgens sterke solidariteit, impliceert een maatschappelijk beleid (1) dat zich inzet voor steeds meer menswaardigheid (VVI-Commissie voor ethiek, 2003) en de gezondheidszorg zodanig organiseert dat de zorgbehoevenden zowel op lichamelijk, psychisch, sociaal als levensbeschouwelijk vlak optimaal kunnen worden begeleid en zoveel mogelijk hun integriteit kunnen bewaren; (2) dat de zorg beschikbaar wil maken voor ieder mens, zonder discriminatie, en (3) dat bij het maken van keuzen bijzondere aandacht uitgaat naar de meest kwetsbare personen (VVI, 1985).

In haar advies vroeg de VVI-Werkgroep Commercialisering reeds nadrukkelijk respect voor de belangrijke meerwaarde van de social-profitsector t.a.v. de for-profit sector: “Social-profit-ondernemerschap onderscheidt zich van for-profit ondernemerschap op basis van de doelstelling van de onderneming. Social-profit voorzieningen herinvesteren alle winst in hun maatschappelijke doelstelling, met name het realiseren van gelijke toegang tot kwalitatieve gezondheidszorg voor iedereen. Omwille van dit maatschappelijke engagement hebben de social-profit voorzieningen een **bijkomende meerwaarde** voor de samenleving” (VVI-Werkgroep Commercialisering, 2007).

Aanvullend wenst de commissie te bemerken dat het precies de inzet is voor optimale menswaardigheid in al haar aspecten, die deze meerwaarde van de social-profit sector schraagt. Het ultieme doel en de legitieme reden voor de herinvestering van winst in de gezondheidszorg is haar bijdrage tot optimale menswaardigheid.

2.4 *Voorkeursoptie voor de minstbedeelden*

De commissie wenst sterk te benadrukken dat rechtvaardigheid gestalte moet krijgen in een voorkeursgerichtheid op de zwaksten in de samenleving. In de geschiedenis van de gezondheidszorg, heeft ‘caritas’ als voorkeursoptie voor de geringsten, de meest onopvallenden, achtergestelden en behoeftigen, aan de basis gestaan van vele zorgvoorzieningen (VVI-Commissie voor Ethiek, 1996).

De commissie onderschrijft het universele devies, dat de morele kwaliteit van een samenleving kan worden afgemeten aan de mate van rechtvaardigheid die zij betracht jegens al haar leden, en meer bepaald de minstbedeelden. Solidariteit, opgevat als een zich verantwoordelijk willen stellen voor de ander en met name voor de zwakste, loopt als een rode draad doorheen de geschiedenis van de gezondheidszorg. Daarom moet volgens de commissie de positie van de minstbedeelden steeds de maatstaf zijn om de feitelijke gestalten van rechtvaardigheid en solidariteit te meten. Als zodanig functioneert de voorkeursoptie voor de minstbedeelden als een aansporing, een kritische deugd die de bereidheid inhoudt om elke verdeling steeds weer opnieuw te beoordelen door de ogen van de meest zwakke.

2.5 *evangelische toets van bovenvermelde waarden*

Tot besluit wenst de commissie te onderstrepen dat de bovenvermelde algemeen-menselijke waarden in overeenstemming zijn met de geest die een christelijk geïnspireerde gezondheidszorg van oudsher heeft beziel. De idee dat ieder mens evenwaardig is, de opdracht tot sterke solidariteit, de oproep tot optimale menswaardigheid en de voorkeursoptie voor de minstbedeelden zijn inderdaad waarden die voor christenen onmiskenbaar verankerd zijn in de evangelische boodschap van waaruit ze een specifieke betekenis krijgen (VVI-Commissie voor ethiek, 2003).

Daaruit volgt dat voor het VVI en voor de VVI-verzorgingsinstellingen deze waarden **geen vrijblijvende optie** zijn. De VVI-verzorgingsinstellingen dienen deze algemeen-menselijke waarden in hun werking optimaal na te streven. Bovendien is het niet uitgesloten dat, door het toetsen van deze waarden aan de evangelische boodschap, de voorzieningen toch eigen, specifiek-christelijke accenten leggen in de beleving van deze waarden.

De commissie wenst in de context van dit advies over privatisering en commercialisering drie zulke accenten aan te stippen.

