

MARCEL BECKER

De verleiding van de markttaal¹

SAMENVATTING

Om de verwarring over het marktdenken in de zorg het hoofd te bieden is (conceptuele) helderheid nodig. Hier toe onderscheiden we kenmerken van het marktdenken en bespreken we hoezeer ‘de taal van de markt’ en ‘de taal van de zorg’ verschillen. Allereerst komt aan bod het ‘stuksgewijze’ karakter van goederen op de markt; ze zijn duidelijk van elkaar af te bakenen, zodat de klant weet waarvoor hij precies betaalt. Marktwerking belemmert subtiele verspreiding van zorggoederen en zet de solidariteit onder druk. Vervolgens bespreken we dat op de markt mensen zelfbewust zijn gericht op eigenbelang, een mensbeeld dat op gespannen voet staat met het beeld van de kwetsbare patiënt. Aansluitend komt de sterke nadruk op efficiëntie aan bod, die leidt tot een kwantitatieve taal in de organisatie en een ‘verantwoordingsbureaucratie’.

Deze eigenschappen van marktwerking zijn geen onoverkomelijk bezwaar tegen dit mechanisme zolang de beperkingen maar worden erkend. Wanneer de verschillende componenten op hun plaats worden gehouden is een samengaan mogelijk. Wel draagt de introductie van marktwerking op subtiele wijze gevaar voor de langere termijn in zich; de ‘zorgtaal’ kan eroderen.

TREFWOORDEN:

waarden, marktdenken, zorg, homo economicus

INLEIDING

Dit jaar bestaat het huidige zorgstelsel tien jaar. Het zal bij dit tweede lustrum niet tot massale feestelijkheden komen. De voor- en nadelen van het zorgstelsel zijn vanaf het begin voorwerp van discussie geweest, zowel onder patiënten/consumenten (over het verschil kom ik nog te spreken) als onder zorgprofessionals en onder politici. De Socialistische Partij en in mindere mate de Partij van de Arbeid hebben in iedere verkiezingscampagne gepleit voor grondige herziening van het stelsel.

Deze bijdrage is niet primair gericht op een evaluatie van de voor- en nadelen. Zij stelt een vraag die voorafgaat aan zo'n evaluatie: weten we wel waar we het over hebben? Een vluchtige blik op de discussie leert dat er verwarring is over een vitaal onderdeel van het stelsel: de marktwerking. In deze eerste paragraaf presenteren we enkele voorbeelden van die verwarring, waarop voorstellen volgen voor heldere afbakening van het begrip marktwerking, en een manier om de discussie over het zorgstelsel goed te voeren.

VERWARRING ALOM

De hoofdrolspeler in het zorgveld, Edith Schippers, is de helft van de tienjarige periode minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport geweest. Daadkracht kan haar niet ontzegd worden, maar ze heeft een niet geringe bijdrage aan de verwarring geleverd. In nota's en beleidsdocumenten spreekt de minister van 'ondernemerschap', 'kapitaalinjecties' en 'ruimte voor particulier initiatief'. Met regelmaat doet zij voorstellen die direct aan de markt zijn ontleend. Zo verdubbelde ze de hoeveelheid zorg waarvoor vrije prijzen gelden van 35 naar 70% en maakte ze een begin met winstuitkeringen in de sector. Anderzijds heeft ze afgelopen jaren enkele keren identificatie van zorg en markt nadrukkelijk van de hand gewezen: 'In de zorg kun

je niet denken in termen van prijzen en productie, alsof het om wasmachines gaat', en zelfs: 'Dé zorg kent geen marktwerking'.² Het beeld wordt er niet duidelijker op als we ons realiseren dat ze een aantal kostenbesparingen heeft gerealiseerd met inzet van allerlei middelen die tegen marktwerking ingaan (bijvoorbeeld door met allerlei partijen akkoorden af te sluiten die er vooral op neerkomen dat de markt zijn werk niet mag doen).³

