

Maatschappelijk ondernemerschap in de gezondheidszorg

Een inleiding

Diensten voor gezondheidszorg worden voornamelijk geleverd door instellingen op niet-commerciële of non-profit grondslag (ziekenhuizen, verpleeghuizen, psychiatrische inrichtingen, riagg's, gezondheidscentra, kruiswerk, enzovoorts). Zij vinden voor het merendeel hun oorsprong in particuliere initiatieven. Charitatieve motieven speelden bij de oprichting een belangrijke rol. Dat was zeker het geval in de periode vóór de stichting van het ziekenfonds, toen voor een groot deel van de bevolking de gezondheidszorg een vorm van armenzorg was (Muntendam 1983). Commerciële motieven kwamen nauwelijks voor. Anderzijds kan niet ontkend worden dat zakelijke belangen wel aanwezig waren en nog steeds aanwezig zijn. Men denke bijvoorbeeld aan de handel in medische praktijken. Naarmate de ziekenfondsverzekering zich verder ontwikkelde en de gezondheidszorg ook voor het minvermogende deel van de bevolking toegankelijker werd, verminderde het belang van de charitas. Sedertdien was het de taak van de instellingen om die zorg te bieden, waarop de burger recht had. Ondanks de collectieve financiering bleven de instellingen hun particuliere rechtskarakter behouden. Wèl moesten zij in de loop der tijd als gevolg van een gestaag groeiende overheidsbemoeienis steeds meer van hun beleids-autonomie afstaan. De ooit zelfstandige instellingen veranderden langzaam maar zeker in quasi-overheidsorganisaties (Van der Made en Van Mierlo 1990).

Kentering in de verhoudingen

Nog in het begin van de jaren tachtig werd er expliciet van uitgegaan dat de overheid een steeds belangrijker rol zou gaan spelen in de gezondheidszorg. De toenmalige wetgeving, de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (1982) voorop, wees duidelijk in die richting. Het was overigens deze wet, die kort daarna het mikpunt werd van een langzaam aanzwellende kritiek op de effectiviteit van de overheidsbemoeienis. De kritiek mondde uiteindelijk uit in een opdracht aan een commissie van onafhankelijke deskundigen onder leiding van de president-directeur van Philips, om advies uit te brengen over de structuur en financiering van de gezondheidszorg (de zogeheten commissie-Dekker). In 1987 bracht de commissie onder de titel *Bereidheid tot*

verandering rapport uit. De commissie velde onder meer een hard oordeel over de intensieve overheidsregulering van de gezondheidszorg. De overheid zou moeten terugtreden ten gunste van zorginstellingen en verzekeraars. Het advies kan worden beschouwd als het officiële begin van een kentering in de verhouding tussen overheid en particulier initiatief, althans op papier.

Het plan-Dekker werd zoals bekend opgevolgd door het plan-Simons. Inhoudelijk gezien waren er tussen beide plannen weinig verschillen. Beide plannen houden de instellingen een andere toekomst voor. Zij zijn niet langer automatisch verzekerd van een wettelijk erkende capaciteit en de daarbij behorende financiering. Over capaciteiten, volume en prijzen zal voortaan met de verzekeraars moeten worden onderhandeld. De instellingen zullen het karakter krijgen van risicodragende ondernemingen, met alle gevolgen van dien voor het management.

Wat is er sinds 1989, het jaar waarin het kabinet besloot tot wijziging van het zorgstelsel, van al deze fraaie voornemens verwezenlijkt? Uit *Modernisering zorgsector: weloverwogen verder* (1992) blijkt dat er halverwege 1992 al het een en ander is veranderd. Zo is de contractplicht voor beroepsbeoefenaren opgeheven en is het AWBZ-pakket uitgebreid. Nominale premies zijn ingevoerd met de mogelijkheid van premiedifferentiatie, de vaste werkgebieden van ziekenfondsen zijn losgelaten en ziekenfondsen en AWBZ-uitvoeringsorganen zijn gedeeltelijk gebudgetteerd. Het laatste is zonder twijfel een van de belangrijkste veranderingen, omdat de verzekeraars daardoor medeverantwoordelijk worden gemaakt voor kostenbeheersing en daartoe ook worden gestimuleerd. Er zijn aanzienlijke financiële risico's aan verbonden. Om die risico's te ondervangen hebben de ziekenfondsen als reactie onderling afgesproken deze risico's te verevenen. Bovendien hebben zij eveneens onderlinge afspraken gemaakt over de hoogte van de nominale premies. Beide afspraken zijn zeer tegen de zin van de staatssecretaris, die op deze manier de door hem beoogde concurrentie tussen de verzekeraars gedwarsboemd ziet worden. Kortom, er is vier jaar na dato nog maar een bescheiden voortgang geboekt met de stelselwijziging.

