De armoede van het zorgdebat

Marc van Ooijen

Ondanks de komst van een nieuwe regering, waarvan in ieder geval de PvdA claimt dat ze een socialer beleid neerzet, is de Haagse retoriek over de gezondheidszorg het afgelopen jaar niet veranderd. De meest recente uitspraken van staatssecretaris Bussemaker over de vermeende koude sanering die thuiszorgorganisaties op dit moment doorvoeren zijn hier slechts één voorbeeld van: de markt wordt gezien als de oplossing voor alle problemen. Het is jammer dat met de komst van de PvdA en de ChristenUnie in het kabinet de discussie over wat nodig is in de zorgsector in de komende jaren niet is bijgesteld. Een fundamenteler probleem is dat de huidige drie regeringspartijen, voor wat betreft hun koers ten aanzien van de toekomst van de zorgsector, in ideologische zin totaal de weg kwijt zijn. Door hun haast blinde omarming van noties van marktwerking in de gezondheidszorg snijden zij namelijk enkele historische banden met hun eigen gedachtegoed over maatschappelijke en bestuurlijke verhoudingen door.

Mislukte marktwerking

Binnen de gezondheidszorg wordt al een jaar of tien een debat gevoerd over marktwerking. Dit heeft er onder andere toe geleid dat ziekenhuizen een, overigens zeer beperkt, deel van hun budget verkrijgen via onderhandelingen over de zogenaamde DBC's ('Diagnose-behandel-combinaties' die alle activiteiten vanaf de diagnose tot en met de behandeling beschrijven. Ziekenhuizen en zorgverzekeraars stellen in onderhandeling met elkaar de tarieven hiervoor vast.) en dat huishoudelijke verzorging inmiddels via openbare aanbestedingen tegen zo laag mogelijke tarieven wordt ingekocht. Oogmerk van de marktwerking in de zorg is dat de concurrentie tussen zorgaanbieders toeneemt en dat zij om die reden efficiënter gaan werken, waardoor de kosten in de hand worden gehouden.

Door de invoering van principes van marktwerking in de zorg zijn er steeds minder zorgorganisaties. De schaalgrootte van de nog bestaande organisaties is flink toegenomen, doordat ze bijna zonder uitzondering in het afgelopen decennium ten minste één keer zijn gefuseerd of overgenomen. Dit heeft geleid tot extra problemen in de aansturing (door de complexiteit van deze grote organisaties) en

tot cultuurveranderingen (en weerstand daartegen). Ondertussen nemen de signalen toe dat medewerkers in de zorg meer met administratie en andere zaken bezig zijn dan met de zorg. En dat komt niet alleen door de toegenomen externe administratieve lastendruk. Het meest sprekende voorbeeld dat uit recent onderzoek naar voren komt, is dat kleine ziekenhuizen beter presteren dan de grote, veelal gefuseerde ziekenhuizen.

Iedereen binnen de zorgsector, en langzamerhand ook steeds meer mensen daarbuiten, weet dat er van echte marktwerking geen sprake is. Er is geen vrije prijsvorming, de administratieve lastendruk is ook de afgelopen jaren alleen maar toegenomen en er bestaan nog steeds financiële plafonds. Toch zijn we nog niet zo ver dat we lessen trekken uit de experimenten van de afgelopen tien jaar. We durven niet te zeggen dat de marktwerking in de zorg zijn grenzen kent en we op zoek moeten gaan naar andere mogelijkheden om zo goed mogelijke zorg tegen redelijke kosten te krijgen.

Er zijn maar weinig mensen die het logisch vinden dat we, met het stijgen van onze welvaart en de vraag naar hogere kwaliteit van zorg, zowel in absolute als in relatieve zin meer voor die zorg zouden moeten betalen. Ik denk dat dit komt doordat wij als zorggebruikers weliswaar de nodige kritiek hebben op de sector, maar tegelijkertijd als belasting- en premiebetalers vinden dat we veel te veel betalen. Zo accepteren wij bijvoorbeeld niet dat topbestuurders in de zorg evenveel verdienen als topmanagers in het bedrijfsleven. Bovendien schreeuwen we moord en brand als thuiszorgorganisaties mensen moeten ontslaan vanwege de verloren concurrentieslag met goedkopere schoonmaakbedrijven. Het lijkt erop dat wij in de zorg eigenlijk geen echte marktwerking willen.

Er blijkt dus wel degelijk behoefte aan alternatieven voor de huidige, op de markt gerichte koers. Maar vanwege gebrek aan ideeën over hoe het anders kan of moet, raken we steeds meer verstrikt in het web van de marktwerking. Beleidsmakers houden tegen beter weten in vast aan de kort-door-de-bocht redenering dat meer markt nu eenmaal leidt tot lagere prijzen. Er is volgens hen geen alternatief voor de huidige koers als we in enige mate grip willen krijgen op kostenstijgingen in de zorg.

