

Bespreking van:

PvdA projectgroep Zorg (commissie De Waal), *Zorg voor een gezond leven*

Margo Trappenburg

‘Zoek de zeven verschillen’, dat zou de bijbehorende opdracht kunnen zijn voor lezers die zich verdiepen in enerzijds de nieuwe kabinetsplannen met betrekking tot de gezondheidszorg en anderzijds de plannen van de PvdA projectgroep Zorg. En dat zou nog niet zo’n makkelijke opdracht zijn want op het eerste gezicht zijn de kabinetsvoorstellen en de PvdA alternatieven opvallend gelijklopend. Per 1 januari 2006 zal – als de kabinetsplannen doorgaan – het onderscheid tussen ziekenfonds en particuliere ziektekostenverzekering vervallen. Iedereen moet zich voortaan verplicht verzekeren bij een ziektekostenverzekeraar voor het zogeheten standaardpakket (zeg maar, het huidige ziekenfondspakket). Tussen de ziektekostenverzekeraars moet concurrentie ontstaan om de gunsten van verzekerden, waarbij dan wel weer moet worden aangetekend dat er een acceptatieplicht zal gelden. Ziektekostenverzekeraars mogen oudere, chronisch zieke, of ongezond levende verzekerden niet weren als klant.

Tot zover zijn de plannen van Hoogervorst identiek aan die van de commissie De Waal. Hoogervorst verwacht vervolgens veel heil van het slim inkopen van zorg door zorgverzekeraars. Zorgverzekeraar A zal bijvoorbeeld alleen contracteren met ziekenhuizen die standaardkwaliteit leveren voor een schappelijke prijs. Zorgverzekeraar B zal met zoveel mogelijk zorgaanbieders contracteren, inclusief de duurder, om aan verzekerden – als hen iets overkomt – maximale keuzevrijheid te kunnen bieden. Zorgverzekeraar C (ik spreek hier volstrekt hypothetisch; een van de problemen van de voorgenomen stelselwijziging is dat je niet kunt voorspellen hoe zorgverzekeraars zich gaan gedragen onder het nieuwe regime) houdt het bij een ‘Aldi pakket’: een beperkt aantal contracten bij geselecteerde, goedkope zorgaanbieders. Het gevolg is dat A een gemiddelde premie berekent, B aan de dure kant is en C een prijsstunter kan worden. Daar zit ook gelijk het enge in de plannen van het kabinet wat mij betreft. Het kabinet wil een grotendeels nominale premie, zodat met name minder vermogende verzekerden echt moeten gaan overwegen of zij A, B of C zouden willen. Weliswaar kunnen minder draagkrachtige burgers hun premie later gedeeltelijk terug krijgen via de belasting, maar het lijkt mij heel wel denkbaar dat bijstandsmoeders en minimumloners desondanks gaan selecteren op de hoogte van de premie. Sterker nog: dat moet, want het is zeker niet de bedoeling dat het nieuwe zorgstelsel ons meer gaat kosten dan het huidige. Hoogervorst hoopt alle moeite en investeringen die zijn gaan zitten in een stelselwijziging ooit terug te verdienen door de heilzame effecten van de marktwerking.

De commissie De Waal ziet niet veel heil in de nominale premie gekoppeld aan de zorgtoeslag teruggave via de fiscus; zij verwacht terecht dat daar een ongelooflijke hoeveelheid administratieve rompslomp bij komt kijken. De commissie houdt het liever bij een inkomensafhankelijke premie. Dat doet de vraag rijzen of je dan nog wel marktwerking zou moeten invoeren; van echte prijsconcurrentie zal bij inkomensafhankelijke premies immers geen sprake zijn. De commissie signaleert een groot aantal serieuze bezwaren tegen marktwerking in de zorg. Zij wijst er terecht op dat veel burgers helemaal niet zitten te wachten op keuzevrijheid; de meeste patiënten willen gewoon goede dokters, werkzame geneesmiddelen en een vriendelijke behandeling. De Waal signaleert ook dat het ongelooflijk moeilijk is om een markt precies aan te sturen, dat hybride constructies tussen privaat en publiek een recept vormen voor ellende, omdat enerzijds de overheid geen controle meer heeft en anderzijds de echte tucht van de markt ontbreekt. Waarom de commissie vervolgens concludeert dat dit allemaal desalniettemin geen doorslaggevende bezwaren zijn tegen marktwerking en toch concurrentie in de sector wil invoeren (zij het op kleinere schaal dan