Om een goed beeld te krijgen van de veranderingen is het echter niet voldoende om alleen naar de maatregelen te kijken die de overheid heeft genomen. Er moet ook naar de anticiperende reacties van de partijen in het veld worden gekeken. Die blijken zich behoorlijk te roeren. De laatste jaren is er bijvoorbeeld sprake van een ware samenwerkings- en fusiegolf bij zowel verzekeraars als zorginstellingen. Het aantal niet-klinische centra voor medisch-specialistische zorg (de zogenaamde privé-klinieken) is aanmerkelijk toegenomen. Reguliere instellingen schuwen niet langer commerciële initiatieven. En bij

instellingen en zorgverzekeraars, het management voorop, is een verzakelijking van opvattingen en activiteiten waarneembaar (Van der Kwartel 1992). Het management staat voor nieuwe uitdagingen en lijkt deze handschoen op te nemen.

Management

De behoefte aan professionele leiding, aan management van zorginstellingen, dateert uit het begin van de jaren zeventig. Aanvankelijk stuitte die benaming op weerstand omdat zij werd geassocieerd met het commerciële bedrijfsleven. Het leiden van een ziekenhuis zou immers iets geheel anders zijn dan het leiden van een fabriek (Van Andel 1983). Een stelling die overigens niet door iedereen werd onderschreven. Inmiddels is de term 'management' gemeengoed geworden in de gezondheidszorg. Hij is ook niet langer voorbehouden aan activiteiten aan de top van de organisatie. Vrijwel alle activiteiten met een coördinerend karakter worden er tegenwoordig mee aangeduid. Als wij hier de term management hanteren, doelen wij op de leiding.

Het managen van een instelling is er in de loop der jaren niet eenvoudiger op geworden. Er moet met minder middelen meer worden gedaan; er moet worden samengewerkt met andere organisaties; er moet meer extramuraal worden gewerkt, enzovoorts. En dat alles met in achtneming van een enorme hoeveelheid van velerlei organen afkomstige regels, die bovendien nogal eens veranderen. De manager moet ogen van achteren en van voren hebben. Hij dient te beschikken over de kennis en vaardigheden die nodig zijn voor een adequaat intern en extern optreden.

De hierboven geschetste wijziging in de omgeving van de instelling stelt het management voor nieuwe strategische opgaven. Sommigen duiden het aanpakken van deze nieuwe opgaven aan met de term 'maatschappelijk ondernemerschap'. De vraag is wat dat precies betekent en of dat een bruikbare term is voor het management nieuwe stijl.

Maatschappelijk ondernemerschap

Het gebruik van het begrip 'ondernemerschap' in de gezondheidszorg is niet nieuw. Van Andel (1983) beweert dat al in de periode na 1970 van het management ondernemerschap werd gevraagd. Daarmee doelde hij op de noodzakelijke reactie op toenmalige ontwikkelingen, zoals regionalisatie, democratisering, extramuralisering en capaciteitsbeheersing. Visie en planning waren nodig. En de manager moest leren

omgaan met de overheid. Het ondernemerschap kwam tot uiting in 'nieuwbouw, begeleiding van innovaties op therapeutisch terrein, het tot ontwikkeling brengen van democratiseringsprocessen en een daarmee gelijke tred houdend personeelsbeleid' (Van Andel 1983, p. 180). Het sloeg dus vooral op een actieve houding van het management in een tijdperk van groei. Die actieve betekenis lijkt het begrip vandaag de dag nog altijd te hebben, zij het dat zulks nu meer geassocieerd wordt met het bedrijfsmatig leiden van de zorginstellingen. De veranderingen die zich in de omgeving hebben voltrokken zijn daar niet vreemd aan. Groei is vervangen door krimp, verantwoordelijkheden zijn aan het verschuiven. Maatschappelijk ondernemerschap uit zich nu dan ook anders dan in de jaren zeventig.