De huidige regeringspartijen komen evenmin met ideeën en breken op die manier met hun sociale traditie. Sociaaldemocraten en christendemocraten vinden van oudsher dat zwakkeren in de maatschappij beschermd moeten worden tegen een overmaat aan kapitalisme. Er moet solidariteit zijn met de armen en de zieken. Om dat te bereiken zijn sociaaldemocraten geneigd zich te richten op ‘de overheid’ en

heeft de christendemocratie doorgaans meer vertrouwen in het maatschappelijk middenveld. Met marktwerking staan deze uitgangspunten op gespannen voet. Als we op de huidige manier doorgaan zullen we over tien jaar tot de conclusie komen dat we organisaties hebben gecreëerd in de zorgsector waarvoor ‘zorg’ en ‘solidariteit’ vreemde begrippen zijn.

In dit kader wil ik verwijzen naar het onderscheid tussen de ‘Angelsaksen’ en de ‘Rijnlanders’. De kern daarvan is dat West-Europese landen van oudsher een ander besturingsmodel hebben dan de Verenigde Staten: het Rijnlandse model. Dit wordt gekenmerkt door begrippen als solidariteit en gemeenschapszin, terwijl het Amerikaanse - of Angelsaksische - model veel meer is gebaseerd op begrippen als vrije markt en minimale overheid. Dit is geen betoog voor anti-globalisme, anti-Amerikanisme of tegen marktwerking. De discussie over marktwerking heeft ook enkele positieve resultaten gehad, zoals het nadenken over wat vraaggericht of klantgericht werken eigenlijk inhoudt. Wel denk ik dat wij onvoldoende bereid zijn om een keuze te maken voor onze eigen principes en waarden, inclusief de bijbehorende voor- én nadelen. Ik pleit daarom voor een expliciete terugkeer naar het Rijnlandse model, waarbij we ons een genuanceerd beeld vormen van de mogelijkheden en onmogelijkheden van marktwerking in de zorg. Concurrentie moet (weer) gaan plaatsvinden op basis van toegevoegde waarde: levert een zorgorganisatie kwalitatief goede zorg voor het geld dat ze krijgt?

Een alternatief voor de vrije markt

Hoe zou een alternatieve koers er uit kunnen zien? Net als nu nog het geval is, bepaalt de overheid het budgettaire kader voor de zorg, in ieder geval binnen de AWBZ. Als we vinden dat er geld bij moet, moeten we bereid zijn dat met zijn allen te betalen. Als organisaties aantoonbaar slecht met geld omgaan, moeten zij daarvoor worden gestraft. Daar is geen vrije prijsvorming voor nodig, kwaliteits- en doelmatigheidsonderzoeken kunnen volstaan. Daarnaast blijft de overheid het basispakket van de ziektekostenverzekering bepalen en stelt een bandbreedte vast voor de kosten van aanvullende pakketten. ‘Luxe’ zorg kan worden overgelaten aan commerciële organisaties, die verplicht worden hun winst gedeeltelijk te investeren in projecten ter verbetering van de basiszorg. Overigens is het prima dat bestaande organisaties een beperkt belang nemen in deze commerciële organisaties, maar daarvoor geldt dan wel de echt vrije prijsvorming.

Verandert er veel met bovenstaande ideeën? Dat valt mee. Tenminste, als we niet te lang wachten met het openbreken van de discussie. Op dit moment bestaat er namelijk nog geen echte vrije prijsvorming, op kleine uitzonderingen na.

Organisaties zijn zich vooral aan het voorsorteren. Waar vrije prijsvorming in de steigers staat, kost het ontwikkelen en het in standhouden van het nieuwe systeem vaak zo veel, dat dit zeer waarschijnlijk opweegt tegen de mogelijke kostendaling door meer concurrentie. Kijk bijvoorbeeld maar eens naar hoe veel geld gestopt is in de ontwikkeling en het in stand houden van de DBC-systematiek in de ziekenhuiszorg. Daarnaast stelt de rijksoverheid momenteel nog het budgettaire plafond in de AWBZ-zorg vast; de concurrentie in de AWBZ-zorg is niet meer dan de herverdeling van een vastgesteld budget. Ten aanzien van de huishoudelijke zorg is de stap gezet naar financiering via gemeenten, die worden verondersteld beter in te kunnen spelen op de zorgvraag van de burgers. Om te voorkomen dat de verschillen tussen gemeenten te groot worden is het goed dat daar algemene kaders blijven gelden en de aanbestedingsprocedures gebaseerd worden op concurrentie op basis van kwaliteit, in plaats van concurrentie op prijs. De prijs, of in ieder geval de bandbreedte ervan, wordt dan tevoren landelijk vastgesteld.

Het is tijd om een einde te maken aan de armoede van het huidige zorgdebat. Er moet een duidelijker begrenzing komen van de marktwerking in deze sector en een herdefiniëring van de spelregels. Doorgaan op de huidige weg betekent niet alleen armoede in het debat, maar uiteindelijk armoede bij een deel van de bevolking.

drs. M. van Ooijen MBA-H is senior adviseur CC Zorgadviseurs, Woerden