Hoogervorst) is mij een raadsel. Omwille van de innovatie, lijkt het voornaamste argument. Kennelijk is men er inmiddels ook in PvdA kringen van overtuigd dat professionals nooit uit zichzelf zullen komen tot verbetering van prestaties. Professionals: daar moet een zweep overheen, de tucht van de markt, prestatie-indicatoren, toezichtstructuren, noem maar op. Ik wil helemaal niet romantisch doen over dokters, onderwijzers en hoogleraren, maar ik weet een ding zeker. Dokters willen in principe hun patiënten beter maken, zij zijn geneigd 'best practices' van elkaar over te nemen en zij willen ook graag geneesmiddelen en therapieën uitvinden tegen slecht behandelbare ziekten. Onderwijzers willen uit zichzelf dat kinderen leren lezen en rekenen; dat is namelijk hun vak. Hoogleraren willen talent ontdekken tussen hun studenten en dat talent zo goed mogelijk begeleiden. Universitaire docent-onderzoekers willen daarnaast goed onderzoek doen, al was het maar om niet te worden uitgelachen door hun collega's. In professioneel handelen zit een ingebouwde neiging tot innovatie: artsen blijven zoeken naar betere geneeswijzen, onderwijzers willen ook dyslectische kinderen correct leren spellen en universitair personeel is eindeloos op jacht naar een nieuwe – hopelijk baanbrekende – publicatie.

Natuurlijk heb je in elke professe disfunctionerende individuen. Er zijn slechte dokters, incapabele onderwijzers, luie hoogleraren. Maar krijg je die weg door marktwerking? Door professionals te onderwerpen aan de tucht van de markt bereik je misschien wel iets (elke professional moet tenslotte ook zijn brood verdienen), maar ten koste waarvan? Als professionals elkaar moeten gaan beschouwen als concurrenten in plaats van als vakbroeders zullen ze niet meer van elkaar willen leren, maar in plaats daarvan hun eigen vondsten gaan beschouwen als bedrijfsgeheimen. Is dat nu echt beter? Maak je met innovatie via de markt niet de bestaande professionele verbeteringsmechanismen kapot?

De commissie De Waal wil – opnieuw net als Hoogervorst – de kwaliteit van ziekenhuizen in kaart brengen en de commissie stelt daarvoor een Michelinids voor. Zo'n Michelinids fungeert als wegwijzer: je houdt best van lekker eten, maar er is een grens aan wat je vindt dat een maaltijd mag kosten en dus ontwijk je de sterrenrestaurants. Of je bent een voedselsnob met teveel geld, en dan zoek je die sterrenrestaurants op. Aangezien de commissie niet mee wil met het Hoogervorst systeem van de nominale premie is het mij ook onduidelijk wat een Michelinids moet doen. Wat voor afwegingen bij patiënten wil men daarmee bereiken? Neem een gemiddelde patiënt die zojuist heeft gehoord dat hij darmkanker heeft. Hij slaat de Michelinids voor ziekenhuizen open. De oncologieafdeling van het ziekenhuis in Utrecht blijkt de meeste sterren te hebben. Geld speelt geen rol in het stelsel van De Waal, dankzij de inkomensafhankelijke premie; onze fictieve darmkanker patiënt heeft dus gekozen voor een zorgverzekeraar die alle oncologieafdelingen onder contract heeft. Gelukkig maar. De man belt voor een afspraak. Hij krijgt te horen dat vrijwel alle kankerpatiënten sinds de invoering van het Michelinsysteem van de commissie De Waal eerst bellen met Utrecht. Het Universitair medisch centrum in die stad kampt daardoor met enorme wachttijden. Hij zal pas over drie maanden aan de beurt zijn. Wat nu? Moet hij daarop wachten? Of is het toch verstandiger nu te gaan bellen met een oncologieafdeling elders, die minder goed staat aangeschreven, maar waar hij direct kan worden geholpen? Wie zal het hem zeggen? Dat mag hij zelf doen, vindt de commissie De Waal, die veel lovende woorden wijdt aan de emancipatie en de keuzevrijheid van de mondige patiënt. Ik moet er eerlijk gezegd niet aan denken. Volgens mij is het veel zinniger om artsen te stimuleren patiënten met ingewikkelde ziekten door te verwijzen naar collega's die meer ervaring hebben met bepaalde operaties of bepaalde behandelwijzen. Patiënten met simpeler aandoeningen kunnen zij dan zelf behandelen. Zo'n proces van selecteren en doorverwijzen in het belang van de patiënt moet je vooral niet vertroebelen door er een marktmechanisme doorheen te vlechten.