Een eenduidige betekenis heeft het begrip maatschappelijk ondernemerschap niet. Wel blijkt uit de in deze bundel opgenomen bijdragen, die hierna kort worden geïntroduceerd, dat de verschillende omschrijvingen dicht bij elkaar liggen. Het zijn steeds typering van het management van zorginstellingen. De meeste auteurs leggen daarbij de nadruk op het externe of strategisch management (Van Mierlo, De Waal, Baalman), maar sommigen betrekken daar ook het interne management bij (Sollet, Van der Eyden). Volgens anderen is dan echter niet maatschappelijk ondernemerschap in het geding, maar intern ondernemerschap (bijvoorbeeld interne marketing, 'human resources management', enzovoorts). In vrijwel alle bijdragen aan deze bundel wordt ingegaan op de gevolgen van de verandering in de taakverdeling tussen overheid, particulier initiatief en bedrijfsleven voor het strategisch management van zorginstellingen. Vanuit verschillende invalshoeken worden de consequenties van die verandering belicht. Bij allen leidt het tot het benadrukken van het belang van een innovatief management dat risico's durft te nemen en waarvoor de term 'maatschappelijk ondernemerschap' wordt gebruikt. Bij De Waal en Baalman levert dit een oplossing voor legitimiteitsproblemen, die moet leiden tot het herstellen van de relatie tussen instelling en cliënt. Hun ondernemers voorzien in maatschappelijke leemten in het aanbod. Bij Van Mierlo en Elsinga lijkt het daarnaast ook te gaan om effectiviteits- en efficiency-verbetering door middel van het zakelijk leiden van de instelling.

Wellicht zou men kunnen stellen dat het bij maatschappelijk ondernemerschap uiteindelijk gaat om het bereiken van een evenwicht tussen commerciële zakelijkheid enerzijds en bevlogen idealisme anderzijds in het strategisch instellingsmanagement.

Risico's

In zoverre maatschappelijk ondernemerschap een poging inhoudt tot het verzoenen van charitas en commercialiteit, van idealisme en zakelijkheid, brengt een dergelijke managementopvatting ook risico's met zich mee. In het huidige tijdsgewricht moeten die vooral worden gezocht in de mogelijkheid dat de zakelijke component de overhand krijgt. Het aan het bedrijfsleven ontleende beeld van de ondernemer lijkt daar ook min of meer toe uit te nodigen. Het kan immers beschouwd worden als een opgave om het management van zorginstellingen te modelleren naar het voorbeeld van het bedrijfsleven. Het nodigt uit tot een andere interne en externe bedrijfsvoering, tot het nemen van initiatief en tot het bewust lopen van risico's. Zoals het bedrijfsleven laat zien loopt dat niet altijd gunstig af. Ook in de gezondheidszorg zijn daar inmiddels voorbeelden van te vinden. Wij noemen er twee: de 'kwestie-Nollen' en het débacle rond de provinciale kruisvereniging van Zuid-Holland.

A.C.J.A. Nollen combineerde in de jaren zestig en zeventig het voorzitterschap van een dozijn gesubsidieerde stichtingen voor zwakzinnigenzorg met een even groot aantal privé-ondernemingen, waarvan hij directeur of commissaris was. Die privé-ondernemingen hadden een monopolie op het leveren van goederen en diensten aan de stichtingen, hetgeen resulteerde in gedwongen winkelnering voor de laatsten. Men sprak ook wel over het 'Nollen-syndicaat'. In het midden van de jaren zeventig werd dit in de pers aan de kaak gesteld als een ontoelaatbare vermenging van charitas en eigenbelang. Mede als gevolg van deze perspublicaties werd het syndicaat in 1978 ontbonden (Van Meurs 1978). Ook al waren er geen strafbare feiten gepleegd, blijkbaar waren er wel maatschappelijke grenzen overtreden.

Was bij Nollen sprake van een 'succesvol' doch ontoelaatbaar ondernemerschap, het omgekeerde was het geval bij de provinciale kruisvereniging van Zuid-Holland. Tot eind 1989 ontvingen de plaatselijke kruisverenigingen hun geld via de provinciale kruisvereniging. Als gevolg van gewijzigd beleid van de rijksoverheid verloren zij die taak. Naar aanleiding hiervan besloot de provinciale kruisvereniging van Zuid-Holland zich om te vormen tot een commerciële onderneming met een breed dienstenpakket voor de plaatselijke verenigingen en andere zorginstellingen. De provinciale kruisvereniging ging functioneren als een zogeheten 'service-instituut' voor de aangesloten individuele kruisinstellingen. Door onder meer een te optimistische inschatting van de markt en een slecht financieel beheer was de provinciale kruisvereniging echter binnen een jaar failliet. 'Zoiets gebeurt toch alleen in het bedrijfsleven?', zei een medewerker nog verwonderd (*de Volkskrant*, 5 maart 1991).

