

Advies aan de (in)formateur (6): Paul Frissen

‘De markt is een amorele institutie’

Marktwerking in de zorg was voorheen een toverbegrip voor de politiek. Maar die marktwerking heeft de bureaucratie doen exploderen. Paul Frissen pleit voor een gezondheidszorg op basis van publiek gefinancierd, maatschappelijk initiatief.

Paul Frissen – ‘Waarden als eerlijkheid en rechtvaardigheid zijn niet relevant voor de markt’

Is iets een markt louter door het bij voortduring een markt te noemen? Hoewel het – ontkennende – antwoord evident is, kan het volgens Paul Frissen geen kwaad als politici die problemen in de gezondheidszorg wijten aan een ‘doorgeschoten marktwerking’ zich die vraag wel stellen. Hun diagnose is volgens hem onjuist: van een markt in de zorg is geen sprake. Daardoor blijven adequate oplossingen van problemen met de toegankelijkheid, de betaalbaarheid of de kwaliteit van de zorg buiten beeld.

‘Dat wat zich in de zorg heeft voltrokken, de afgelopen decennia, heeft niks met marktwerking te maken, maar met in markttaal gehulde bureaucratische processen’, zegt hij. ‘Niemand kan mij wijsmaken dat de overheid als het om controlezucht in de zorg gaat kleiner is geworden. Integendeel, de hoeveelheid wetten, protocollen en regels, toezichthouders, inspecties en controles is geëxplodeerd.’

Je kunt Paul Frissen met recht een publieke intellectueel noemen: in een maatschappelijke discussie klopt je nooit tevergeefs bij hem aan als hij meent dat hij er iets zinnigs over te zeggen heeft. Hij is decaan van de Nederlandse School voor Openbaar Bestuur in Den Haag en hoogleraar bestuurskunde aan de Universiteit van Tilburg. In zijn boeken – *Staat en taboe* is zijn meest recente – is de verhouding tussen overheid en burgers met alle problematische aspecten van dien een vast thema. Hij was enige tijd lid van de raad van toezicht van een groot ziekenhuis in Heerlen, nu is hij voorzitter van de toezichthouder bij een instelling voor mensen met een verstandelijke beperking. Zowel in theorie als in de praktijk heeft hij zich dus verdiept in de wijze waarop de overheid de zorg voor burgers heeft georganiseerd sinds zij in 2006 prijsconcurrentie en andere marktmechanismen in die sector introduceerde.



Ontvang dagelijks onze nieuwsbrief

Onafhankelijk en onbevreesd. Sinds 1877.

E-mailadres

De verantwoordelijke minister, vvd'er Hans Hoogervorst, prijsde zich in dat jaar gelukkig met het nieuwe zorgstelsel. ‘De marktwerking doet haar heilzame werk, zonder dat het tot

Amerikaanse excessen komt’, zei hij. ‘Het stelsel is een mooie combinatie van markt en overheid, privaat en sociaal.’ Vijftien jaar later is de communis opinio in de politiek dat de marktwerking is ‘doorgeschoten’. Niet alleen links vindt dat, ook rechts, blijkt uit het vvd-programma en uit uitspraken van de minister van Volksgezondheid, de cda’er Hugo de Jonge. Uit de coronacrisis trekt hij deze les: ‘De markt gaat dit niet oplossen.’

De vergissing zat al besloten in de woorden waarmee Hoogervorst het stelsel toejuichte, meent Frissen: een ‘combinatie van markt en overheid’ is vragen om moeilijkheden. ‘De denkfout is dat je politieke doelen kunt verwezenlijken met aan de markt ontleende methodieken. Dan gaat het subiet fout’, zegt hij. ‘Waarom? De markt is een coördinatiemechanisme om via prijsvorming vraag en aanbod bij elkaar te brengen. Daarmee heeft de markt geen intrinsieke opvattingen over wat ze moet produceren, in welke hoeveelheden en tegen welke prijs. Dus als de politiek marktwerking inzet om haar eigen doelen in de gezondheidszorg te realiseren, dan doet ze iets oneigenlijks: de uitkomst kan zomaar haaks blijken te staan op wat de politiek wil.’

Het voorbeeld van het tekort aan ic-bedden dat zich voordeed in de coronacrisis laat zien hoe slecht politieke doelen en marktmechanismen elkaar soms verdragen. Vanwege het economische belang van kostenbeheersing ligt het voor de hand het aantal ic’s – peperdure voorzieningen – zo beperkt mogelijk te houden. Dat is daarentegen minder wenselijk uit het oogpunt van politieke doelen als een goed toegankelijke zorg voor iedereen en het voorkomen van wachtlijsten. Ook het alternatief dat de markt in petto heeft om de vraag naar ic-bedden te dempen – een flinke tariefsverhoging – is politiek lastig: de betaalbaarheid van de zorg komt dan in het gedrang.

