PRIVATISERING EN COMMERCIALISERING IN DE GEZONDHEIDSZORG: ETHISCHE REFLECTIES VANUIT HET PRIVAAT SOCIAL PROFIT INITIATIEF

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 hiernavolgende 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 noodza-

kelijk 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.

advies 11
VISIETEKST

PRIVATISERING EN COMMERCIALISERING IN DE GEZONDHEIDSZORG: ETHISCHE REFLECTIES VANUIT HET PRIVAAT SOCIAL PROFIT INITIATIEF

INHOUDSOPGAVE

Inleiding 5

1. Stand van Zaken 6
   1.1. De Belgische gezondheidszorg: sterke solidariteit 6
   1.2. Tendensen en uitdagingen 8
      1.2.1 Enkele definities 8
      1.2.2. Context 9
      1.2.3. Tendensen van privatisering en commercialisering in de Belgische gezondheidszorg 9
      1.2.4. Ethische uitdagingen 11
   1.3. De specifieke positie van de verzorgingsinstellingen 12
      1.3.1. De ziekenhuissector 12
      1.3.2. Sector geestelijke gezondheidszorg 13
      1.3.3. Sector ouderenzorg 13
      1.3.4. Evenwicht in een spanningsveld van diverse taken, doelstellingen en invloeden 14

2. Fundamentele waardeopties 16
   2.1. Een optie voor verdelende rechtvaardigheid op grond van gelijkwaardigheid 16
   2.2. Twee motieven voor sterke solidariteit 17
   2.3. Bijdrage tot optimale menswaardigheid 18
   2.4. Voorkeursoptie voor de minstbedeelden 19
   2.5. Evangelische toets van bovenvermelde waarden 20

3. Zes oriëntaties voor een integraal ethisch beleid van de verzorgingsinstellingen 22
3.1 Aan iedere persoon gelijke toegang bieden 22
3.2 Tot kwaliteitsvolle zorg 24
3.3 Bepaald en verleend op basis van zorgbehoefte 25
3.4 Georganiseerd volgens het principe van sterke solidariteit 26
3.5 Deugdzaam beheerd volgens principes van ethisch verantwoord ondernemen 26
3.6 En uitgevoerd binnen een sfeer van goede communicatie, informatie en samenwerking 27

Besluit 28

Literatuur 29

Bijlagen 31

Begeleidend kader 34

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 inkomenssolidari-

teit 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 verzekerbaarheid 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-statuut, 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	Noodzaak aan overheidsregulering en het belang van de gereguleerde markt
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 onbehagen. 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 ***principiële*** 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 verzor-

ging 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 VERZORGINGS-INSTELLINGEN

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 innovatie 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 ziekte vaak reeds van een vervangingsinkomen moeten leven, waardoor ze vaak in een financieel nòg 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 nijpender 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 oog-

punt 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 mesoniveau). 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 ***macroniveau***: 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 aanbod¬georganiseerde 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 minstbedeelden.

Volgens aanhangers van de nutsberekenende 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 hoogtechnologische zorg en dat ande-

re 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-verliesberekening 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 omge-

keerd 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 (zoals gedefinieerd in §1.2.3 definitie van 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 bezield. 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 verbeten najagen 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 VERZORGINGS-INSTELLINGEN

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 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 bevraagt, 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. Afwering van de sociaal-economisch zwakkeren is een onaanvaardbare strategie;

- dat hetzelfde geldt voor gezondheidswinst. Afwering 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, resultaatsgericht denken, innovatie, cliëntgerichtheid, etc.;
- dat efficiëntiemaatregelen, 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-doel-denken. 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 gezamelijke 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.

Goedgekeurd door de Raad van Bestuur
op 28 februari 2008

PRIVATISERING EN COMMERCIALISERING IN DE GEZONDHEIDSZORG: ETHISCHE REFLECTIES VANUIT HET PRIVAAT SOCIAL PROFIT INITIATIEF

- 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 gesecularisseerde 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.