Beide gevallen tonen aan dat ondernemerschap kan mislukken: of het commerciële succes gaat ten koste van ideële motieven, of ideële drijfveren lopen uit op bedrijfseconomisch falen. En als één ding zeker is, dan is het wel dat een uitbreiding van het ondernemerschap in de gezondheidszorg nog wel eens tot mislukkingen zal leiden. Al wordt er her en der voor gewaarschuwd, het is niet het onderwerp van deze bundel.

De inhoud van deze bundel

In het eerste hoofdstuk wijst *Van Mierlo* erop dat in onze moderne verzorgingsstaat geen duidelijke scheiding valt aan te wijzen tussen de publieke en private sector. De non-profitsector, waartoe de gezondheidszorg behoort, is daar een voorbeeld van. Deze sector vertoont kenmerken van beide ideaaltypen. Het gaat daar om private organisaties die publieke taken uitoefenen. Hij onderscheidt een zestal redenen om publieke taken aan de zogenaamde instellingen voor particulier initiatief over te laten in plaats van aan de overheid of de markt. Slechts één daarvan wordt thans nog gehanteerd: het argument dat er diensten van hoge kwaliteit tegen een lage prijs kunnen worden geleverd, waarbij rekening wordt gehouden met de voorkeuren van cliënten. Hij legt de nadruk op de service-functie aan cliënten, die zorginstellingen zouden moeten vervullen. Kritiek op de dienstverlening noopt er echter toe opnieuw te kijken naar de taakverdeling tussen openbaar bestuur, particulier stelsel en marktsector. Van Mierlo is van mening dat in beginsel diensten via de markt moeten worden verschaft, wanneer tenminste technische kenmerken van de diensten zich daar niet tegen verzetten. Is dat wel het geval, dan is sprake van zogeheten 'marktfalen' en zou de dienstverlening moeten worden overgelaten aan het particulier initiatief, wanneer dat bestuurlijke voordelen heeft. Van de door hem geschetste optimale taakverdeling is in de praktijk geen sprake, al lijkt de taakverdeling zich wel in die richting te bewegen. Gevolg daarvan voor het particulier initiatief is onder meer de entree van 'for profit'-organisaties in de gezondheidszorgmarkt. Bovendien nemen instellingen van particulier initiatief kenmerken van 'for profit'-organisaties over. Dergelijke ontwikkelingen vragen niet om een risicomijdend gedrag maar nopen tot een innovatief of maatschappelijk ondernemerschap.

Op het belang van maatschappelijk ondernemerschap is al eerder gewezen door De Waal (1991). Doordat de traditionele banden tussen cliënten en besturen van zorginstellingen zijn verdwenen, is er zijns inziens een nieuwe rechtvaardiging nodig van de besturen van instellingen.

gen en die wordt geboden door maatschappelijk ondernemerschap. Hij doelt daarmee evenals Van Mierlo op het extern functioneren van besturen (en directie) en meer in het bijzonder op het 'ervoor zorgdragen dat voorzien wordt in een maatschappelijke leemte in het aanbod op gebieden van gezondheidszorg, cultuur, onderwijs en dergelijke vanuit zeer diverse motieven, doch niet alleen uit puur eigen- of commercieel belang' (De Waal 1991, p. 167). Een dergelijke activiteit reserveert hij overigens niet alleen voor de instellingen van particulier initiatief. In beginsel kan iedereen deze rol op zich nemen.