- 1) Binnen de christelijke traditie houdt de idee van rechtvaardigheid rekening met de evangelische boodschap die ondubbelzinnig de unieke waarde van ieder mens vooropstelt: *God bemint ieder mens en ieder mens is bestemd voor een gelukkig bestaan*. Rechtvaardigheid, begrepen als aan ieder geven wat hem toekomt, impliceert dan ook dat men recht doet aan ieders waardigheid en dat men ervoor zorgt dat aan elke persoon, hoe weerloos of ontluisterd ook, de kans wordt gegeven op een menswaardig bestaan.
- 2) Een tweede voorbeeld van een specifiek christelijk accent ligt in de *relativering van de individuele autonomie* (VVI-Commissie voor ethiek, 2003). Hoe belangrijk autonomie voor een christen ook kan zijn, ze heeft nooit het laatste woord. *Verbondenheid en solidariteit* hebben binnen de christelijke traditie steeds de voorrang op de gerichtheid op zichzelf.
- 3) Het laatste accent is gelegen in *de relatieve waarde van gezondheid* zelf (VVI-Commissie voor ethiek, 1996). Binnen de christelijke traditie krijgt gezondheid zin en betekenis wanneer ze bijdraagt tot de instandhouding en de verbetering van andere waarden zoals het leven met en voor anderen, zorgzame aandacht voor de medemens, bevordering van sociale rechtvaardigheid, lichamelijke, relationele, psycho-sociale en spirituele ontplooiing van de mens. Dit betekent dat gezondheid een fundamentele waarde is die van wezenlijk belang is voor het menselijke welzijn. Toch kan ze uiteindelijk niet worden beschouwd als een absolute waarde, in die zin dat de intrinsieke waardigheid van mensen er niet van afhangt. De commissie verzet zich tegen een waardering van gezondheid die zodanig absoluut is dat het waardevolle van al het andere erdoor verdwijnt waardoor de kwetsbaarheid van wie niet gezond is wordt verhoogd. Dit perspectief leidt tot het sociaal-ethisch inzicht dat een samenleving niet menselijker wordt door het verbeteren van gezondheid. Een gezondheidszorg die met deze visie overeenstemt, geeft integendeel prioriteit aan de erkenning van menselijke eindigheid en fysieke en geestelijke kwetsbaarheid.

Samenvattend wenst de commissie te benadrukken dat de bovenvermelde waardeopties, nl. de optie voor verdelende rechtvaardigheid op grond van gelijkwaardigheid, de opdracht tot sterke solidariteit, de bijdrage tot optimale menswaardigheid en tenslotte de voorkeursoptie voor de zwaksten, ons oproepen tot een behoedzame omgang met de fenomenen van privatisering en commercialisering in de gezondheidszorg. De commissie is van mening dat de VVI-verzorgingsinstellingen zoveel mogelijk moeten bijdragen tot het vermijden van de risico's van een doorgedreven privatisering en commercialisering, zoals ongelijkheid in toegankelijkheid en in kwaliteit van zorg, en uitsluiting van de meest kwetsbare patiënten- en bewonerscategorieën.

3. Zes oriëntaties voor een integraal ethisch beleid van de Verzorgingsinstellingen

In het derde deel van deze visietekst gaan we na wat de bovenvermelde fundamentele waardeopties impliceren op het niveau van de verzorgingsinstellingen. Wat houdt het engagement voor de bovenvermelde waarden nu concreet in? Als vertrekpunt nemen we de volgende richtvraag: "Hoe moeten de verzorgingsinstellingen zich gedragen in een wereld van toenemende privatisering en commercialisering?" In antwoord op deze vraag stelt de commissie zes pijlers voor die gelden als concrete oriëntaties voor de verzorgingsinstellingen.

Binnen een wereld van toenemende privatisering en commercialisering zullen de VVI-verzorgingsinstellingen naar eigen vermogen inspanningen leveren om (1) aan iedere persoon gelijke toegang te bieden (2) tot kwaliteitsvolle zorg, (3) bepaald en verleend op basis van zorgbehoefte, (4) georganiseerd volgens het principe van sterke solidariteit, (5) deugdelijk beheerd volgens principes van ethisch verantwoord ondernemen, en (6) uitgevoerd binnen een sfeer van open communicatie, informatie en samenwerking.

Tezamen bieden deze oriëntaties de ethische randvoorwaarden voor een integraal ethisch beleid van de voorzieningen inzake privatisering en commercialisering. De commissie wenst deze oriëntaties in te vullen met concrete suggesties voor goede praktijken.

Tevens wenst de commissie te benadrukken dat deze oriëntaties worden voorgesteld als een *Gesamt*-pakket, m.a.w. als een oprecht ethisch engagement voor het *gehele* verhaal. Een *integraal* ethisch beleid kan niet betekenen dat men zich enkel concentreert op de “gemakkelijke” oriëntaties en dat men de “moeilijke” en “complexe” achterwege laat.