PRIVATISERING EN COMMERCIALISERING IN DE GEZONDHEIDSZORG: ETHISCHE REFLECTIES VANUIT HET PRIVAAT SOCIAL PROFIT INITIATIEF

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 gezondheidsuitgave 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

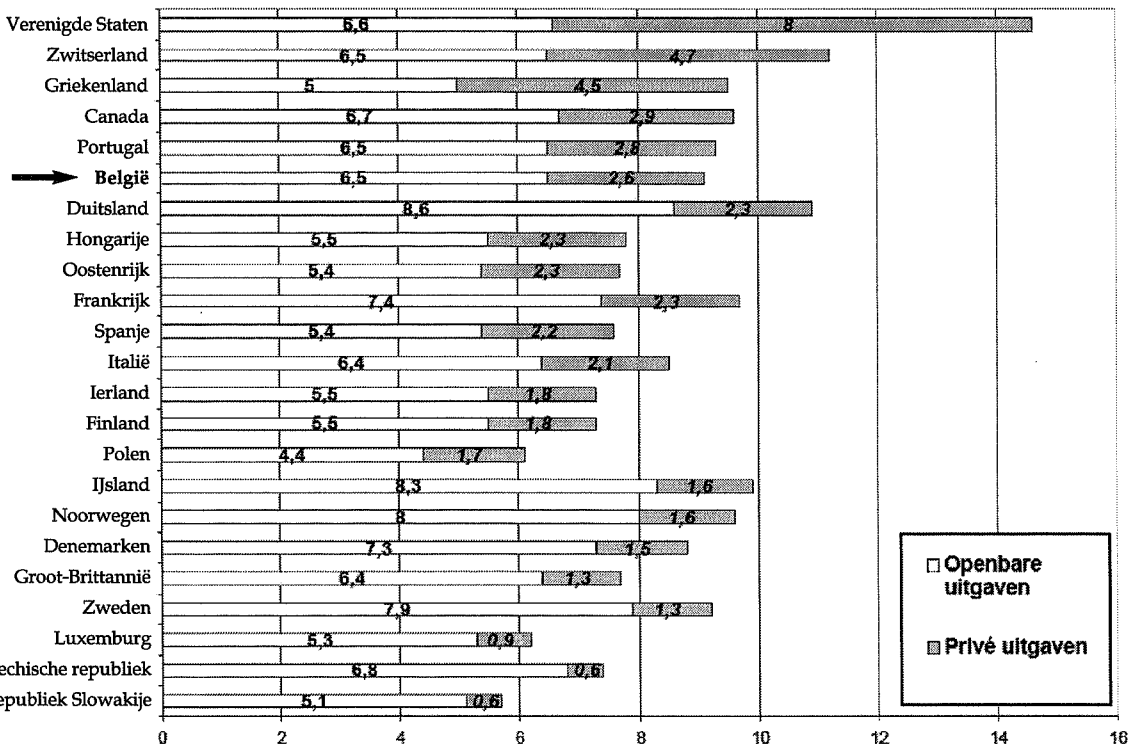
Financiering in gezondheidszorg, publiek-privaat, % uitgaven, 1990 en 2001