Een grote institutionele hoofdrolspeler in de zorg, de Nederlandse Zorg Autoriteit, lijkt minder remmingen te hebben in het gebruik van markttaal. Zij spreekt op haar homepage van 'stand van de zorgmarkten 2015' en presenteert (met het ministerie) een filmpje: 'Hoe werkt marktwerking in de zorg'.⁴ De zorgprofessionals op hun beurt maken het er niet duidelijker op. Zo suggereerde het manifest 'Het Roer Moet Om' van bezorgde huisartsen (in najaar 2015 ondertekend door acht- van de elfduizend Nederlandse huisartsen) dat allerlei problemen te wijten waren aan de marktwerking. Het 'productdenken' zou het zo succesvolle huisartsenmodel slopen. De huisarts zou als 'marktkoopman' moeten concurreren met de collega's om de gunsten van de patiënt, die nu 'consument op de markt' is geworden. De regie was nu in handen van een zorgverzekeraar die 'het vertrouwen in mijn deskundigheid als arts' heeft 'ingeruild voor de laagst onderhandelde prijs door de inkoopmanager'.⁵

Maar op 5 oktober 2015 werd bekend dat er een overeenkomst was gesloten waarin aan de bezwaren van huisartsen tegemoet werd gekomen: 'het roer gaat om' (dit keer zonder hoofdletters). De website van het ministerie meldde zelfs dat 'Het Roer Moet Om' ten voorbeeld gesteld kon worden. De minister zou het traject willen uitbreiden naar andere zorgsectoren, om onnodige en beklemmende regels af te schaffen.⁶ Tegelijkertijd sprak niemand over wat toch de grootste grief van de huisartsen leek te zijn, het terugdraaien van marktwerking.⁷ Blijkbaar kon het roer om zonder dat de koers van marktwerking veranderde.

Het is helemaal vreemd dat in het document ‘Het roer gaat om’ de woorden ‘product’ en ‘consument’ slechts één keer voorkomen, en het woord ‘inkoopmanager’ helemaal niet. Wat was er gebeurd? Was het mogelijk de marktwerking niet maar haar terminologie wel af te schaffen?

Deze tegenstrijdige signalen doen de discussie geen goed. Marktwerking is al snel ideologisch beladen en onduidelijkheid geeft partijen alle ruimte om er op eigen manier mee op de loop te gaan. De discussie ontaardt dan al gauw in ‘voor’ of ‘tegen’ marktwerking. Daarom dient eerst en vooral helderheid te komen over wat marktwerking precies behelst.

De kenmerken van de markt leggen we bloot aan de hand van het centrale begrip van de economische wetenschap, schaarste, en in direct verband hiermee het mensbeeld waarop deze wetenschap gebaseerd is, de homo economicus (economische mens). Het gaat hier om een theoretisch model, een ideaaltipe dat uitgangspunt is van de mainstream economie. Vanaf het ontstaan van het model is gediscussieerd over de kracht en reikwijdte ervan. Veel goederen zijn vanuit hun aard geschikt om volgens in het marktmodel geproduceerd en gedistribueerd te worden. Een essentieel consumptieartikel als brood kan probleemloos via de markt worden verhandeld. Daartegenover staan goederen waarvoor dit uitdrukkelijk niet geldt: liefdesrelaties zijn van heel andere aard dan economische relaties. Er is ook een ‘tussengebied’. Zo gebeurt het regelmatig dat activiteiten en goederen vanuit overheidsbeheer naar de markt worden gebracht. We hebben processen van marktwerking en introductie van bedrijfsmatige technieken gezien in telecommunicatie (zeer succesvol), openbaar vervoer (periodiek problemen), en gezondheidszorg (...). Wat gebeurt er in zo’n overgang met de goederen, en met de mensen die de goederen leveren en consumeren?

GOEDEREN OP DE MARKT

Sinds enkele jaren geniet het boek *Niet alles is te koop*⁸ van de Amerikaanse filosoof Michael Sandel grote bekendheid. Sandel opent dit boek met de stelling dat de vermarkting van goederen leidt dat ze ‘corrumperen’. Nu heeft het Engelse woord dat Sandel gebruikt, *(to) corrupt*, een bredere betekenis dan het Nederlandse woord. Wij associëren het meteen met steekpenningen en perverse praktijken, Sandel bedoelt een algemener proces waarin de goederen degenereren. Ze verworden tot goederen die hun oorspronkelijke eigenschappen en betekenissen verliezen. Sandel geeft talloze sprekende voorbeelden: van mensen die bij gratis toegankelijke evenementen anderen betalen om voor hen in de rij te staan tot mensen die een bedrijfstattoo op hun voorhoofd zetten, en organdonatie. Steeds gaat het erom dat elementaire waarden (gelijke toegang, lichamelijke integriteit) worden aangetast wanneer de goederen voorwerp van financiële transacties zijn.

