

Het Nederlandse zorgstelsel in verkiezingstijd

De zorg in Nederland, vaak samengevat als het zorgstelsel, is net de rest van Nederland: Er gaat veel goed, maar er liggen ook belangrijke problemen die we al langere tijd voor ons uitschuiven. 'We' is wij als samenleving, en juist verkiezingstijd is een goed moment om discussies over de zorg en het stelsel in een breder maatschappelijk perspectief te voeren omdat 'we' er iets over te zeggen hebben. Als bijdrage aan het debat een aantal vraagstukken en wat suggesties voor oplossingsrichtingen.

De vraagstukken van zorg en stelsel in maatschappelijk perspectief

Nationaal en internationaal zijn er in hoge inkomenslanden veel zorgen over de weerbaarheid van de zogenoemde 'liberale democratieën', en daarbinnen ook over de lange en gelukkige relatie van die democratieën met kapitalisme en marktwerking. Kort gezegd, vanuit het westerse perspectief, was en is het kapitalisme een groot succes en leidde onder meer tot zo'n forse welvaartsgroei dat solidariteit met burgers die zichzelf minder goed staande kunnen houden of botweg pech hadden, betaalbaar werd. Die vorm van marktwerking en kapitalisme loopt nu tegen allerlei grenzen aan, en daarbij staat ook de relatie tot die democratie onder druk. De zorgen hierover zijn niet van recente datum, en de roep om verandering wordt steeds luider. Talloze Nederlandse auteurs schreven hier al over, en onder meer Martin Wolf, van de *Financial Times*, schreef een vuistdik boek over 'De crisis van het democratisch kapitalisme' over het internationale perspectief.

Kijken we door deze lens naar de zorg in Nederland, dan kom je al gauw op het thema van de (markt)werking van het stelsel. Een zorgstelsel dat zich, voor de tweede keer gesteld, op veel punten kenmerkt door goede zorg, gemotiveerde medewerkers en tevreden patiënten. Het is wellicht niet het meest mediagenieke constatering, maar de stand van zaken is noch dramatisch noch zwart/wit. Tegelijk piept en kraakt het ook in de zorg, en is – mede onder invloed van decennia New Public Management denken – een te grote afstand ontstaan tussen de beleids- en stelselwerkelijkheid enerzijds en de praktische uitwerking en betrokkenheid van burgers anderzijds.

Eerst iets over het zorgstelsel. Eenvoudig gezegd zijn er allerlei vormen van 'zorg', en zou 'het stelsel' in feite meerwaarde moeten creëren aan het verlenen van die zorg. Nu doet Nederland het best goed in allerlei lijstjes over de zorg. Maar minister Kuipers blijft herhalen dat die zorg helemaal niet zo goed is in internationaal perspectief. Hij noemde recent nog in Op1 beperkte toegang tot de eerstelijns, beperkte kwaliteit van oncologische en geboortezorg als voorbeelden. Is de zorg hier minder geworden, of buiten Nederland beter? Hoe kan je bepalen of het huidige stelsel 'de zorg' meer verbetert dan het stelsel van voor 2006 of een andere uitwerking van het stelsel? Die claims zijn in het algemeen lijkt lastig te bevestigen of ontkennen.

Wat valt er dan te zeggen over het stelsel? Op basis van onderstaande twaalf overwegingen kan je stellen dat de huidige geregleerde marktwerking in de praktijk na achttien jaar proberen niet werkt dan wel een fictie blijkt:

- De toegankelijkheid is op grote schaal niet meer gegarandeerd. Beleidsbepalers lijken een publiciteitsoffensief te zijn gestart om Nederland alvast maar te laten wennen aan minder recht op zorg. Twee miljoen burgers noemt marktmeester en toezichthouder ACM zelf als getal van burgers die nu niet te zorg krijgen waar ze recht op hebben, en handhaaft de zorgplicht van zorgverzekeraars ook niet.