‘Mijn vraag op het ministerie is altijd: kunt u mij één markt noemen die doet wat u wilt?’

‘Op markten wordt heel efficiënt geproduceerd dankzij competitie’, zegt Frissen, ‘maar die efficiëntie garandeert niet dat je van alles genoeg hebt. In deze coronatijd zijn we daarmee geconfronteerd: er bleken eigenlijk niet genoeg ic’s voor crisissituaties als deze te zijn. Ja, en dan krijg je de wachtlijsten waarvan de regering ooit zei dat de marktwerking in de zorg ons daarvan zou verlossen. De markt zal juist in overvloed produceren als de prijs de juiste is, maar dat is dan weer verspilling die we in de zorg evenmin willen.’

De diepere achtergrond van de botsing van belangen tussen politieke wenselijkheden en economische wetmatigheden is een morele. Frissen: ‘Waarden als eerlijkheid en rechtvaardigheid zijn niet relevant voor de markt, dus zal de uitkomst van marktprocessen oneerlijk en onrechtvaardig zijn als dat economisch rationeel is. De markt is nu eenmaal een amorele institutie. Dat is wat we in de gezondheidszorg nu per se niet willen. Daar hechten we aan waarden als lotsverbondenheid, solidariteit, empathie. Je mag er wel geld mee verdienen, maar dat is niet het primaire doel.’

Advies aan de (in)formateur

Deze weken laat *De Groene* [onafhankelijke deskundigen aan het woord](#). Welke stappen moeten op hun terrein in de komende vier jaar worden gezet? Wat moet er in het regeerakkoord komen?

Het beleidsadagium van het ministerie van Volksgezondheid is dat de zorg betaalbaar, voor iedereen gelijk toegankelijk en van goede kwaliteit moet zijn. De markt is volgens Frissen

allesbehalve het geijkte middel om die drie doelen tegelijkertijd te dienen. ‘Kostenbeheersing om de zorg betaalbaar te houden? Daar is de markt helemaal niet in geïnteresseerd. De markt is een mechanisme om vraag en aanbod bij elkaar te brengen via een prijs die de verhouding tussen beide weerspiegelt. Dat kan een hoge prijs zijn, dat kan lage prijs zijn.’

Hij noemt prijsvorming een van de irrationele verschijnselen van de markt. ‘Sommige dingen zullen niet worden verkocht als ze te goedkoop zijn, een maatpak bijvoorbeeld: dat moet je echt niet tegen de prijs van een confectiepak aan de man proberen te brengen. Hier zie je het snobeffect van de markt. Een chique, luxe auto moet duur zijn, niet zozeer omdat de productie veel kost, maar om hem exclusief voor een klein publiek te houden. De verborgen boodschap van die auto is: hier rijdt niet iedereen in. Vanwege het beoogde snobeffect zullen maar weinig van die auto’s worden gemaakt, dus je zult er lang op moeten wachten als je hem bestelt. Zo werkt de markt. Willen we dat ook in de zorg? Tuurlijk niet. Op de markt vinden we dat niettemin geen enkel probleem: vanzelfsprekend is een driesterrenrestaurant duurder dan de McDonald’s.’

Hij heeft nog een voorbeeld van de irrationaliteit van de markt. ‘Als het gezelschap het aankan, begin ik wel eens over de gekte van dameslingerie. Bij de Zeeman kun je prima spullen kopen als je technologisch uitontwikkelde lingerie zoekt. En toch is er een markt voor extreem dure lingerie, ook al is die voor het grootste gedeelte van de dag onzichtbaar. Hoezo rationeel? Die telefoon waarmee u dit interview opneemt: wat daar niet voor overbodige onzin in zit! En toch willen we dat hebben. Mensen gaan in de rij op de stoep liggen om als eerste een telefoon van twaalfhonderd euro te kunnen kopen. Twaalfhonderd euro! Vroeger hing zo’n bakelieten toestel in de gang. Toen werd je ook nooit lastiggevallen met die irritante vraag: waar ben je nu? Want je stond gewoon op de gang.’

Waar kostenbeheersing de prioriteit is sluip al gauw de bureaucratie naar binnen

Op een markt zal bij een toenemende vraag naar een product ook de prijs stijgen. In de gezondheidszorg is dat nu juist niet de bedoeling, ook al zullen als gevolg van de vergrijzing mensen vaker een beroep op zorg doen. Anders zou de solidariteit van jong met oud, van gezonde met ongezonde mensen steeds zwaarder onder druk komen te staan: waarom moeten zij opdraaien voor die steeds hogere tarieven?