Over een aantal voorbeelden die Sandel geeft valt te twisten, maar de boodschap van het boek is duidelijk: van goederen die we vermarkten weten we dat ze veranderen. Inzicht in de veranderingen is nodig voor een goede discussie over de vraag in hoeverre marktwerking in een bepaalde sector wenselijk is. Hiertoe geven we de voornaamste kenmerken van marktgoederen en de homo economicus die ze verhandelt.

ECONOMISCHE GOEDEREN STAAN LOS VAN ELKAAR

Goederen die op de markt worden verhandeld zijn apart staande entiteiten die per eenheid worden uitgewisseld. Zij zijn exclusieve goederen: duidelijk van elkaar af te bakenen, zodat de klant weet waarvoor hij precies betaalt. Van heel andere aard zijn goederen met een publiek karakter. Deze zijn niet in stukjes te hakken; de gemeenschapsleden teza-

men bezitten een goed als geheel. Zo geniet in een openbaar toegankelijk park ieder van het gehele park. In deze categorie valt van oudsher ook de veiligheid waarvoor krijgsmacht en politie zorgen. Dit is een ondeelbaar goed dat door de totale bevolking wordt bekostigd. Ook het milieu is een niet-exclusief gemeenschapsgoed. Daarom kan iedereen het ook vervuilen. Het onvermogen gezamenlijk de zorg voor het milieu te dragen heeft geleid tot pogingen het te herdefiniëren in termen van handelsgoederen, wat met de nodige problemen samengaat.

Op dit punt lijkt er in eerste instantie geen probleem voor medische behandelingen. Zij zijn apart staande goederen die per eenheid worden geleverd en afgerekend. Bij nader inzien ligt het ingewikkelder. Continuïteit van zorg bijvoorbeeld is moeilijk in het marktstramien te denken. De huisarts die ruimte en tijd neemt voor het achtergrondverhaal van de patiënt krijgt informatie te horen die niet getalsmatig is uit te drukken. Bij toenemende marktwerking komen deze goederen in het gedrang omdat ze moeilijk als handelswaar zijn te omschrijven.

Daarnaast geldt voor veel goederen dat bij marktwerking hun essentie verandert. Zo is kenmerkend voor veel goederen in de gezondheidszorg dat de verspreiding ervan zich gedurende een lange periode in een netwerk van verhoudingen heeft ontwikkeld. Zij staan in een groter geheel, waarin bijvoorbeeld ook mechanismen bestaan om eventuele schadelijke effecten in te dammen. Bij verandering tot marktgoed worden vervlochten goederen aparte eenheden die 'stuksgewijs' worden verkocht. Zo kunnen risico's ontstaan. We zien dit terug in discussies over het op de markt brengen van geneesmiddelen en andere medische artikelen die voorheen door de arts werden voorgeschreven. De achterliggende gedachte bij het vrij verhandelbaar maken is dat de consument zelfstandig een keuze maakt. Maar het is de vraag of de bijsluiter de adviezen en richtlijnen van de arts kan vervangen. De gezondheidszorg heeft per artikel deze afweging zorgvuldig te maken.

De al of niet economische aard van goederen werkt direct door in de manier waarop mensen ze beleven. Zo kent het gebruik van gemeenschapsgoederen een vorm van vrijheid die zich onderscheidt van de vrijheid op de markt. Het individu mag zich binnen het gehele gemeenschapsdomein naar hartelust bewegen. Denk aan een natuurgebied met vrije toegang. Deze vrijheid wordt tenietgedaan wanneer het algemene bezit wordt opgedeeld in stukjes waarvoor men apart moet betalen. Er is dan sprake van vrijheid op het eigen gebiedje, maar meteen daarbuiten is men onvrij. In die zin is het betalen van belasting om gemeenschapsgoederen in stand te houden niet een verlies van vrijheid maar een offer om een zo groot mogelijke vrijheid te behouden.