3.1 Aan iedere persoon gelijke toegang bieden

De commissie is van mening dat de verzorgingsinstellingen een belangrijke rol kunnen spelen in het garanderen van gelijk toegankelijke zorg voor iedereen en dit op verschillende vlakken.

Op financieel vlak zijn er verschillende mogelijkheden om bijzondere aandacht te verlenen aan de sociaal-economische zwakkere patiënten en bewoners en zo een gezondheidszorg met twee snelheden te vermijden. De commissie wenst te benadrukken dat er vanuit de voorkeursoptie voor de minstbedeelden steeds moet worden gekozen voor een financieel beleid met een menselijk gelaat. Dit houdt in:

- dat men de zorg aanbiedt tegen een verantwoorde prijs (d.w.z., niet hoger dan nodig) en vooraf transparant gecommuniceerd;
- dat kwalitatieve zorg moet worden geboden aan iedereen op gelijke wijze, dus ook aan de sociaal-economisch zwaksten. Financiële problemen mogen geen belemmering vormen voor het ontvangen van de nodige zorgen;
- dat men de oorzaken van betaalproblemen steeds op een begripvolle wijze en door een wederzijds respectvolle dialoog zal proberen te achterhalen en op te lossen;
- dat men steeds zal proberen om in alle redelijkheid en in overleg met de verschillende diensten en instanties (financiële dienst, sociale dienst, OCMW's) een menselijke oplossing te vinden (via spreidingsplannen bijvoorbeeld);
- dat men zal nagaan of men binnen de voorziening zelf over de mogelijkheden beschikt om een intern sociaal fonds op te richten voor het wegwerken van de schulden van patiënten die sociaal-economisch aan de rand van de samenleving staan. Om dit fonds te spijzen zouden bijvoorbeeld solidariteits- en benefietacties kunnen worden georganiseerd (zie hiervoor bijvoorbeeld de inspirerende documentaire van Caritas Vlaanderen, 2007).

Hiernaast vindt de commissie het van groot belang dat er niet alleen aandacht is voor de financieel-economisch zwaksten, maar ook voor de minst mondige patiënten- en bewonersgroepen en de sociaal achtergestelden die vaak de toegang tot de juiste vormen van zorg niet vinden omwille gebrek aan mondigheid en doortastendheid (Deleeck, 1983). Dit gebrek aan mondigheid kan niet alleen komen door ziekte en ouderdom maar ook door onwetendheid of beperktere kennis vanwege een laag opleidingsniveau, door laaggeletterdheid en/of gebrekkige communicatievaardigheden, door verlegenheid of gevoelens van schaamte waardoor men niet om verduidelijking durft te vragen, door het ondervinden van administratieve drempels, etc. Aandacht voor de minst mondige mensen houdt in:

- dat men de mensen voldoende en doeltreffend begeleidt en informeert. Men zal de nodige informatie voorzien maar zonder overdaad;
- dat men in overeenstemming met de wet betreffende de rechten van de patiënt de nodige zorginformatie aanbiedt in een begrijpelijke taal;
- dat men erover waakt dat het zorgpersoneel in de concrete begeleiding van de patiënten en bewoners bijzondere aandacht, extra oplettendheid, begrip en geduld heeft voor de minder mondige mensen.

Op vlak van de zorgverlening houdt het garanderen van gelijke toegankelijkheid in:

- dat men voldoende aandacht heeft voor de eigen medeverantwoordelijkheid voor het zorgaanbod. Immers, vaak gaat de commerciële sector in op een bestaand tekort aan zorgaanbod. Dit impliceert dat men het engagement aanneemt om zelf naar best vermogen en mogelijkheden een voldoende en een voldoende juist aanbod te creëren en te garanderen.

3.2 Tot kwaliteitsvolle zorg

Het uitgangspunt van goede zorgverlening is dat elke patiënt en bewoner dezelfde vorm van kwaliteitsvolle zorg moet kunnen krijgen die hij nodig heeft. Maar wat is kwaliteitsvolle zorg? Wie bepaalt dit? Hoe wordt dit bepaald? En wat houdt het in?

De commissie is van mening dat de maatstaf van kwaliteit niet *louter* vanuit een klantenperspectief moet worden bepaald (waarbinnen *enkel* de wensen en preferenties van de patiënt allesbepalend zijn) en ook niet *louter* vanuit een paternalistische houding (waarbinnen de voorzieningen en de hulpverleners zelf wel weten wat het beste is voor hun patiënten). In plaats van eenzijdigheid in de zorgrelatie opteert de commissie voor het model van verbondenheid. Dit houdt in dat kwaliteitsvolle zorg ontstaat in een *relatie* tussen zorgvragers en zorgverleners. De basisidee is dat men *samen* een goede zorgverlening realiseert.