	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%

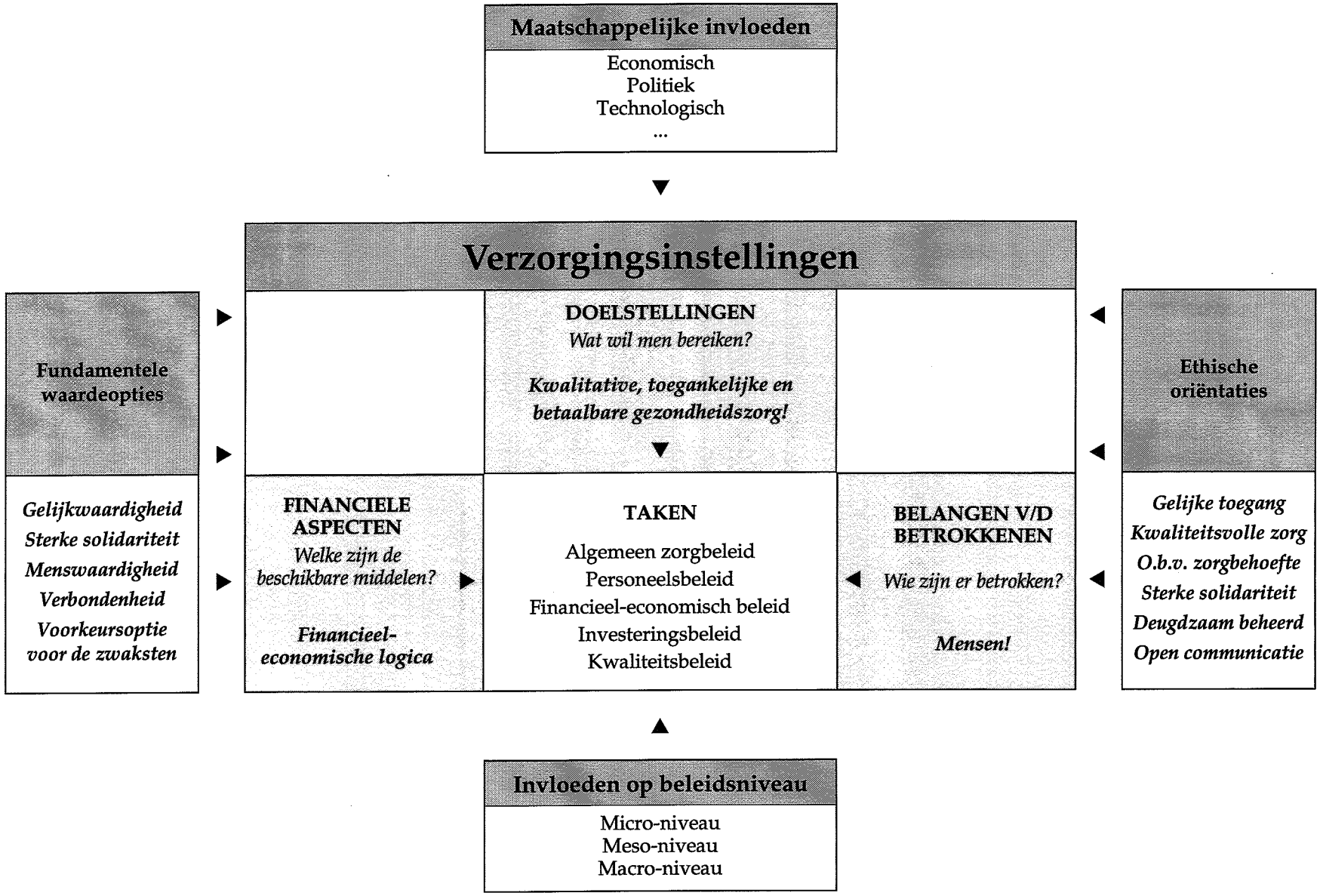
Bron: OECD Health Data 2006

FIGUUR 4

Uitgaven voor gezondheid in percentage van het BBP - 2002



Bron: OECD Health Data 2004


Maatschappelijke invloeden
Economisch
Politiek
Technologisch
...
Verzorgingsinstellingen
Fundamentele waardeopties
Gelijkwaardigheid
Sterke solidariteit
Menswaardigheid
Verbondenheid
Voorkeursoptie voor de zwaksten
DOELSTELLINGEN
Wat wil men bereiken?
Kwalitative, toegankelijke en betaalbare gezondheidszorg!
FINANCIELE ASPECTEN
Welke zijn de beschikbare middelen?
Financieel-economische logica
TAKEN
Algemeen zorgbeleid
Personeelsbeleid
Financieel-economisch beleid
Investeringsbeleid
Kwaliteitsbeleid
BELANGEN V/D BETROKKENEN
Wie zijn er betrokken?
Mensen!
Ethische oriëntaties
Gelijke toegang
Kwaliteitsvolle zorg
O.b.v. zorgbehoefte
Sterke solidariteit
Deugdzaam beheerd
Open communicatie
Invloeden op beleidsniveau
Micro-niveau
Meso-niveau
Macro-niveau