Met de instantie die de gemeenschapsgoederen levert (meestal is dat de overheid), hebben mensen niet voortdurend een calculerende ‘voor wat hoort wat’ instelling; zij krijgen niet direct ‘waar voor hun (belasting)geld’. Dit brengt een vorm van solidariteit met zich mee. Onvermijdelijk betalen mensen voor zaken waarvan ze weinig gebruikmaken. De solidariteit behelst ook dat geen lid van de gemeenschap van het profijt wordt uitgesloten. Als pendant van de solidariteit hebben de goederen voor degenen die ze ontvangen iets gratuits. Ze staan direct en onvoorwaardelijk ter beschikking als iemand ze nodig heeft.

PREFERENTIES EN EIGENBELANG

De homo economicus weet wat hij wil en streeft ernaar zijn behoeften optimaal te bevredigen.⁹ Economen spreken van ‘preferenties’ die het individu zelfstandig ontwerpt en direct wil vervullen. Vertaald naar de gezondheidszorg betekent dit dat direct wordt ingespeeld op de vraag van de patiënt die nu klant is geworden. Maaïke Haan plaatst in haar bijdrage aan deze bundel bij deze verschuiving kritische kanttekeningen. Van de kwetsbare patiënt kan niet zomaar verwacht worden dat hij als een klant zijn prefe-

renties op tafel legt. Maar ook bij de minder kwetsbare patiënt speelt een probleem. Tussen patiënt en zorgverlener is inhoudelijk overleg nodig en dat kan maar gebrekkig in het marktmodel gevat worden. Dit is te verduidelijken met het in 1970 geïntroduceerde verschil tussen *exit* en *voice*.¹⁰ Wanneer een mogelijke koper op de markt zich niet aangetrokken voelt door een goed, schaft hij het niet aan; hij gaat naar een andere producent. Dit is de exit-optie. De winst-en-verliescijfers aan het eind van het jaar maken duidelijk hoeveel klanten het bedrijf heeft gewonnen/verloren. Er is geen geïnstitutionaliseerd mechanisme waardoor de potentiële koper en klant met elkaar overleggen. Onderliggende redenen waarom iemand voor iets anders kiest blijven (soms tot wanhoop van de verkoper) uit beeld. Hiertegenover staat de voice-optie, die draait om een inhoudelijke discussie tussen aanbieder en afnemer. Momenteel kennen zorginstellingen allerlei patiënten-inspraakorganen om het inhoudelijk overleg te stimuleren. Die komen onder druk te staan wanneer de patiënt zich beschouwt als klant die (eventueel op basis van de prestatiecijfers van de zorginstelling) wanneer de instelling hem niet aanstaat voor een andere instelling kiest.

In dienstverlening is sprake van een subject dat uitgaat van en kennis heeft van zijn eigen belangen. Een dienst is niet alleen een 'ding' dat wordt uitgeruild, hij heeft een relationeel karakter. In de interactie ontwikkelt zich de meerwaarde. Ruys spreekt zelfs over 'zingevingsmomenten' binnen de interactie.¹¹ Eerder dan te spreken over mensen die belangen gerealiseerd zien, is het gepast te spreken van een proces tussen mensen. Dit proces verschilt natuurlijk sterk van beroepsgroep tot beroepsgroep. Maar het relationele karakter is er bij uitstek in de zorgrelatie, waarin mensen meningen inbrengen die de professionals serieus nemen. In deze relatie spelen essentiële persoonsoverstijgende elementen en gedeelde waarden die moeilijk in de taal van het op eigenbelang gerichte individu zijn te verwoorden.

De beperkingen van het eigenbelang-vocabulaire doen zich ook sterk gelden als het gaat om de inhoudelijke discussies over de doelen van de organisatie. Zulke discussies zijn steeds meer nodig om te weten wat in de veranderende maatschappelijke omgeving de doelen zijn en die doelen te laten landen in de hoofden en harten van de medewerkers. De taal van het eigenbelang waarin mensen hun preferenties uiten, is ontoereikend om deze zaken onder woorden te brengen. Hiervoor is een taal nodig waarin kwaliteiten centraal staan waarmee mensen zich identificeren.