In hoofdstuk 2 behandelt *De Waal* maatschappelijk ondernemerschap in het kader van de historische ontwikkeling van de relatie tussen overheid en particulier initiatief. Hij onderscheidt een drietal fasen in de verhouding tussen beide instituties: co-existentie, staatsfinanciering en marktgerichte financiering. In deze laatste fase worden de maatschappelijke ondernemingen alleen nog collectief gefinancierd op basis van prestaties. Bovendien wordt van hen verwacht dat zij zoeken naar nieuwe financieringsbronnen. De instellingen worden gedwongen opnieuw hun positie te bepalen tussen overheid en markt. Aan het slot van zijn bijdrage kaart De Waal een drietal fundamentele kwesties aan rond maatschappelijk ondernemerschap. In de eerste plaats constateert hij dat meer bedrijfsmatig werken naast voordelen ook nadelen heeft, zoals het verlies aan idealisme. In de tweede plaats vraagt hij zich af of zich wel voldoende bekwame managers als maatschappelijk ondernemer beschikbaar zullen stellen en hoe zij beloond kunnen worden bij een succesvol omgaan met risico's. En tenslotte verwacht hij een botsing tussen het risicovol ondernemen en de ambtelijke bestaanszekerheid van de professionals. Ondanks deze nog onopgeloste problemen ziet hij een toekomst weggelegd voor het maatschappelijk ondernemerschap.

Maatschappelijk ondernemerschap, stelt *Baalman* in hoofdstuk 3, is meer dan een burgerplicht. In zijn opvatting is maatschappelijk ondernemerschap een noodzakelijke voorwaarde voor het succesvol leiden van een zorginstelling. Evenals De Waal constateert Baalman dat de gezondheidszorg te kampen heeft met een legitimiteitscrisis. Doordat de gezondheidszorg zich autonoom heeft ontwikkeld, is er een grote afstand ontstaan tussen het aanbod van de zorginstellingen en de verwachtingen die de maatschappij daarvan heeft. Nu van de gezondheidszorg wordt verwacht dat meer rekening wordt gehouden met maatschappelijke behoeften, is die afstand een probleem. Maatschappelijk ondernemerschap ziet Baalman als een mogelijkheid om die afstand te overbruggen en om de gezondheidszorg maatschappelijk te verankeren. Dat betekent voor hem ook dat de manager weet, wat de omgeving van de gezondheidszorg verwacht en met die kennis de professionals zo stuurt, dat hun dienstverlening beantwoordt aan de maatschappelijke behoeften.

Na deze drie bijdragen, waarin de betekenis van maatschappelijk ondernemerschap is verkend en het verschijnsel in een maatschappelijk kader is behandeld, gaat *Elsinga* in hoofdstuk 4 in op de gevolgen van het overheidsbeleid, in casu de herziening van het gezondheidszorgstelsel, voor het ondernemerschap in de gezondheidszorg. Van het laatste geeft hij een drietal kenmerken: handelingsvrijheid, strategische doelbepaling en belang bij efficiency en effectiviteit. Als zodanig onderscheidt de ondernemer zich van de uitvoerder. Hij geeft allereerst een schets van de hoofdlijnen van het plan-Simons en vraagt zich vervolgens af waar de mogelijkheden en beperkingen voor de ondernemer liggen. Doordat als gevolg van de stelselwijziging de drie genoemde kenmerken belangrijker worden, nemen de mogelijkheden voor ondernemerschap toe. Beperkingen in de vorm van overheidsregels blijven overigens bestaan, maar dan als randvoorwaarden voor ondernemerschap. Uiteindelijk is een nieuwe taakverdeling tussen overheid en particuliere instellingen het gevolg. Daarbij staat de ondernemer volgens *Elsinga* voor de opgave, om een evenwicht te vinden tussen de meer bedrijfsmatige oriëntatie en de meer maatschappelijke oriëntatie die voortvloeit uit de aard van het product gezondheidszorg. Een evenwicht daartussen lijkt hem de essentie van het begrip maatschappelijk ondernemerschap.

Houdt maatschappelijk ondernemerschap alleen een schone belofte in, of is er al iets van merkbaar in de praktijk van het instellingswezen? Daarover gaan de drie laatste bijdragen van deze bundel. Twee hebben de ziekenhuizen tot onderwerp en één het RIAGG.

In hoofdstuk 5 benadrukt *Van der Pompe* dat minder overheidsregulering, meer marktwerking en beperkte financiële middelen, ziekenhuizen openen tot het ontplooiën van innoverende initiatieven. Hij geeft daarvan twee voorbeelden. Het eerste betreft de oprichting van een stichting voor periodiek medisch onderzoek (PMO) en het tweede de start van een oogheelkundige kliniek. De stichting PMO is een samenwerkingsverband van een aantal ziekenhuizen. De stichting verzorgt voor particulieren en bedrijven keuringen en 'check-ups' bij de aangesloten ziekenhuizen buiten de reguliere spreekuren. Behalve dat het een oplossing is voor interne capaciteitsproblemen en voordelig is voor het imago van het ziekenhuis, wordt het ook beschouwd als een reactie op commerciële keuringsinstanties. De oogheelkundige kliniek, het tweede voorbeeld, was een initiatief van de oogartsen uit het ziekenhuis van Van der Pompe. Zij hebben een deel van hun praktijk buiten het ziekenhuis gebracht. Het ziekenhuis werd daardoor geconfronteerd met een aanzienlijke inkomstendaling. Verhindern kon men het initiatief echter niet. Door het maken van afspraken over wederzijdse dienstverlening en door het opnemen van dit initiatief in een extramuralisatiebeleid probeert het ziekenhuis nog zoveel mogelijk voordelen te be-