‘Mijn vraag op het ministerie is altijd: kunt u mij één markt in de hele wereld noemen die doet wat u wilt?’ zegt Frissen. ‘Nogmaals: een matige prijsontwikkeling, een gelijke toegang en hoogwaardige kwaliteit van de zorg, dat zijn eisen waaraan de markt niet alle drie tegelijkertijd kan voldoen. Wat is het logische gevolg? Bureaucratisering. De introductie van marktwerking in de zorg heeft de bureaucratie doen exploderen, om permanent te kunnen controleren of die politieke doeleinden wel worden gerealiseerd. Dat is een onontkoombaar effect van het beleid. Niet omdat mensen kwade bedoelingen hebben, of de boel willen bedotten, maar omdat de intrinsieke logica van de amorele markt niet de uitkomst heeft die de politiek voor de zorg moreel wenselijk vindt.’

Daarbij komt dat in een systeem dat kostenbeheersing als prioriteit heeft al gauw de bureaucratie binnensluipt. ‘Kostenbeheersing, daar is de bureaucratie de superieure organisatievorm voor, want dan krijg je de beschikking over de protocollen, regelsystemen en vormen van standaardisatie en centralisatie die je daarvoor nodig hebt. Vergis je niet: dat gebeurt in grote ondernemingen natuurlijk ook. In hun interne organisatie zijn die bedrijven eerder stalinistisch dan marktconform. Hoe complexer de organisatie, hoe gecompliceerder de

kostenstructuren, hoe groter de bureaucratische aandrang zal zijn. Dat geldt voor de zorg in het bijzonder. Want tja, wat kost een dokter eigenlijk?’

Het dbc-systeem, ingevoerd in de tijd dat Frissen zitting had in de raad van toezicht van het ziekenhuis in Heerlen, was zo’n poging benul te krijgen van wat een dokter kost. Frissen vindt het ‘wangedrocht van de dbc’s’ een frappant voorbeeld van wat hij ‘in markttaal gehulde bureaucratie’ noemt. Dbc staat voor ‘diagnosebehandelingscombinatie’. De bedoeling was dat ziekenhuizen een prijskaartje hing aan elke stap in het stellen van een diagnose en de behandeling van een aandoening, om zo inzicht te bieden in de kosten die zij voor een patiënt maakten. Onderlinge concurrentie om de vergoedingscontracten met verzekeraars werd zo mogelijk, was de gedachte.

In de raad van toezicht speelde Frissen de vermoorde onschuld toen de ziekenhuisdirectie voorstelde om te pionieren met het nieuwe systeem. ‘Ons ziekenhuis was een hip ziekenhuis dat graag met de *pilot* voor het dbc-systeem meedeed. Soms is het stellen van naïeve vragen de beste manier om toezicht te houden, dus ik vroeg aan de raad van bestuur: wat zijn diagnosebehandelingscombinaties eigenlijk? Ze zeiden: door die dbc’s wordt de interne kostenstructuur van een ziekenhuis transparant. O, zei ik, en waarom moet dat eigenlijk? Nou, zeiden ze, dat is bedoeld voor de marktwerking.’

Frissen wees zijn directie erop dat in een echte markt de kostenstructuur juist het best bewaarde geheim van een onderneming is: je gaat de concurrentie uiteraard niet wijzer maken over hoe jouw bedrijf zijn prijzen bepaalt. ‘Ik gebruikte het voorbeeld van Philips dat dat vieze drabbing op de markt bracht: het Senseo-koffieapparaat. Ze boekten daarmee woekerwinsten, om daarmee hun innovatie te kunnen financieren, maar je zult in het jaarverslag tevergeefs zoeken hoeveel dat precies was. De raad van bestuur van mijn ziekenhuis werd al wat zenuwachtiger: daar heb je hem weer. Ik zei: hoeveel van die dbc’s gaan we zo ongeveer krijgen? Nou, was het antwoord, een paar honderd. Ik zei: *mark my words*, dat zullen er vele duizenden worden. En ja, vier of vijf jaar later hadden we er geloof ik al rond de tienduizend. Het werd een volkomen bureaucratisch moeras.’

‘In hun organisatie zijn grote bedrijven eerder stalinistisch dan marktconform’

Het dbc-systeem is inmiddels vervangen door het dot-systeem: ‘dbc’s op weg naar transparantie’. Het commentaar van Frissen: ‘Je hoeft het niet te verzinnen, want de werkelijkheid zelf is al veel gekker dan jij kunt bedenken.’ Hij zegt dat het voorspelbaar was dat het aantal dbc’s zou exploderen – uiteindelijk werden het er ruim dertigduizend. ‘Je kon zien aankomen dat het er veel meer zouden worden dan die paar honderd die de directie raamde. Het ziekenhuis is een buitengewoon complexe organisatie, met ontelbaar veel verschillende behandelingen, met dus navenant veel verschillende combinaties van diagnoses en behandelingen. Vraag jij maar eens als je verkreukeld wordt binnengebracht bij traumachirurgie: dokter, welke dbc’s doet u nu? Daarbij komt dat dokters per handeling werden betaald. Ze kregen er dus een belang bij om zo veel mogelijk handelingen in dbc’s op te nemen.’