Op vlak van sociale relaties impliceert dit model:

- dat men ten aanzien van de patiënten en bewoners respect mag vragen voor de specifieke identiteit van de hulpverleners en van de voorzieningen in het tegemoet komen aan hun noden;
- dat men ten aanzien van de medewerkers de nodige zorgzaamheid, aandachtigheid en flexibiliteit mag vragen om een goede zorgverlening te kunnen realiseren;
- dat er vanuit de verzorgingsinstelling respect is voor het zorgengagement van het personeel en dat men dit bewerkstelligt via een menselijk personeelsbeleid. Het personeel verdient in deze een benadering als gehele persoon, in zijn verschillende (zowel professionele als persoonlijke) dimensies.

Op vlak van de zorgverlening impliceert deze pijler minstens al:

- dat er een continue en oprechte zin voor gemeenschappelijke, kritische zelfevaluatie is. Verdienen we het vertrouwen van onze patiënten en bewoners op voldoende wijze? Kunnen we verbeteren in kwaliteit? Hoe kunnen we dit doen en waar is het nodig? Dit veronderstelt de bereidheid tot uitbouw van een kwaliteitsevaluatiesysteem *binnen* de voorziening;
- dat men in de uitbouw van het interne kwaliteitsevaluatiesysteem plaats heeft voor gedegen ethische reflectie op vlak van kwaliteitsbeleid. Dit houdt bijvoorbeeld in dat men niet alleen de technische en praktische zorgaspecten bevroegt, maar ook oog heeft voor de menselijke aspecten van de zorg en de zorg voor de *gehele* persoon in zijn verschillende (lichamelijke, psycho-sociale, en levensbeschouwelijke) dimensies (zoals de persoonlijke bejegening van de patiënten en bewoners en de wijze waarop de zorg wordt verleend);
- dat men een multidisciplinaire aanpak in het realiseren van goede zorg stimuleert. Hierbij komt dat kwaliteitsvolle zorg voor de *gehele* persoon inhoudt dat men ook aandacht heeft voor datgene wat meer is dan loutere basiszorg, zoals het aanbod van psycho-sociale en spirituele begeleiding, animatie, pastoraal en zingeving, alsook de omkadering van de zorg. In het bieden van basiszorg in functie van de behoefte mag men de zorg voor de persoon als geheel niet uit het oog verliezen.
- dat kwaliteitsbepaling geschiedt binnen een sfeer van open communicatie en respectvolle dialoog overeenkomstig de wet betreffende de rechten van de patiënt en in respect voor het door de overheid voorziene reglementaire kader.

3.3 *Bepaald en verleend op basis van zorgbehoefte*

Het eerste vertrekpunt en de continue graadmeter van goede zorgverlening is de zorgbehoefte van de patiënt en bewoner. Dit impliceert:

- dat men in de zorgverlening rekening houdt met de interpersoonlijke diversiteit in behoeften. Dit houdt in dat men de patiënten en bewoners steeds als gehele persoon benadert. D.w.z. dat men rekening houdt met de verschillende dimensies van ieders persoon-zijn, met verschillen in karakters en in levensgeschiedenissen, met specifieke noden en kwaliteiten. Op die manier tracht men steeds zorg op maat van de behoefte te realiseren. Dit impliceert een bereidheid tot optimale samenwerking over de medische specialismen heen in tegenstelling tot onderlinge negatieve concurrentie.
- dat een gebrek aan betaalvermogen bij de patiënt of bewoner geen belemmering mag zijn voor het ontvangen van de nodige zorgen. Afkering van de sociaal-economisch zwakkeren is een onaanvaardbare strategie;
- dat hetzelfde geldt voor gezondheidswinst. Afkering van de zwaar zorgbehoeftigen en de chronisch zieken is een onaanvaardbare strategie.

3.4 *Georganiseerd volgens het principe van sterke solidariteit*

Om een gelijke toegang tot kwaliteitsvolle zorg te kunnen realiseren, los van betaalvermogen of gezondheidswinst, is het noodzakelijk om alle realistische mogelijkheden tot sterke solidariteit te benutten. Dit veronderstelt:

- dat men de mogelijkheden van interne solidariteit (tussen patiënten, tussen bewoners, tussen zorgverstrekkers) nagaat;
- dat men een kritische bezinning doorvoert over de financiële stromen in de verzorgingsinstelling (bv. het supplementenbeleid);
- dat men de mogelijkheden van solidariteit tussen de leden van de groep van voorzieningen, tussen campussen, diensten, en afdelingen onderzoekt en benut. Dit beperkt negatieve concurrentie tussen de voorzieningen, alsook monopolievorming.
- dat men ten gevolge van de opdracht tot het bieden van kwaliteitsvolle zorg aan de gehele persoon continue aandacht heeft voor het behoud van de economisch-onaantrekkelijke vormen van zorgaanbod. Dit kan ertoe leiden dat solidariteit van winstgevende naar verlieslatende vormen van zorgaanbod noodzakelijk is.