halen. Dit is een fraai voorbeeld van hoe nieuwe concurrentieverhoudingen in de gezondheidszorg ook kunnen leiden tot strategische allianties ten voordele van de cliënten, te weten betere dienstverlening tegen lagere prijzen.

Sollet illustreert in hoofdstuk 6 maatschappelijk ondernemerschap aan de hand van de ervaringen die daar in de Maastrichtse geestelijke gezondheidszorg mee zijn opgedaan. Aan maatschappelijk ondernemerschap geeft zij een dubbele betekenis. Enerzijds duidt het op het bedrijfsmatige benaderen van de collectieve sector, anderzijds wordt er ook het spiegelbeeld van de louter op winst beluste ondernemer mee bedoeld. Zij behandelt maatschappelijk ondernemerschap aan de hand van de kenmerken die De Waal (1991) schetst. Zij acht het geen vrijblijvende keuze, maar noodzaak. Zij waarschuwt er wel voor niet zodanig door te slaan in het streven naar ondernemerschap, dat het Dickensiaanse beeld van de ondernemer van toepassing wordt. Een dergelijke beeldvorming dient te worden vermeden.

Bij de ziekenhuizen, zo stelt *Van der Eyden* in hoofdstuk 7, is eigenlijk al twee decennia sprake van strategisch management of maatschappelijk ondernemerschap, al erkent hij dat daar nu meer mogelijkheden voor zijn dan destijds. Belemmeringen zijn er echter nog altijd. Volgens *Van der Eyden* kunnen die onder meer worden aangetroffen in het overheidsgedrag. Dat is teveel gebaseerd op ficties en vooroordelen. Zo is zijns inziens de ziekenhuissector geen onderdeel van de collectieve sector en allerminst geldverslindend, onbeheersbaar en ondoelmatig. Ziekenhuizen zijn volgens hem bedrijven die, binnen door de overheid gestelde randvoorwaarden, een prijs in rekening brengen voor hun produkt. En als de kosten niet uit de inkomsten kunnen worden gedekt, dan zijn er eenvoudigweg twee mogelijkheden: prijsverhoging of zorgvermindering. Ziekenhuizen zijn in zijn opvatting particuliere bedrijven met een particuliere taak. Hij is het dan ook niet eens met *Van Mierlo's* bewering dat ziekenhuizen instellingen zijn die een publieke taak uitoefenen. Een van de belangrijkste taken van het strategisch ziekenhuismanagement vindt *Van der Eyden* het waken over het ziekenhuis-als-eenheid. Het overheidsbeleid houdt daar veel te weinig rekening mee, alsmede met andere specifieke kenmerken van de ziekenhuissector, en is daardoor inadequaat. Er is volgens hem een andere wijze van sturing nodig die wel rekening houdt met de specifieke aspecten van deze bedrijfstak. En die zoekt hij niet in de markt maar bij recente bestuurskundige inzichten. Zelfsturing van ziekenhuizen zou centraal moeten staan en de overheidssturing zou daarbij aan moeten sluiten.

In het slothoofdstuk blikt *Mur-Veeman* nog eens terug op het gebruik van het concept maatschappelijk ondernemerschap in deze bundel. Zij

stelt dat wij hier te maken hebben met een begrip met uiteenlopende betekenissen. Aan de hand van de omschrijving van maatschappelijk ondernemerschap van De Waal poogt zij een zekere ordening hierin aart te brengen. Naar aanleiding daarvan komt zij tot de conclusie, dat het een begrip is waarmee wetenschappers beter uit de voeten lijken te kunnen dan mensen uit de praktijk. Het begrip is volgens haar dan ook in de eerste plaats waardevol als analytisch instrument voor het beschrijven van bepaalde maatschappelijke verschijnselen.