De nadruk op eigenbelang werkt op nog een andere manier nadelig door in de zorgsector. Eigenbelang hangt direct samen met concurrentie (waarover aanhangers van het marktmodel zo enthousiast zijn), en concurrentie maakt van iedere professional in de zorg een ondernemer die op zoek gaat naar nieuwe markten. Nu is de dynamiek van de markt gericht op groei, en aan zorg is oneindige behoefte. Het gevolg is oneindige vraag. Zo leidt het ontstaan van nieuwe gespecialiseerde behandelcentra tot onverklaarbare stijgingen in het aantal verrichtingen.¹² Er ontstaat een categorie handelingen die financieel zijn gemotiveerd en niet bijdragen aan kwaliteit.¹³ Het gevolg is een overbodige groei van uitgaven waarvoor de gemeenschap moet opdraaien.

EFFICIËNTIE

Om de concurrentieslag op de vrije markt te overleven, streeft de aanbieder naar een optimaal resultaat van zijn inspanningen. De klant beoogt maximale behoeftebevrediging met inzet van zo weinig mogelijk middelen. Voor beiden is efficiëntie het leidend principe. Daar is op zich niets mis mee; overbodig en verspillend gebruik van middelen is verwerpelijk. Een sterke nadruk op efficiëntie heeft echter negatieve gevolgen. Hij leidt ertoe dat de discussie over kwaliteit zich toespitst op meetbare categorieën. Zo kwamen afgelopen jaren binnen het overheidsbestuur als

methode om efficiëntie te toetsen de zogenaamde 'kwaliteitshandvesten' op, waarin organisaties zich verplichten tot levering van bepaalde goederen, uitgedrukt in objectief meetbare criteria.¹⁴ Maar is de meetbare prestatie de kwalitatief beste prestatie? De 'output' van de ene organisatie laat zich beter kwantificeren dan die van een andere. En hoe goed ze ook werken, begrippen als prestatie-indicatoren, controlling en monitoring hebben betrekking op procesbeheersing zonder materiële inhoud. Niet de maatschappelijke opdracht en inspiratie staan centraal, de aandacht gaat uit naar een (kwantificeerbare) optimale uitkomst.

Wederom zien we dat de markttaal tekortschiet om de kwalitatieve dimensie van het werk te verwoorden. Niet-meetbare prestaties zoals het opbouwen van een persoonlijke band en het voeren van familiegesprekken krijgen geen verwoording. Deze bezwaren gelden in het bijzonder voor de voorlaatste levensfase van de patiënt. De grootste uitgaven worden juist dan gemaakt. Maar de zorg waaraan een patiënt behoefte heeft in die fase is vaak moeilijk te kwantificeren. Veel experts en betrokkenen menen dat in die levensfase eerder te veel dan te weinig wordt behandeld.¹⁵ Zo zou het goed zijn als de arts meer plaats zou maken voor een goed gesprek tussen behandelaar en oudere, waarbij gesproken kan worden over moeilijke vragen rond kwaliteit en kwantiteit van leven. Die gesprekken kunnen tot gevolg hebben dat de patiënt zélf besluit tot niet of minder behandelen... en zo kostenbesparend werken. Maar goede begeleiding op weg naar een wilsverklaring is niet zomaar te kwantificeren. Zo groeit de verleiding om in te zetten op bijna nutteloze medische handelingen die wel kwantificeerbaar zijn.

MARKTWERKING IS EEN MIDDEL

Deze gebreken van marktwerking zijn nog geen onoverkomelijk bezwaar tegen dit mechanisme zolang zijn beperkingen maar worden erkend. Een uitstapje naar andere

sectoren is leerzaam. Op meerdere gebieden zijn afgelopen decennia productie en distributie van vitale goederen die ooit door de overheid werden geleverd, aan marktwerking worden overgelaten. De overheid beschouwt in dat geval (gedeeltelijke) marktwerking als het beste middel om de goederen tot de mensen te laten komen. Wanneer een beter resultaat wordt behaald door de activiteit te delegeren aan mensen die haar verrichten uit winstbejag, is dat geen probleem.