Tot zover de plannen met betrekking tot wat in zorgsectorjargon bekend staat als de *cure*, de op genezing gerichte gezondheidszorg. De commissie heeft zich ook gebogen over de *care*, de zorg voor chronisch zieken, gehandicapten, psychiatrische patiënten, en hulpbehoevende ouderen. Een van de belangrijkste problemen in de *care* is dat daar geen logisch equivalent bestaat van het ziekenfondspakket. In het ziekenfondspakket in de *cure* zitten alle vormen van zorg die bewezen werkzaam zijn, dat wil zeggen behandelingen waarvan door medische wetenschappers is vastgesteld dat zij beter werken dan een placebo. Nieuwe behandelingen komen in het pakket als zij bewijsbaar beter zijn (of net zo goed, maar goedkoper) dan de standaardbehandeling. Natuurlijk wordt er hier en daar gesjoemeld met dat criterium (zo is het krankjorum dat de onmiskenbaar werkzame zenuwbehandeling bij de tandarts niet in het pakket zit en omgekeerd zitten er ook behandelingen wel in het pakket die nog niet afdoende beproefd zijn), maar de logica is duidelijk. Een dergelijke logica ontbreekt in de *care*, stelt de commissie De Waal terecht vast, en dit is een groot probleem. Wat moet er collectief worden vergoed? Een rolstoel? Vast wel. Een hele goede, hele dure rolstoel? Tja. Hoeveel geld hebben we over voor extra bedieningsgemak? En wat te denken van een leuke, hippe rolstoel voor tieners of een *vet coole* rolstoel voor basisschool leerlingen? Moet die ook collectief worden vergoed? Heeft iedereen die iets mankeert recht op een keuken die is aangepast aan zijn handicap? Stel dat er patiënten zijn wier aangepaste keuken zo duur zou worden dat het gebruik van een tafeltje dek je service goedkoper is, hebben die patiënten dan toch recht op de aangepaste keuken als zij daar de voorkeur aan geven? Hebben doven recht op een doventolk als zij een lezing willen bezoeken? Hebben ze ook recht op een doventolk als ze *wekelijks* een lezing willen bezoeken? Of komt er een moment waarop je weetgierige dove medemensen toevoegt dat zij nu maar eens naar de bibliotheek moeten fietsen om een boek te lenen? Op al dit soort vragen kunnen we veel minder makkelijk antwoord geven dan op vragen over voorzieningen in het ziekenfondspakket, aldus de commissie De Waal. De commissie stelt daarom voor (het wordt eentonig, maar ook hier: net als het kabinet Balkenende) om deze vragen decentraal te laten beantwoorden. Op basis van de nieuw in te voeren Wet maatschappelijke ondersteuning (Hoogervorst) dan wel op basis van de Wet op maatschappelijke zorg en participatie (De Waal) zouden Raad en College van B & W moeten beslissen waar chronisch zieken en gehandicapten in hun gemeentegrenzen recht op hebben en onder welke voorwaarden. Gemeenten die het slim aanpakken kunnen geld uitsparen: als je gehandicapten uit hun sociaal isolement weet te halen zijn hun nieuwe vrienden misschien bereid een handje te helpen waar dat nodig is. Gemeenten die scholen verplichten en/of in staat stellen om gehandicapte kinderen te onderwijzen sparen dure voorzieningen als aangepast vervoer en speciale dagverblijven uit. De mogelijkheden zijn legio.

Decentralisatie van de *care* is best een goed idee. Het is echter niet zonder problemen. Ik zou het wel prettig hebben gevonden als de commissie De Waal iets meer aandacht had besteed aan de zogeheten postcode-ongelijkheid die onvermijdelijk het gevolg zal zijn van een decentralisatie van de *care*. Vinden we het acceptabel als de ene gemeente veel beter zorgt voor gehandicapte en chronisch zieke inwoners dan de andere?

Ik zou ook wel wat meer hebben willen horen over een ander bezwaar van de gemeentelijke aanpak, dat we zouden kunnen aanduiden als het risico van alomvattend paternalisme. Een gehandicapte die onder het huidige systeem bij drie verschillende loketten moet aankloppen voor respectievelijk huishoudelijke hulp, een aangepaste woning en aangepast vervoer kan daar urenlang van worden. Maar de drie ambtenaren die zijn hulpvraag beoordelen letten alleen op wat valt binnen hun specifieke bevoegdheid en dat heeft ook iets veiligs. Het is misschien handiger om in plaats daarvan terecht te kunnen bij één gemeentelijk loket waar één ambtenaar zit die overal over gaat, maar is het ook prettiger? Stel, je klopt bij de gemeente aan voor professionele thuiszorg. De ambtenaar vermoedt dat je een beetje eenzaam bent en vindt dat je eerst je best moet doen om uit dat isolement te komen. Hij wijst

je op een relatiebemiddelingsbureau voor gehandicapten en op een leuke knutselclub. Of hij stelt voor dat je probeert om het bij te leggen met familieleden waar je nu mee gebrouilleerd bent, zodat zij je af en toe kunnen komen helpen. Is dat iets waar je blij mee bent of hebben we dan te maken met een dubieuze vorm van paternalisme?

Maar laat ik deze bespreking eindigen met een woord van lof voor het eerste deel van het rapport De Waal, dat grotendeels gewijd is aan preventie. Gelukkig stelt de commissie niet voor om ongezond gedrag te gaan bestraffen door middel van hogere premies, eigen bijdragen of langere wachttijden bij de dokter. Gelukkig zegt de commissie niet dat alleen ouders verantwoordelijk zijn voor gezond gedrag bij hun kinderen. De commissie ziet hier ook een taak weggelegd voor scholen (weg met de vette hap uit de kantine; laat Jamie Oliver Nederland ook eens onder handen nemen), sportverenigingen (wat doen al die sigaretten, biertjes, zakjes chips en kersenlollies in het clubhuis van de voetbalvereniging?), en consultatiebureaus. In deze tijd waarin veel te veel dingen automatisch tot eigen verantwoordelijkheid van de burger worden verklaard is zo'n tegengeluid een verademing.