- Het lukt zorgverzekeraars en zorgkantoren niet in te kopen op kwaliteit. Hoogstens bewaakt de IGJ de ondergrens.
- De betaalbaarheid wordt nauwelijks door het stelsel zelf bewaakt of afgedwongen. De overheid bepaalt effectief de hoogte van het budget, met als sturingsmiddel het macrobeheersinstrument dat niet blijkt te werken. Dat beperkt effectief ook het aspect van vaststellen van de premiehoogte door zorgverzekeraars als marktprikkel.
- Maar mensen stappen toch over van zorgverzekeraar? Dat klopt, maar wie de recente onderzoeken van de ACM en Yildirim et al (in ESB gepubliceerd) leest, ziet dat verzekerden geen benul hebben van de inkooprol van zorgverzekeraars en ze bij het overwegen om wel of niet over te stappen niet eens kijken met wie een zorgverzekeraar contracten afsluit. Het gaat puur om lage premie in combinatie met een hoger risico (wat mensen met lage inkomens in de problemen kan brengen). Wat wel pijnlijk is te constateren gelet op de omvang van de totale marketingkosten van zorgverzekeraars in de afgelopen achttien jaar.
- 'De markt' zoekt vooral voor de relatief eenvoudige zorgvragen een oplossing met als doel juist daarin zorgvolumes voor vragers en winsten voor aanbieders te maximaliseren. Nu is dat ook helemaal niet verrassend. Dit is in de kern eigen aan het kapitalisme, namelijk het privatiseren van voordelen/winsten, en het 'fiscaliseren' van nadelen/verliezen.
- Het concurrentiële model werkt alleen bij groei en/of leidt per definitie tot groei. Groei bij marktpartijen door consolidatie en die groei leidt tot marktmacht. Marktmacht die dan als gevestigd belang beschermd moet worden. Zie de ontstane lokale of regionale oligopolies van zowel zorgverzekeraars als grote zorgaanbieders ('too big to fail'). Wat in de regel leidt tot slechter werkgeverschap (volgens ook de SER), geen keuze voor patiënten en hogere kosten. Precies wat je niet wilde door marktwerking, met als gevolg veel (kostbare) correctie maatregelen en controles voor al die nadelen.
- Sinds de bankencrisis eind jaren nul weten we verder dat iedere nutsfuncties die 'too big to fail' is, door de overheid gered gaat worden bij te grote maatschappelijke problemen. In die zin zijn grote zorginstellingen en de vier dominante zorgverzekeraars verzekerd van staatssteun zonder dat ze daar premie voor betalen.
- De idee van marktwerking geeft iedereen gelijke rechten om op die markt zo veel mogelijk geld te verdienen. Maar om een of ander onduidelijke reden worden bepaalde groepen personen daarvan nu uitgezonderd, namelijk mensen die als ZZP'er in de zorg willen werken. Je kan niet vóór marktwerking en tegelijk tegen ondernemende mensen in de zorg zijn. Dat tast de geloofwaardigheid en legitimatie van het stelsel nog verder aan.
- Volgens de RVS heeft het huidige stelsel van bekostiging tot nu toe structurele opschaling van alle succesvolle innovaties succesvol verhinderd: er bleek geen structurele financiering mogelijk.
- Ondanks de suggestie van gereguleerde marktwerking is er geen democratische legitimatie van belangrijke regulering. Kort gezegd legt de RVS uit dat 'betaalbaarheid' centraal staat in het huidige beleid, maar dat voor die keuze geen democratische legitimatie is.
- Voorts is er noch transparantie noch anderszins verantwoording over keuzes en verdeling van middelen die nu in het overlegcircuit van de professionele belangenbehartigers ('technocratisering') worden gemaakt. Denk hierbij aan het voorbeeld van de kostenontwikkeling (en dus uitgaven) van oncologische medicijnen versus de gezondheidswinst, of heel 'plat geslagen' als de keuze tussen meer geld naar de eerstelijns- of jeugdzorg en dan minder naar topklinische of academische zorg. Vergt die verdeling, bij

toenemende schaarste, niet meer maatschappelijk debat? Misschien hebben de miljoenen stemgerechtigde ouderen in Nederland wellicht andere zorgwensen dan de huidige keuzes. Hoe geef je vorm aan zo'n debat?

- De enorme complexiteit leidt nu al tot hele forse kosten voor uitvoering van onnoemelijk veel regels en controles (met soms strijdige prikkels). Deze complexiteit wordt nu zelfs door beleidsmaker als argument genoemd om het stelsel niet te veranderen. Waarmee in feite ook wordt gezegd dat het stelsel onbeheersbaar is geworden. Dat is dan de omgekeerde wereld, en in zichzelf ook niet acceptabel voor een stelsel dat moet voorzien in de sociale grondrechten van burgers.