3.5 *Deugdzaam beheerd volgens principes van ethisch verantwoord ondernemen*

Om deze belangrijke verantwoordelijkheden te kunnen waarmaken is het belangrijk om continu de tweevoudige essentie van dit advies (nl. winst ten dienste van waardenrealisatie) voor ogen te houden en organisatorisch een evenwicht na te streven tussen de verschillende doelstellingen van het beleid. Dit impliceert:

- dat men in het dagelijkse beheer aandacht heeft en móet hebben voor de financieel-organisatorische doelstellingen zoals ondernemingsgeest, efficiënte bedrijfsvoering, kostenbeheersing, het creëren van een financiële buffer, professioneel management, leiderschap, arbeidsinzet, resultaatgericht denken, innovatie, cliëntgerichtheid, etc.;
- dat efficiëntie maatregelen, commercieel en economisch denken steeds ten dienste moeten staan van de basisopdracht, nl. het realiseren van toegankelijke, betaalbare en kwalitatieve zorg voor iedereen met oog voor het welzijn van patiënten, bewoners en personeel.

3.6 *En uitgevoerd binnen een sfeer van goede communicatie, informatie en samenwerking*

Beleidsvoering is veel meer dan een technische aangelegenheid, veel meer dan een louter middel-doeldenken. Het is een *waarde- en relatiescheppend* proces dat vorm krijgt binnen een bepaalde communicatiecontext (Bouckaert en Vandenhove, 1996). De wijze van communiceren (bijvoorbeeld paternalistisch, autoritair, democratisch, participatief, ...) geeft immers uiting aan de onderliggende sociale verhoudingen en waardebeleving van mensen.

De commissie wenst te benadrukken dat ethiek in de beleidsvoering een open, participatieve en machtsvrije communicatie inhoudt. Concreet betekent dit:

- dat men in het dagelijkse beheer aandacht heeft voor het verlenen van goede, eerlijke en duidelijke informatie aan alle betrokkenen (patiënten, bewoners, familie, personeel, beheerders, ...);
 - dat men de bereidheid toont om vragen, bekommernissen, protesten, frustraties, en onuitgesproken verwachtingen van de betrokkenen binnen een wederzijds respectvolle dialoog ernstig te nemen (via bewoners- of familieraden, via een toegankelijke klachtendienst, via een participatief personeelsbeleid);
- dat men deze bereidheid tot respectvolle dialoog duidelijk kenbaar maakt als zijnde een van de ethische pijlers van de voorziening;
- dat men uitwisseling van informatie en samenwerking binnen de voorziening (tussen mensen, diensten, afdelingen) en tussen voorzieningen (via samenwerkingsplatformen bv) positief ondersteunt en stimuleert. Het verlenen van kwalitatieve zorg op maat van de behoefte veronderstelt immers vaak een afdelings- en voorzieningsoverschrijdend denken. Dit impliceert de gezamenlijke bereidheid tot onderlinge samenwerking;
- dat men bereid is om de eigen wijze van communicatie, informatie en samenwerking continu kritisch te ondervragen en te verbeteren waar nodig.

Besluit

De problematiek van privatisering en commercialisering in de gezondheidszorg is een onderwerp dat zorgvragers en hun naasten, hulpverleners, bestuurders en beheerders, de overheden en de samenleving in het algemeen steeds meer verontrust.

In dit advies werden fundamentele waardeopties en ethische oriëntaties ontwikkeld die kunnen gelden als handvaten voor een behoedzame omgang met de problematiek. Om deze opties en oriëntaties duidelijk te visualiseren werd een kader ontwikkeld dat als bijlage is toegevoegd.

Met de in dit advies uitgewerkte oriëntaties wil de commissie voor ethiek een oproep doen aan alle verantwoordelijken en betrokkenen in de VVI-verzorgingsinstellingen om een ethisch geïnspireerde omgang met privatisering en commercialisering in de zorg na te streven. Het blijft immers een permanente opdracht om kritisch na te denken over de wijze waarop we kwalitatieve, toegankelijke en betaalbare gezondheidszorg voor iedereen kunnen realiseren.