Een ander effect van het nieuwe vergoedingssysteem was dat eenvoudig te standaardiseren, routinematige medische diagnoses en behandelingen al gauw in een dbc stonden beschreven en de gecompliceerde, incidenteel voorkomende therapieën niet. ‘Met de dbc’s haalden de ziekenhuizen een mechanisme in huis waardoor het eenvoudigste werk het best betaalde werd’, zegt Frissen. ‘Dat is geen goed idee in een professionele orde. Wat je dan ook zag

gebeuren is dat de echte ondernemers in de gezondheidszorg van die zelfstandige behandelcentra begonnen, waar je terecht kunt voor het routinematige ziekenhuiswerk: een nieuwe heup, de staaroperatie, cosmetische ingrepen et cetera.’

Als voorbeeld noemt hij de Bergmanklinieken. Opgericht in 1988 als kliniek voor cosmetische chirurgie zag het bedrijf met de invoering van de marktwerking in de zorg in 2006 een kans om snel uit te breiden. ‘Bergman Clinics is gewoon een commerciële onderneming. Je wordt er prima geholpen, zonder meer, maar zij hoeven niet het voorzieningenniveau in stand te houden dat een echt ziekenhuis geacht wordt te bieden. In een echte markt noemen we dat *cherrypicking*. Daar zijn ook de ondernemers die iets in de gezondheidszorg willen gaan doen op uit. Zij willen graag noodlijdende ziekenhuizen, om die vervolgens te saneren en de zorgverlening in te perken tot de renderende behandelingen. In een academisch ziekenhuis zijn ze allerminst geïnteresseerd.’

Frissens advies aan het nieuw te vormen kabinet zou zijn: zoek een organisatievorm voor de zorg die toe kan met minder bureaucratie en minder controle. Het Britse systeem van de National Health Service (nhs) is in zijn ogen in ieder geval geen geschikte uitwijkmogelijkheid. ‘Het probleem is dat de machtigen met het geld zullen ontsnappen uit elk systeem dat je organiseert met het model van politieke sturing. Denk jij dat Boris Johnson naar een nhs-ziekenhuis gaat als hij iets mankeert? Ben je gek, die gaat naar een privé-kliniek. Moeten we dan maar alle schijnvertoningen met de zogenaamde marktwerking loslaten en de zorg echt aan de commercie overleveren? Nee, dat ook niet. Dan krijg je het kapitalistische model zoals in de Verenigde Staten, zonder verplichte verzekering. In Amerika heb je een fantastische gezondheidszorg, maar alleen als je het kunt betalen. Anders ben je aan je lot overgelaten.’

Zijn conclusie is dat een volledig vrije markt noch meer overheidsbemoeienis een wenselijk alternatief is voor de ‘in markttaal gehulde bureaucratie’. Het pleidooi van minister De Jonge voor meer centrale regie doet hem huiveren. Hij ziet meer in een gezondheidszorg op basis van publiek gefinancierd, maatschappelijk initiatief. ‘Ik zou zeggen: laten we de organisatie van de gezondheidszorg weer wat meer overlaten aan de maatschappij. Dat lijkt me de enige manier om de controlezucht in de zorg terug te dringen – dat wat iedereen eigenlijk wil. Ja, dan krijg je verschil en dan krijg je ongelijkheid, want in Maastricht zullen ze het anders doen dan in Groningen, in een islamitisch of christelijk ziekenhuis anders dan in een algemeen. Maar dat is wel een ongelijkheid die voortkomt uit maatschappelijke pluriformiteit, dus niet uit verschillen in macht of inkomen.’

Hij bestrijdt dat de politiek bij zo’n maatschappelijk georganiseerde gezondheidszorg maar moet afwachten of de toegankelijkheid, betaalbaarheid en de kwaliteit van de zorg voldoende zijn gewaarborgd. De overheid behoudt een zekere invloed, dankzij de mogelijkheid om voorwaarden te stellen aan de subsidiëring.

‘Wat ik voorstel maakt de politiek echt niet kleiner’, zegt Frissen. ‘Er zal steeds debat nodig zijn over welke uitkomst politici acceptabel vinden en welke niet. Dat zal geen debat zijn in louter quasi-objectieve termen, want zo’n oordeel hangt natuurlijk ook af van ideologische, maatschappelijke, levensbeschouwelijke voorkeuren over waarden als solidariteit en lotsverbondenheid. Dat lijkt mij zo gek nog niet: daar kiezen wij politici voor.’