Het meest recente resultaat van het bestaande overlegmodel is het Integraal Zorgakkoord en laat de facto zien dat het stelsel niet meer werkt. Het IZA beschrijft effectief alleen de consensus over de grote vraagstukken waar de zorg voor staat. Maar het IZA geeft geen echte oplossingen. Die worden teruggelegd bij dezelfde groepen die er niet uitkwamen ondanks een soort stimuleringsubsidie van € 2,8 miljard. De eigenbelangen zaten en zitten daarvoor te veel in de weg, en het ontbreekt dan aan democratisch gelegitimeerde doorzettingsmacht om dat te doorbreken.

Recapitulerend kan je stellen dat de huidige uitwerking van het concurrentiële stelsel (dus niet de zorg zelf) alleen voor invulling van 'betaalbaarheid' een beperkte, alleen financieel disciplinerende, rol voor zorgverzekeraars en zorgkantoren laat zien. Een beperkte rol en meerwaarde die de huidige niet-gelegitimeerde machtspositie van zorgverzekeraars dan ook niet rechtvaardigt. Deze constatering staat naast vergelijkbare constateringen over de andere beleids- en veldpartijen. Let wel, als nu toegankelijkheid en kwaliteit niet aantoonbaar 'goed' geregeld worden dankzij het stelsel, en alleen de verdeling van het geld 'redelijk' wel, dan is aanpassing van het stelsel dat alleen dit laatste beter maakt, al gerechtvaardigd.

Hoe kan dat anders? Er moet immers wel een effectief instrument zijn om de zorgkosten in Nederland te beheersen en te zorgen voor ordentelijke verdeling daarvan. Om te beginnen moet discussie over het stelsel, zeker in verkiezingstijd geen taboe zijn.

Wat zijn de belangrijkste vraagstukken nu dan? Dat veel mensen niet de zorg krijgen waar ze recht op hebben, dat de idee van (selectieve) marktwerking binnen het zorgstelsel niet werkt omdat het niet op samenwerking is gericht, het mogelijke personeelstekort, dat voor keuzes van besteding van middelen geen democratische grondslag is en dat de huidige technocratisering niet gaat leiden tot gedragen oplossingen.

Oplossingsrichtingen

Wat kan en moet worden aangepast, wat moet daarbij op korte termijn, en wat kan de komende vijf jaar (ongeveer tot einde volgende kabinet) worden voorbereid en dan daarna in behapbare omvang gaan wijzigen? Voor – de combinatie van – van de hiervoor genoemde vraagstukken volgen nu drie concrete suggesties voor oplossingen:

- meer democratisering bij beleidsbepaling,
- afscheid nemen van concurrentiële elementen die doelstellingen IZA schaden, en
- lokaal/regionaal eigenaarschap van zorginstellingen herstellen.

Als eerste beleidsbepaling. Een van de belangrijkste beleidspunten in de zorg is het verdelen van (toekomstige) schaarste. Dat wordt nu veroorzaakt door personeelskrapte, suboptimale organisatie

en bij komende bezuinigingen ook door minder euro's. Daar er een behoorlijk draagvlak is voor de probleeminventarisatie van het IZA hoeft dat kind niet met het badwater weggegooid te worden. Er is nu het nodige geïnvesteerd voor het in kaart brengen van – op zichzelf al lang bekende – vraagstukken in de vorm van regiobeelden en -plannen. Daarna wordt het (vanaf nu) pas echt serieus, namelijk als hieruit consequenties getrokken moeten worden die de financiën, omvang of het bestaan van aanbieders raken. Aanbieders die dan de belangenbehartigers in stelling gaan brengen.

De suggestie is om die voorstellen voor te leggen aan de democratisch gekozen gremia die we daarvoor hebben (gemeenteraden en Provinciale staten). Zo lang het verenigingsmodel nog niet terug is, zie hierna derde suggestie, wordt een vorm van burgerberaad georganiseerd om de maatschappelijke dialoog vorm te geven, uitlopend in een advies aan gemeenteraad en Staten. Zo ontstaat er (veel) meer helderheid over het belang van pijnlijke keuzes die door schaarste nodig zijn en welke compromissen dan worden gesloten. Tegelijk worden ook de rollen van alle beleidspartijen zichtbaar, en krijgen deze partijen ook zelf een gezicht en stem om hun perspectief te geven in een maatschappelijke dialoog. Immers, het alleen verplaatsen ('decentraliseren') van zorg en welzijn naar gemeenten heeft laten zien dat die verplaatsing in zichzelf niet de oplossing is. Vaak is de 'inkoop' via samenwerkingsverbanden weer net zo snel uit het zicht van gemeenteraden gehaald.