Literatuur

- BLENDON, R.J.; KIM, M.; BENSON, J.M. (2001) 'The Public versus the World Health Organization on Health System Performance,' in *Health Affairs*, jg. 20, nr. 3., pp. 10-20.
- BOUCKAERT, L.; VANDENHOVE, J. (1996), *Het welzijn van de zorg. Over sociale verantwoordelijkheid en management*, Leuven: Acco.
- CALLENS, S.; PEERS, J. (2003), *Organisatie van de gezondheidszorg*, Antwerpen: Intersentia.
- CARITAS VLAANDEREN (2007), 'Caritas: Armoede en sociale uitsluiting. Voorzieningen als actoren tegen sociale uitsluiting,' Caritas Cahier nr. 7, Brussel: Caritas Catholica Vlaanderen.
- CARITAS VLAANDEREN (2007), 'Machteloos tegen armoede? Enkele inspirerende voorbeelden uit AZ Sint-Lucas te Gent,' bijlage bij Caritas Cahier nr. 7, *Voorzieningen als actoren tegen sociale uitsluiting*, Brussel: Caritas Catholica Vlaanderen.
- CM-THEMADOSSIER (2006), 'De evolutie van de uitgaven voor de gezondheidszorg in België,' Brussel: LCM.
- DELEECK, H.; CANTILLON, B.; J. HUYBRECHS (1983), *Het Matteüseffect: de ongelijke verdeling van de sociale overheidsuitgaven in België*, Antwerpen: Kluwer.
- MOSSIALOS, E. (1997), 'Citizens' View on Health Care Systems in the 15 Member States of the European Union,' in *Health Economics* 6, pp. 109-116.
- OECD HEALTH DATA (2006), *Statistics and Indicators for 30 Countries*, Paris: OECD Publishing.
- OECD HEALTH DATA (2007), beschikbaar op www.ecosante.org/OCDEENG/68.html en op www.ecosante.org/OCDEENG/66.html
- PIJNENBURG, M. (1991), *Verdelen van gezondheidszorg. Een bezinning vanuit christelijk perspectief*, Zeist: Kerckebosch bv.
- SCHOKKAERT, E. (1998), 'Warm en koud. Solidariteit en verantwoordelijkheid in de ziekteverzekering,' in *Ethische Perspectieven* jg. 8, nr. 3, pp. 135-146.
- SCHOKKAERT, E.; VAN DE VOORDE, C (1997), 'Financiële toegankelijkheid van de gezondheidszorg,' in OPDEBEECK, S e.a., *De toegankelijkheid van de voorzieningen in de welzijns- en gezondheidszorg: visies uit de praktijk, het onderzoek en het beleid*, Brussel: BACOB.
- VAN GERWEN, J. (1998), 'Christelijke solidariteit in een gesecculariseerde samenleving,' in *Ethische Perspectieven* jg. 8, nr. 3, pp. 221-231.
- VVI (1985), *Werken naar christelijke identiteit*, eindrapport, Brussel.
- VVI-COMMISSIE VOOR ETHIEK (1996), 'Keuzen in de zorg,' Brussel.
- VVI-COMMISSIE VOOR ETHIEK (2003), 'Pluralisme en ethische dialoog in christelijke verzorgingsinstellingen,' Brussel.
- VVI (2006), 'Bijlage bij het jaarverslag 2006,' cijfergegevens, Brussel.
- VVI-WERKGROEP COMMERCIALISERING (2007), 'Een algemeen denkkader m.b.t. de commercialisering/vermarkting van de gezondheidszorg,' Brussel.

Tabellen en figuren

Figuur 1: Verandering in totale gezondheidsuitgaven als % van het BBP, 1970-2003

	1970	2003	% punten	% toename
Portugal	2,6	9,8	+ 7,2	+ 277 %
België	3,9	10,1	+ 6,2	+ 159 %
Verenigde Staten	7,0	15,2	+ 8,2	+ 117 %
Zwitserland	5,5	11,5	+ 6	+ 109 %
Frankrijk	5,3	10,4	+ 5,1	+ 96 %
Verenigd Koninkrijk	4,5	8,0	+ 3,5	+ 78 %
Duitsland	6,2	10,9	+ 4,7	+ 76 %
Nieuw Zeeland	5,1	8,0	+ 2,9	+ 57 %
Nederland	5,9	9,1	+ 3,2	+ 54 %
Canada	7,0	9,9	+ 2,9	+ 41 %