Maar het ontslaat de overheid niet van verantwoordelijkheden. De bestuurder die productie en distributie van deze goederen overlaat aan marktwerking, loopt tegen een paradox aan die schitterend is verwoord door Sweder van Wijnbergen: 'besloten moet worden hoe de private uitvoerders aangestuurd gaan worden, zodanig dat het in hun belang is het publieke belang te waarborgen'.¹⁶ De paradox is een schijnbare tegenstelling wanneer de bestuurder duidelijk voor ogen heeft wat het betreffende goed is, en zolang dit goed met het marktmechanisme ook daadwerkelijk wordt gerealiseerd. Mensen spreken dan van goed en efficiënt bestuur. Maar wanneer het marktmechanisme niet zo doeltreffend werkt als verwacht, of wanneer zich ongewenste neveneffecten voordoen, wordt de overheid de tegenspraak tussen doel en middelen kwalijk genomen. Afgelopen jaren waren er in dossiers van openbaar vervoer (wie durft te zeggen dat dat geen vitaal maatschappelijk goed is) enkele pijnlijke momenten toen ministers of staatssecretarissen door de Kamer direct werden aangesproken op zaken waar ze niet direct iets aan konden veranderen omdat NS, Prorail en regionaal busvervoer 'op afstand zijn geplaatst'. De zorgsector staat voor de uitdaging om niet in parallelle situaties te vervallen, waarin een bewindspersoon tegenover verontwaardigde volksvertegenwoordigers haar machteloosheid moet erkennen.

Nu draagt het middel 'marktwerking' wel een eigen morele bagage met zich mee; de markt heeft morele wortels. Weliswaar is de economische markt menigmaal vergele-

ken met een jungle en vinden in het zakenleven agressieve praktijken plaats die deze vergelijking rechtvaardigen, de grondleggers van de economische wetenschap stond een uitgebalanceerd model van een markt voor ogen, waarop vragers in vrijheid hun keuzes maakten en aanbieders in gelijkheid met elkaar concurreren. We spreken dan ook van een vrijemarkteconomie, waarin ieder in principe gelijke kansen heeft. Iemand die een product aan een klant verkoopt, speelt direct in op diens wensen. Deze benadering wint terrein in een samenleving van individualisering en verscheidenheid. Niet voor niets bepleiten liberalen het sterkst de marktwerking.

Een explicitering van deze begrippen maakt veel duidelijk. Allereerst dat zij, hoe belangrijk ook op bestuurlijk niveau, niet de ultieme waarden van goede zorg zijn (zie bijvoorbeeld voor een relativering ervan de bijdrage van Maaïke Haan). Daarnaast maakt zo'n explicitering het mogelijk de marktwerking te beoordelen. Leiden de maatregelen werkelijk tot meer flexibiliteit? En tot echte keuzevrijheid? Worden de wensen van mensen inderdaad gehonoreerd? Wat als de mensen met de gegeven keuzevrijheid geen raad weten of deze misbruiken? Komt met de toegenomen vrijheid de gelijkheid niet in het gedrang? Wanneer de achterliggende motieven voor marktwerking zijn erkend, is het mogelijk dergelijke kritische vragen te behandelen.

DE POSITIE VAN DE FINANCIËEL ZWAKKERE

Op de markt verwerven mensen een goed wanneer ze daar voldoende voor overhebben: ze betalen een prijs. Naarmate het goed schaarser is, is de prijs hoger, maar de goederen zijn in principe voor ieder toegankelijk. Voor de meeste goederen is dat een prima allocatiemechanisme, maar het heeft zijn beperkingen. Mensen die veel geld hebben, schaffen aan wat zij wensen, maar minder draagkrachtigen hebben een probleem. We hebben er al op ge-

wezen dat marktwerking solidariteit ondermijnt. Het is bij marktwerking denkbaar dat de prijs-kwaliteitverhouding voor een geleverde dienst is verbeterd en de totale hoeveelheid geleverde diensten fors is toegenomen, maar de dienst voor mensen aan de onderkant van de samenleving moeilijker toegankelijk is. Puur economisch gezien is er winst geboekt, maar de levenskwaliteit in de samenleving is niet bepaald toegenomen.

Nu gaat het bij zorg om vitale goederen. Is het mogelijk om met de invoering van marktwerking de zorg voor financieel zwakke en kwetsbare mensen te garanderen? Hiertoe moet buiten het marktmodel gedacht worden. Het is aan de overheid te bewaken dat de bodemnormen niet worden geschonden. Zij formuleert dan randvoorwaarden waarbinnen de markt (die dus niet een volledig vrije markt is) zich beweegt. Maar zo'n 'correctie' van de markt met een vangnet voor de zwakkeren leidt tot extra bureaucratie. En daarmee zijn we bij een volgende complicatie.