Het tweede idee voor een oplossing betreft het weghalen van al die concurrentie-gerelateerde elementen die niets bijdragen aan de zorg, maar alleen aan instandhouding van het stelsel. Mogelijkheden zijn om alle contracten in ziekenhuis-, ouderen- en jeugdzorg voor vijf jaar te bevriezen, met als opdracht zelf de schaarste te verdelen. Je creëert zo een vorm van populatie-gebonden financiering, zonder productieprikkel. Dat laatste kan goed helpen het personeelsprobleem mee op te lossen, voor niet verleende zorg is immers geen personeel nodig. Er worden alleen indexeringen betaald, geen nieuwe toetreders toegelaten (dus niet meer 'aanbod' creëren), best practices om volumedaling te realiseren worden breed uitgerold, en bij verschuiving of krimp van capaciteit komt vergoeding voor eenmalige frictiekosten. Praktisch gezien kan je beginnen de €2,8 miljard transformatiegeld daarvoor aanwenden, en die pot bij te vullen met middelen die meegroeien met de rest van de economie. Een bijkomend voordeel hiervan is dat er veel (hoogopgeleide) personele capaciteit vrijkomt die kan worden ingezet om mee te werken aan (implementatie van) plannen om over vijf jaar belangrijke aanpassingen aan het stelsel te doen. Dat scheelt in de inzet van externe adviseurs, en vermindert ook administratieve lasten tussen zorgaanbieders en de beleidsorganen. Als je weet hoe complex bijvoorbeeld de risicoverevening in de zorg nu is, dan kan je ook een alternatief uitwerken dat enige complexiteit heeft, maar met prikkels die wel doen wat gericht is op lange termijn en op samenwerken. De huidige p*q is volledig gericht op financiële beheersing, op controle, op de gedachte dat er een financiële prikkel nodig is, dus op wantrouwen. Dat verhoudt zich lastig tot samenwerking als een van de kernelementen van het IZA.

Tot slot nog twee belangrijke voordelen van het uitschakelen van de concurrentie. Het eerste is dat populatie-gebonden financiering in de vorm van een budget financieel gemakkelijk beheerst kan worden, en verder neemt het ook de inconsistentie weg van het argument tegen de inzet van zzp'ers in de zorg (wat als heel fors probleem boven de markt hangt).

De derde en laatste gedachte is om de (coöperatieve) vereniging als verplichte rechtsvorm voor zorginstellingen in ere te herstellen. En dan heel concreet in de vorm van een soort maatschappelijke onderneming, waar alle belanghebbenden een plek kunnen krijgen in de ledenvergadering van de

vereniging. Dit moet een balans aanbrengen tussen het particuliere initiatief dat ooit aan de wieg stond van de meeste zorginstellingen enerzijds, en het behoud van huidige kwaliteit anderzijds. De ledenraad kiest de interne toezichthouders, en de wetgever regelt dat geen enkel deelbelang een meerderheid kan krijgen in de ledenraad. Net als aandeelhouders bij een vennootschap gaan leden op voorstel van bestuur en interne toezichthouder over een beperkt, maar wel heel belangrijke, aantal zaken zoals strategie, wijze van samenwerking, benoemingen, et cetera. Op die manier wordt een dialoog – tussen de verschillende belangen van de leden – afgedwongen bij belangrijke onderwerpen, en is er ook duidelijke verantwoording achteraf. Tegelijk draag je ook bij aan een levendig maatschappelijk middenveld, en een soort ‘nieuw sociaal contract’ maar dan op instellingsniveau. Belangrijk is dat besturen gewoon besturen blijft, maar dat vindt niet (meer) exclusief plaats in de relatie met en tussen professionele partijen. Bestuurders krijgen door toegenomen legitimatie veel meer doorzettingsmacht bij het maken van afspraken.

Tot slot

Samengevat zijn er dus diverse keuzemogelijkheden om de zorg, als belangrijk onderdeel van de maatschappij, in de toekomst vorm te geven. Dat vergt nu debat richting verkiezingen en daarna ook inzet van burgers om het eigenaarschap van het zorgstelsel (weer) actief te willen dragen.

Dus zowel voor als na 22 november volop werk aan de winkel!

Hans Dijkstra
September 2023
www.dijkstraadvies.eu