Bron: OECD Health Data 2006

Figuur 2: Totale gezondheidsuitgaven als % van het BBP

	1970	1980	1990	1995	2000	2003
Verenigde Staten	7,0	8,8	11,9	13,3	13,3	15,2
Zwitserland	5,5	7,4	8,3	9,7	10,4	11,5
Duitsland	6,2	8,7	8,5	10,3	10,4	10,9
Frankrijk	5,3	7,0	8,4	9,4	9,2	10,4
België	3,9	6,3	7,2	8,2	8,6	10,1
Canada	7,0	7,1	9,0	9,2	8,9	9,9
Portugal	2,6	5,6	6,2	8,2	9,4	9,8
Nederland	5,9	7,2	7,7	8,1	7,9	9,1
Nieuw Zeeland	5,1	5,9	6,9	7,2	7,7	8,0
Verenigd Koninkrijk	4,5	5,6	6,0	7,0	7,3	7,9

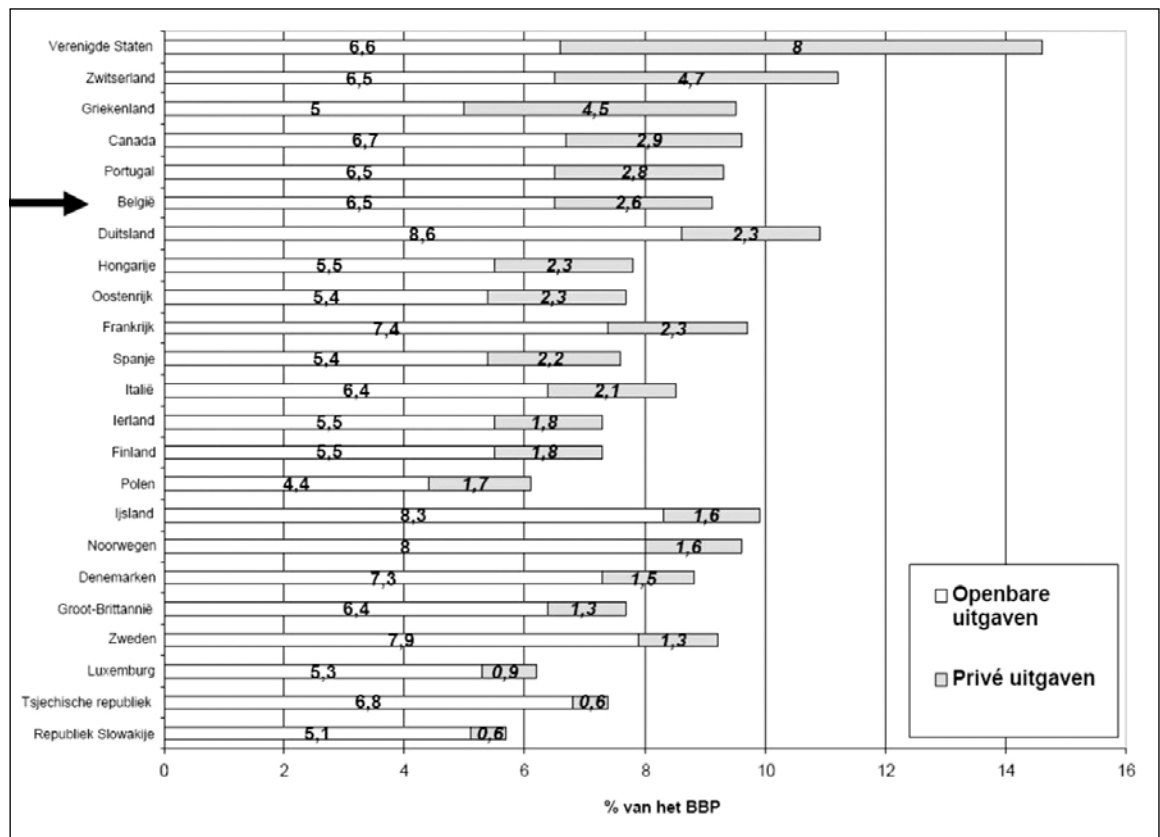
Bron: OECD Health Data 2006

Figuur 3: Financiering in gezondheidszorg, publiek-privaat, % uitgaven, 1990 en 2001

	1990		2001		Privatisering	
	publiek	privaat	publiek	privaat	% punten	% toename
Polen	91,7	8,3	71,9	28,1	+19,8	+239%
België	83,9	16,1	71,7	28,3	+12,2	+76%
Zweden	89,9	10,1	85,2	14,8	+4,7	+46,54%
Nederland	67,1	32,9	63,3	36,7	+3,8	+12%
Verenigd Koninkrijk	83,6	16,4	82,2	17,8	+1,4	+8,5%
Duitsland	76,2	23,8	74,9	25,1	+1,3	+5,5%
Frankrijk	76,6	23,4	76,0	24	+0,6	+2,6%
Denemarken	82,7	17,3	82,4	17,6	+0,3	+1,7%