‘VERANTWOORDINGSBUREAUCRATIE’,
‘BEWAKINGSBUREAUCRATIE’ EN ‘HERSTEL-
BUREAUCRATIE’

Nog niet zo lang geleden was bureaucratie een neutraal begrip om het overheidsapparaat aan te duiden. Afgelopen decennia raakte het beladen met negatieve klanken. Bureaucratie staat nu voor overbodige (gedigitaliseerde) papierwinkel, in stand gehouden door mensen die anderen afhouden van het ‘eigenlijke’ werk. Wie durft zich nog vóór bureaucratie uit te spreken? De politicus die belooft de bureaucratie te verkleinen krijgt bij voorbaat de handen op elkaar.

Ook binnen de zorg heeft het probleem ‘bureaucratie’ zijn intrede gedaan. Dat is in eerste instantie verwonderlijk. Het overlaten van zorg aan het vrije spel op de markt lijkt minder overheidspapier met zich mee te brengen. Dat

bleek niet het geval, en hiervoor zijn drie hoofdredenen aan te voeren.

Allereerst brengt marktwerking verscherpte controle op wie welke prestatie heeft geleverd met zich mee; er moet immers afgerekend kunnen worden. Het exclusieve karakter van goederen maakt het goed mogelijk dat stukjes werk en prestaties van elkaar worden gescheiden. Iedere output kan precies worden vastgesteld. Met die controlemechanismen werd een papierwinkel in het leven groepen: de 'verantwoordingsbureaucratie'. De tweede reden is dat de overheid optreedt als marktmeester. We hebben al aangegeven dat een goede markt geen jungle van vrije krachten is maar een patroon met spelregels. Met toenemende marktwerking groeit de klassieke taak van de overheid om marktprocessen institutioneel te beschermen. Zo moet zij bewaken dat er meerdere vragers en aanbieders zijn, dus de drempel voor nieuwe spelers laag houden.

Om de concurrentie eerlijk te laten verlopen moet de overheid optreden tegen informatieachterstand, monopolievorming en hoge toetredingsbarrières. Het gaat hier om minimale maar wel heel belangrijke criteria die de marktpartijen de benodigde vrijheid en een gelijk speelveld garanderen. Hiertoe is een uitgebreid wetgevingsapparaat nodig dat met de markt meegroeit. Deze rol moet de overheid daadkrachtig vervullen. Bij schending van een marktprincipe moet ze de betreffende partij tot de orde roepen en sanctioneren. Met de marktwerking in de zorg is de Nederlandse Zorgautoriteit in het leven geroepen. Zij omschrijft zichzelf als 'de marktmeester in de zorg die waar mogelijk de nieuwe markten die in de zorg ontstaan op gang brengt'.¹⁷ Maar deze nobele motieven leiden onvermijdelijk tot bemoeizucht en papierwinkel.

De derde vorm van bureaucratie is de 'herstelbureaucratie'. Hierboven is enkele keren gewezen op mogelijke negatieve effecten van de markt, met name als het gaat om de zorg voor de zwakkeren. Deze onvolkomenheden zijn te ondervangen, maar dat brengt nieuwe verplichtingen

voor de overheid met zich mee. Zij moet nieuwe normen vaststellen, controlerende organen instellen en corrigerende instituties in het leven roepen. Het leidt tot nieuwe taken en daarmee bureaucratie.

CONCLUSIE

Zorg is een vitaal goed, waarop mechanismen van marktwerking zijn losgelaten. Dat zal op allerlei deelgebieden hebben geleid tot efficiënter werken en kostenbesparingen. Maar de taal van de markt en de taal van de zorg verschillen. Daarom draagt de introductie van marktwerking op subtiele wijze gevaren voor de langere termijn in zich. Wanneer distributie en ontwikkeling van goederen via de markt verlopen, veranderen deze van aard en sluipt een andere taal de organisatie binnen, die geen recht doet aan de eigen aard van zorg-‘producten’. De reductie van waarden tot preferenties, de nadruk op eigenbelang en op de kwantitatieve dimensie verdringen essentiële componenten van zorg. En precies omdat zorg-goederen zo complex en veelzijdig zijn, is er de verleiding zich over te geven aan de kwantitatieve taal. Dit is niet terecht. We moeten van professionals en instellingen niet primair omzet en verrichtingen vragen maar een bijdrage aan gezondheid.

