

Terug naar de zorg

Vorige maand schreef Margo Trappenburg in s&d dat de PvdA-commissie Zorg te licht denkt over de nadelen van marktwerking in de gezondheidszorg. Frank Heemskerk en Steven de Waal, die meeschreven aan het rapport, leggen uit hoe hun idee over marktwerking fundamenteel verschilt van dat van het kabinet en gaan ook in op andere kritiek.

STEVEN DE WAAL & FRANK HEEMSKERK

Temidden van een ingrijpende stelselverbouwing door het kabinet Balkenende II heeft de PvdA de beschikking over een adviesrapport — opgesteld door een commissie onder voorzitterschap van Steven de Waal — dat vanuit sociaal-democratisch perspectief tracht de gezondheidszorg zo compleet mogelijk in kaart te brengen.¹ Gezondheid is een belangrijk thema voor mensen, de zorg is een omvangrijke en complexe sector met een grote sociale en economische impact. Het belang van het onderwerp wordt ook bij debatten met partijleden in het land telkens weer onderstreept, merken we. Margo Trappenburg (in s&d 2005/5) en Kees Tamboer (in *Het Parool*, 4 en 11 mei 2005) hebben de moeite genomen ons rapport goed te lezen en becommentariëren. Hun kritiek richt zich op de volgende punten:

- > Waarin verschillen onze voorstellen van die van het kabinet?
- > Waarom pleit de commissie voor (beperkte) marktwerking in de *cure* (op genezing gerichte zorg)?

Over de auteurs Frank Heemskerk en Steven de Waal zijn respectievelijk lid en voorzitter van de projectgroep Zorg van de PvdA

Noot zie pagina 47

- > Kan het voorgestelde systeem van ‘Michelinsterren’ in het zorgbestel wel werken?
- > Hoe zit het met de bejegening van professionals in de zorg?
- > Is er een alternatief voor marktwerking?
- > Is decentralisatie van de *care* (langdurige verpleging en verzorging) naar de lokale overheid wel een goed idee?

FORSE VERSCHILLEN

Vergeleken met het kabinet geeft de projectgroep meer aandacht aan de *care* en zet ze sterker in op preventie. Zo pleiten wij ervoor dat 1% van de uitgaven van verzekeraars verplicht aan preventie wordt besteed, dat aan de huidige versnippering een einde wordt gemaakt en dat de Gemeentelijke Gezondheidsdiensten (GGD's) de spil worden waar alle preventie-inspanningen om draaien. Het kabinet daarentegen richt zich vrijwel uitsluitend op de basisverzekering en laat de curatieve sector de boventoon voeren in alle beleid. Dat is een slechte koers. De komende jaren zal de *care* in kosten en aantallen patiënten de *cure* ver achter zich laten. Voorkoming van ziekten en de verzorging van ernstig en chronisch zieken mogen dan wellicht minder ‘sexy’ zijn dan wat er omgaat in de curatieve zorg, het zal absoluut noodzakelijk zijn om op deze ter-

reinen extra robuuste en aanhoudende inspanningen te leveren.

Ook op andere terreinen wijken onze voorstellen fors af van het kabinetsbeleid. Wij zetten veel sterker in op het behoud van de toegankelijkheid. Om die reden willen wij geen no-claim in de primaire zorg. Wij pleiten voor een sterke huisarts die drempelloos benaderd kan worden. Marktwerking mag pas worden ingevoerd als helder is gedefinieerd wat daar niet onder mag vallen — zoals acute zorg, het eigendom van publieke infrastructuur en opleidingen. Daarnaast moet éérst in een krachtige toezichthouder zijn voorzien.

In ons rapport ontwikkelen wij een fundamenteel andere visie op de care. Ons pleidooi om de AWBZ om te bouwen naar een nationaal verzekerd recht dat wordt uitgevoerd door gemeenten gaat veel verder dan de schamele plannen van het kabinet rond de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (wmo). En passant melden wij nog dat de indicatieorganen kunnen worden opgeheven en dat de zorgkantoorfunctie bij de verzekeraars moet worden weggehaald. Daar horen we dit kabinet in het geheel niet over, op klagerige opmerkingen dat ze slecht functioneren na. We verschillen ook met Balkenende II van mening over de noodzaak van primaire tandartszorg in het basispakket, we willen een AWBZ-premie over het gehele inkomen en een fiscaal gestimuleerde spaarregeling voor aanvullende ouderenvoorzieningen.