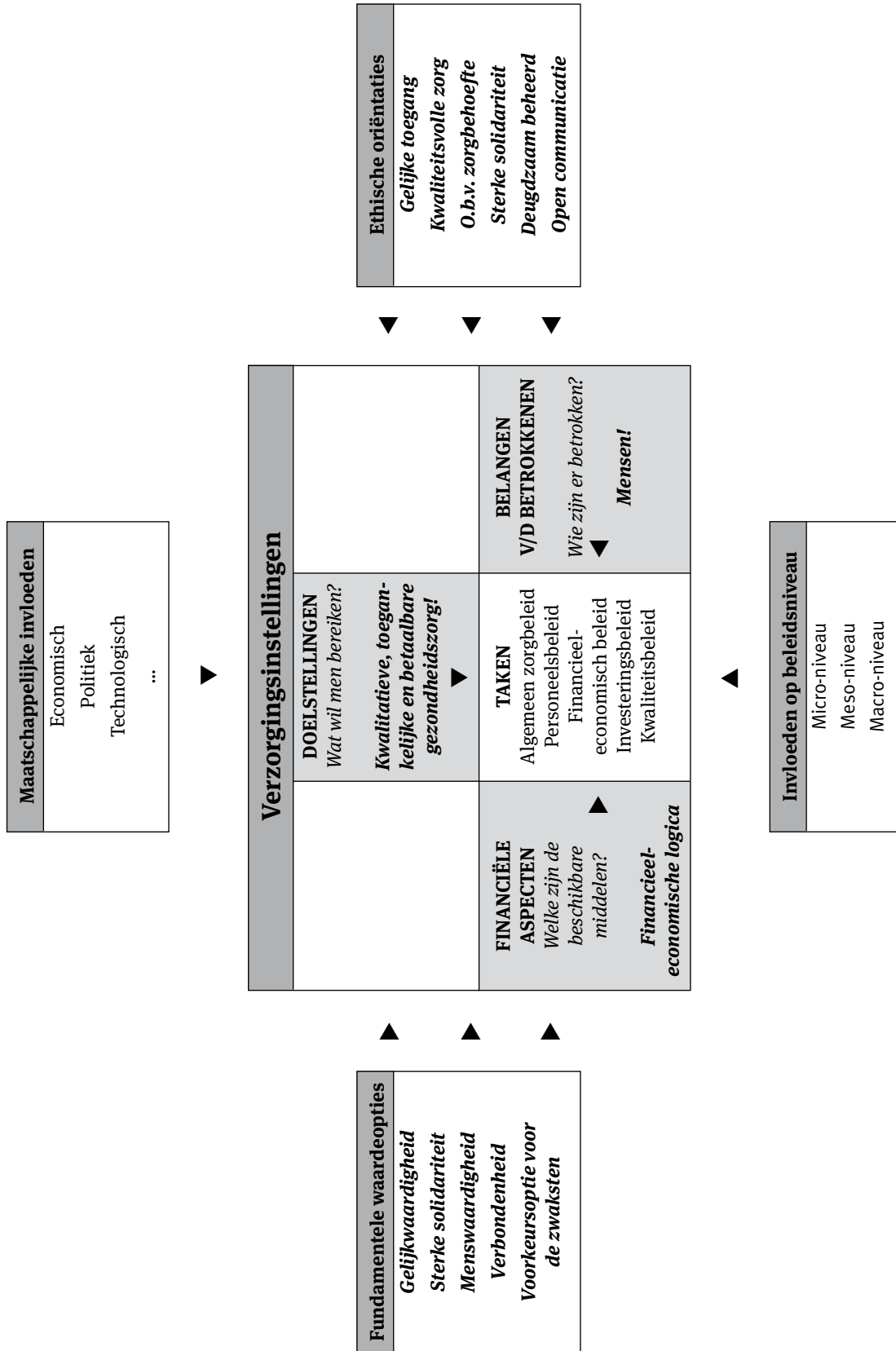
Bron: OECD Health Data 2006

Figuur 4: Uitgaven voor gezondheid in percentage van het BBP – 2002



Bron: OESO Eco-gezondheid 2004

Begeleidend kader



Zorgnet Vlaanderen vzw
Guimardstraat 1, 1040 Brussel
T. 02 511 80 08 | F. 02 513 52 69
post@zorgnetvlaanderen.be
www.zorgnetvlaanderen.be

