

# Parallel universum

Een van de vakken tijdens mijn studie was 'economie van de centraal geleide stelsels'. Voor de jongeren onder ons: die had je toen nog. Het studieobject was hoe de centraal geleide economie in theorie functioneerde, maar in de praktijk vooral disfunctioneerde. Mede in reactie op de tekortkomingen bestond er in landen met een planeconomie een omvangrijke schaduw economie, waar transacties plaatsvonden waar de overheid geen hand in had. Die informele economie besloeg een breed scala aan activiteiten. Van ruilhandel tussen staatsbedrijven om onderling overschotten en tekorten aan grondstoffen en onderdelen te compenseren (zodat in beide bedrijven de productie kon worden voortgezet), tot particuliere productie van goederen en diensten, voor eigen gebruik en vrije handel.

**D**e informele economie betrof dus een breed spectrum; van 'systeem-gerelateerd sjoemelen' tot 'systeem-strijdig handelen'. Vaak gebeurde dit in alle openheid, denk bijvoorbeeld aan de vele volkstuinen en groentemarkten. De systeem-inbreuken werden door de machthebbers gedoogd, vanuit een welbegrepen eigenbelang. Immers, zou men deze activiteiten van hogerhand actief de kop hebben ingedrukt, dan zouden er op vele terreinen (waaronder de voedselvoorziening) acute knelpunten zijn ontstaan. Door de diverse 'systeem-incompatibele gedragingen' werden de tekortkomingen van het officiële systeem wat gecompenseerd en gemaskeerd,

en daarmee voor de samenleving meer dragelijk gemaakt. Feitelijk waren er dus twee werelden: enerzijds de 'echte' wereld, de realiteit van alledag voor de burger; anderzijds het parallelle universum van de politieke doctrine, de virtuele wereld zoals die door de beleidsarchitecten was beoogd.

Deze jeugdherinneringen kwamen bij mij bovendrijven na het 'bijlezen' van een stapel 'zorg'-artikelen. Mij bekruipt steeds vaker het gevoel dat ook in de zorgsector een 'echte' en een 'virtuele' wereld naast elkaar bestaan. Sinds een jaar of tien geldt de doctrine van de gereguleerde marktwerking. Op papier zit het systeem prima in elkaar. Het wordt ook volop geprezen. Zij het dat de lovende woorden vooral komen uit de kring van direct betrokken beleidsinstanties en economen, en maar zelden uit de kring van individuele zorgverleners en patiënten die in de praktijk van alledag 'aan den lijve' met de praktische kaders van het systeem worden geconfronteerd.

De socialistische doctrine transformeerde individuele burgers niet in van elk eigenbelang gespeende, louter collectivistisch denkende en handelende 'kameraden'. Evenmin transformeert in de zorgsector de marktdoctrine patiënten en cliënten in zelfbewuste, rationele, naar zelfredzaamheid en eigen regie snakkende 'consumenten'. Of hulpverleners, verplegenden





en verzorgenden in ‘zorgproducenten’ die voortdurend kosten en opbrengsten afwegen. Hiermee wil ik overigens niet betogen dat besturingssystemen het menselijke denken en doen volstrekt onberoerd laten. Dat is – zeker over langere perioden – niet zo. Professor Aad de Roo geeft in zijn Stolte-lezing<sup>1</sup> een boeiende historische schets van de invloed van het bedrijfskundige denken op de besturing van zorgorganisaties en de spanning die dit heeft veroorzaakt met de cultuur en de kernwaarden in de sector. Roland Koopman, tot voor kort medisch directeur van Ziekenhuis Bernhoven, verwoordt iets soortgelijks als hij stelt<sup>2</sup>: “Er wordt steeds meer naar efficiency gestreefd, terwijl dat niet de essentie van de zorg is” en: “Het hele proces rondom de mens wordt steeds industriëler. Daardoor raakt de professional onthecht, niet alleen de medisch specialist, maar ook de verpleegkundige.” Evenals zorgondernemer Igor Tulevski als hij opmerkt<sup>3</sup>: “Zorg is meer dan een spreadsheet. Zolang je zorg uitsluitend als een kostenpost ziet, blijft het een kostenpost. Dan wordt er afgeknepen en verdwijnt de patiënt uit beeld.”