BEPERKTE MARKTWERKING

De projectgroep somt vele lessen op die te trekken zijn uit eerdere (mislukte) marktintroducties. Ook de Raad van State heeft de zorgverzekeringswet van Hoogervorst al kernachtig omschreven: het wordt 'bureaucratisch gesimuleerde marktwerking'. Aan de 'voorkant' (zichtbaar voor de burger) wordt een enorme verwachting en marktsystematiek opgetuigd, terwijl tegelijkertijd aan de 'achterkant' om terechte redenen van rechtvaardigheid veel van het marktmechanisme weer wordt terug-

gedraaid. Die achterkant is voor de burgers een zorgtoeslag van de belastingdienst die het leed van de hoge (nominale) premie verzacht. Ook verzekeraars krijgen via de achterdeur een vereveningsfonds van vele miljarden euro's. Vele honderden extra ambtenaren gaan zich hiermee bezig houden.

Het is cruciaal dat de marktdynamiek zo wordt ingericht dat er meer op service, klantgerichtheid en de inzichtelijkheid van polissen wordt geconcurrereerd, niet alleen op prijs

Dit alles leidt tot inkomensonzekerheid voor juist kwetsbare burgers, tot dure en omslachtige bureaucratie en tot fraudegevoeligheid. Wij denken dat zich hier de nieuwe kloof tussen politiek en burgers zal aftekenen: welke burger heeft nu om deze verandering van het zorgstelsel gevraagd?

Tegen de voorgestelde concurrentie tussen zorgverzekeraars op het terrein van de basisverzekering uiten we in ons rapport enkele fundamentele bezwaren: wij willen liever geen priaatrechtelijk bestel, monopolies dienen actief te worden tegengegaan en overstappen naar een andere verzekeraar moet eenvoudiger zijn. Onze belangrijkste zorg richt zich op de mogelijkheid dat er geen 'echte' markt zal ontstaan vanwege het oligopolie-karakter van de huidige situatie. Wij denken dat het cruciaal is dat de marktdynamiek zo wordt ingericht dat er meer op service, klantgerichtheid en de inzichtelijkheid van polissen ('glashelder') wordt geconcurrereerd en niet alleen op prijs.

Juist daarom kiezen wij voor een overwegend inkomensafhankelijke premie in de zorgverzekeringen. Dit kan nog steeds leiden tot meer differentiatie en keuzemogelijkheid in het zorgaanbod. Het dwingt verzekeraars te

concurreren op allerlei andere zaken dan prijs, hoewel kosten toch een rol kunnen spelen (slantere overhead, slim inkopen). Ook bij een forse korting op de huidige nominale ziekenfondspremie (ongeveer 300 euro) switchen burgers al. Wij vinden de zekerheid en solidariteit van inkomensafhankelijke premies belangrijker dan maximaal ruimte bieden aan prijsconcurrentie.

STERRENSYSTEEM NOODZAKELIJK

Verder differentiëren van het zorgaanbod is noodzakelijk, want alleen zo wordt duidelijk hoe het is gesteld met kwaliteit en keuzemogelijkheden. Een goed voorbeeld is de verpleeghuissector. Vaak kiezen betrokkene en familie samen waar hij of zij langdurig gaat verblijven en mogelijk zal sterven. Dat is een cruciale beslissing,

Over het huidige zorgdebat ligt een grote wolk van economen- en verzekeraarsjargon. Wij willen meer aandacht voor de concrete patiënt die zorg behoeft en voor de concrete professional die de zorg moet leveren

46 waarbij men verschillende aspecten goed tegen elkaar wil kunnen afwegen. Transparantie en concurrentie — tot uitdrukking gebracht in bijvoorbeeld een systeem met ‘Michelinsterren’ — werpen hierbij hun vruchten af. Welk systeem van verzekeren je ook kiest, de noodzaak voor transparantie van prestaties speelt altijd. In de *National Health Service* in Groot-Brittannië, een sterk overheidsgestuurd systeem, zijn de beste zorgaanbieders publiekelijk bekend. Zij krijgen vervolgens ook meer vrijheden en financiële middelen dan andere aanbieders binnen het systeem.

De projectgroep kiest voor een specifieke benadering: dé zorg en dé patiënt bestaan niet. Er zijn vele soorten zorg en vele soorten patiënten. Marktwerking en keuzevrijheid zijn in de planbare curatieve zorg (vervanging van heupen, knieoperaties, staaroperaties, zelfs sommige routineuze chirurgische ingrepen) goed toepasbaar. Dit kan verbeteringen opleveren in doelmatigheid, innovatie en klantgerichtheid. Immers, in het huidige *all-in-one* ziekenhuis domineren massaliteit en anonimiteit. Juist in de planbare curatieve zorg is ‘kiezen’ in principe mogelijk, ook over de landsgrenzen heen. Een combinatie van moderne techniek, de ontwikkeling van de medische wetenschap en de mondigheid van de patiënt ligt hieraan ten grondslag.