Afgelopen jaren zijn deze problemen meer en meer zichtbaar geworden. Als gevolg heerst er verwarring over de status van marktwerking. Helderheid over het verschil in taal, de deelgebieden waarop de markttaal wel en niet is in te zetten, is noodzakelijk. Het naast elkaar bestaan van verschillende benaderingen is niet per se conflicterend. Wanneer de verschillende componenten op hun plaats worden gehouden is een samengaan mogelijk. Zo zagen we afgelopen tijd naast trajecten van marktwerking pogingen een ander vocabulaire aan te spreken. Onder verantwoordelijkheid van het ministerie van vws is recent het project ‘Waardigheid en Trots’ van start gegaan, een project ter verbetering van de ouderenzorg in Nederland. Wat u

van de begrippen mag denken, ze roepen in ieder geval op tot overwegingen die direct de kwaliteit van zorg betreffen. Het lijkt me de grote uitdaging voor de zorg in de komende jaren: de taal van goede zorg weer te vinden. Daar waar het mechanisme van marktwerking een goed middel is, moet het worden toegepast, maar haar manier van denken en haar taal mogen de zorg niet gaan domineren.

NOTEN

- 1 Dit artikel is een bewerking van een hoofdstuk in M. Becker, *Bestuurlijke ethiek: een inleiding*, Van Gorcum, Assen 2007.
- 2 'Minister Schippers, de vrouw van 75 miljard', in: *Vrij Nederland*, november 2011, <http://www.vn.nl/minister-edith-schippers-de-vrouw-van-75-miljard/>.
- 3 W. Bos, 'Kijk- en luistergeld', in: *de Volkskrant*, 12 december 2013, <http://www.volkskrant.nl/archief/kijk-en-luistergeld~a3560795/>.
- 4 Zie <http://www.nza.nl>.
- 5 Het manifest is te vinden op <http://www.hetroermoetom.nu/> (geconsulteerd oktober 2015).
- 6 Zie de website van het ministerie: <https://www.rijks-overheid.nl/onderwerpen/kwaliteit-van-de-zorg/nieuws/2015/10/28/zorg-gaat-nutteloze-regels-opruimen>.
- 7 NOS journaal 5 oktober 2015, zie <http://www.tvuitzendinggemist.nl/nederland-1/nos-journaal/5-oktober-2015-113698>.
- 8 M.J. Sandel, *What money can't buy. The moral limits of markets*, Farrar, Straus and Giroux, New York 2012. In het Nederlands vertaald als *Niet alles is te koop*, Ten Have, Utrecht 2012.
- 9 E. Anderson, *Values in Ethics and Economics*, Harvard University Press, Cambridge 1993, p. 145.
- 10 A. Hirschmann, *Exit, Voice, Loyalty. Responses to Decline in Firms, Organizations, and States*, Harvard University Press, Cambridge 1970.

- 11 P.H.M. Ruys, 'Een economisch perspectief op hybride organisaties', in: T. Brandsen, W. van de Donk en P. Kenis (red.), *Meervoudig bestuur. Publieke dienstverlening door hybride organisaties*, Lemma, Den Haag 2006, p. 83-102, hier p. 85.
- 12 H. Maarse, *Markthervorming in de zorg. Een analyse vanuit het perspectief van de keuzevrijheid, solidariteit, toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid*. Te vinden op <https://mail.ru.nl/owa/> (geraadpleegd oktober 2015).
- 13 G. Schout, 'Markt geeft volle wachtkamers', in: *Medisch Contact* 67-13, p. 788-789.
- 14 H.J. in 't Veld, J.A.F de Ru, A.W. Peters e.a., *Verzelfstandiging en marktwerking. Stand van zaken en perspectieven*, Sdu Uitgevers, Den Haag 2002, p. 78 spreekt over 'een op individueel niveau meetbare dimensie'.
- 15 Bos, 'Kijk- en luistergeld'.
- 16 Citaat van S. van Wijnbergen in: In 't Veld, De Ru, Peters, *Verzelfstandiging en marktwerking*, p. 14.
- 17 Zie www.nza.nl/nza/NZa.