Niet alleen op microniveau, maar ook vanuit een macroperspectief kan worden vastgesteld dat de werkelijkheid (de ‘Ist’-wereld) soms heel anders is dan ‘het zorgstelsel op papier’ (de ‘Soll’-wereld)<sup>4</sup>. Op het gevaar af dat de herhaling vervelend wordt: conceptueel is het natuurlijk een briljante vondst om zorgverzekeraars risico-dragend te maken en hen als inhoudelijk deskundigen de optimale zorg te laten inkopen voor hun verzekerden. Maar zelfs fervente systeem-adepten moeten erkennen dat dit in de praktijk niet functioneert zoals was beoogd. Waaraan dan veelal wel meteen de bezwering wordt toegevoegd “nog niet”<sup>5</sup>. Pardon? Na ruim tien jaar? Kent u iemand in uw organisatie die al ruim een decennium niet volgens verwachting functioneert, maar waarbij nog steeds wordt bepleit dat hij extra tijd moet krijgen om zich zijn rol eigen te maken? Ik niet. Wellicht zou het meer vruchtbaar zijn om – zonder verwijten – te concluderen dat de huidige situatie kennelijk weerspiegelt wat de samenleving mag verwachten aan ‘selectieve zorginkoop op basis van prijs/kwaliteit afwegingen’ door zorgverzekeraars. En vandaar uit verder te werken, in plaats van te blijven hangen in de cirkel-argumentatie dat het systeem van geregleerde competitie naar verwachting zou functioneren, als de zorgverzekeraar nu maar eens eindelijk zijn rol goed zou oppakken.

Voor wie het wil zien zijn er vele voorbeelden waarbij de werkelijkheid en de ‘officiële leer’ los van elkaar staan. Enkele willekeurige voorbeelden die u wellicht al kent uit de media. Neem de wijze waarop een ziekenhuis in de provincie Groningen de nieuwbouwfianciering na langdurig ‘polderen’ rond kreeg, mede

op basis van financiële betrokkenheid van de provincie en het academische ziekenhuis. Een mooi resultaat voor de bevolking in de regio. Het vereist echter wel een indrukwekkende lenigheid van geest om deze casus te zien als schoolvoorbeeld van geregleerde marktwerking. De gang van zaken rond de zorg in Zeeland: idem dito. Of neem de acht thuiszorgorganisaties in Friesland die zijn gaan samenwerken in plaats van concurreren om op deze wijze gezamenlijk de zorg in dit dunbevolkte gebied kwalitatief op niveau en financieel betaalbaar te houden. (Waarbij nog op te merken is dat de regels van de ACM deze afstemming tussen de initiatiefnemers verboden. De zorgverzekeraar moest daarom worden ingeschakeld om partijen ‘uit te nodigen’ en officieel ‘de opdracht tot samenwerking’ te geven). Of neem het ziekenhuis in Brabant, waar het officiële systeem van zorginkoop en afrekenen op basis van gerealiseerd productievolume in eendrachtige samenwerking tussen ziekenhuis en zorgverzekeraar als het ware even is uitgeschakeld om de gewenste zorginhoudelijke transformatieprocessen niet op voorhand te blokkeren.

De laatste voorbeelden illustreren ook hoe formele kaders kunnen fungeren als ‘sta in de weg’ in plaats van als katalysator voor maatschappelijk gewenste ontwikkelingen. (In het verlengde hiervan is overigens nu al te voorspellen dat digitalisering van de zorg niet in de gewenste mate en het beoogde tempo gerealiseerd zal worden als het bestaande bekostigingsstelsel wordt gehandhaafd. Zorginstellingen kunnen zich met het oog op hun voortbestaan immers geen omvangrijke investeringen permitteren als deze gepaard gaan met acute inkomstenderving, terwijl de baten daarvan elders neerslaan. Deze ontwikkeling vraagt om brede en vergaande samenwerking in plaats van marktwerking).

Principes en regels die (tijdelijk) buiten werking gesteld of genegeerd moeten worden om maatschappelijk gewenste ontwikkelingen niet te frustreren. Systemen die op papier beter lijken te functioneren dan ze daadwerkelijke doen, juist omdat de actoren in het systeem zich niet (volledig) aan de beleidsdoctrines conformeren. Hoe lang wordt het Wajangspel in de zorgsector nog voortgezet? ///

<sup>1</sup> Tilburg University, 24 november 2016.

<sup>2</sup> Skipr, 18 november 2016

<sup>3</sup> Skipr, januari 2017

<sup>4</sup> Zie ook de vorige Headline

<sup>5</sup> Zie bijvoorbeeld Canoy, FD 24 september 2016: ‘Alleen missen zij nog de ervaring, informatie en kennis om dit spel goed te spelen [...]’