FOCUS OP PROFESSIONALS

Wij zetten in ons rapport sterk in op een betere, centrale positie van de professional in de zorg. Allerlei maatregelen die wij voorstellen zijn daarop gericht: terugdringen van bureaucratie, ruimte bieden aan maatschappelijk ondernemen, minder toezicht, meer flexibiliteit in het onderling vervangen. De rode draad door ons rapport is een verplaatsing van het focus terug naar de zorg zelf en — nog een stap verder — naar wat mensen aan hun eigen gezondheid kunnen en moeten doen. Over het huidige zorgdebat ligt een grote wolk van economen- en verzekeraarsjargon. Wij willen meer aandacht voor de concrete patiënt die zorg behoeft en voor de concrete professional die de zorg moet leveren.

In tegenstelling tot Margo Trappenburg denken wij echter niet dat het beste ‘zomaar vanzelf’ uit professionals naar boven komt, noch dat marktwerking hun ontplooiing zou belemmeren. Professionalisering berust op bepaalde basiscondities. De introductie van marktwerking maakt die condities niet slechter, eerder beter. Er zijn beroepsgroepen die volledig in een commerciële markt werken — neem advocaten, accountants, organisatie-adviseurs — en die toch wel degelijk doen aan vak- en kennisontwikkeling en aan kennisoverdracht. (Meer) marktwer-

king staat dus niet haaks op professionalisering. Onduidelijkheid over je organisatorische positie, over aan wie je verantwoording dient af te leggen, over hoe de kwaliteit van je werk wordt beoordeeld, over hoe de beloning zich verhoudt tot je inspanning (en die van je collega) — dat alles vormt er wel een obstakel voor en daar pleiten we voor veel scherpere keuzen, ook door de wetgever.

MAATSCHAPPELIJK ONDERNEMEN

De adviesgroep heeft uitgebreid stilgestaan bij een alternatief model voor marktwerking. Terwijl in de rest van de wereld de twijfels over marktwerking als panacee voor allerlei problemen binnen de publieke dienstverlening steeds meer toeslaan, blijft het kabinet in Nederland er onverdroten op inzetten, ook weer in discussies over de toekomst van de AWBZ. Men denderd door, zogenaamd bij gebrek aan alternatief. Dat is onterecht. Juist in de zorg kent ons land, dankzij een traditie van private non-profit organisaties die publieke taken verantwoord uitvoeren (maatschappelijke ondernemingen), zowel de cultuur als de structuur voor een andere oplossing.

Naar analogie van de recente adviesrapporten van SER en WRR kiest onze projectgroep voor een dynamisch bestel van maatschappelijke ondernemingen die worden gebenchmarked en gesanctioneerd en die contractrelaties aangaan met bijvoorbeeld gemeenten. In de commentaren op ons rapport blijft dit hele idee tot nu toe onderbelicht. Met al hun aandacht voor marktwerking en de curatieve zorg gaan Kees Tamboer en Margo Trappenburg volledig mee in de dominante politieke logica van het huidige kabinet: ze zijn zo gefixeerd op wat Balkenende II onder marktwerking verstaat, dat ze het alternatief van de maatschappelijke onderneming niet op waarde schatten. Het wordt tijd dat het

maatschappelijk ondernemen de aandacht krijgt die het verdient. Niet voor niets past dit systeem ook uitstekend bij de care en de preventie, waar de projectgroep zo veel meer accent op probeert te leggen.

DECENTRALISATIE VAN DE CARE

Mede omdat dit kabinet kiest voor een vergaande privaatrechtelijke, ongecontroleerde en onbegrensde marktwerking in de curatieve sector (op een manier die niet de onze is), willen wij de care niet ook aan deze zorgverkeers overdragen.

Ons alternatief is decentralisatie van de care (participatie, verpleging en verzorging) naar de lokale overheid. Velen betwijfelen of de gemeenten dat wel aankunnen. Deze twijfels zijn terecht en we pleiten dan ook voor een zeer zorgvuldig en gefaseerd traject. Daarom handhaven we ook het landelijke verzekeringskarakter (geen afbraak van rechten zoals in de voorgenomen wmo). Ons voorbeeld is de Wet Werk en Bijstand. De zorg en vooral de betere afstemming van zorg kunnen bij een gemeentelijke aanpak veel baat hebben. Wij willen meer lokale samenhang in vervoer en onderwijs op maat voor gehandicapten, welzijn en activering voor kwetsbare groepen en een woningaanbod dat anticipeert op een vergrijzende bevolking. Via de gemeenten levert dit betere resultaten op dan via de onzichtbare en weinig ondernemende zorgkantoren. En het is nog goed voor de PvdA ook, een partij die van oudsher immers sterk is op lokaal bestuurlijk niveau, betrokken op alle burgers maar vooral op diegenen die zorg nodig hebben. Ten slotte zal er meer budget zijn om tot werkelijk efficiënte en effectieve zorgarrangementen te komen. De lokale politiek wordt er nóg belangrijker door!

47

Noot

1 *Zorgen voor een gezond leven*, rapport van de PvdA-projectgroep Zorg, april 2005.