Perverse prikkels in de gezondheidszorg

In haar column ‘De overheid moet ook naar zichzelf kijken’ (S&D jrg. 71, nr. 5, p. 4) zet Marijke Linthorst vraagtekens bij de ontwikkeling van marktwerking in de zorg. Het kabinet zou zich af moeten vragen of een zo efficiënt mogelijke zorg niet gebaat zou zijn bij het facililiteren van samenwerking in de zorg in plaats van dat onder met mom van marktwerking te belemmeren. Linthorst zet ook vraagtekens bij het toestaan van winstuitkeringen aan ziekenhuizen. Waarom zou de overheid bij ontbrekende financieringsmogelijkheden dat niet zelf kunnen doen? Bij een collectief goed als zorg moet de overheid niet alles van de markt verwachten.

De gezondheidszorg, zo maakte Robert Kuttner jaren geleden duidelijk, is niet geschikt voor marktwerking. Het gaat bij deze ‘markt’ niet om willekeurig vermeerderbare produkten met een willeurig aantal aanbieders en een willekeurig aantal afnemers. De toegang van gekwalificeerde aanbieders van medische zorg is beperkt. De afnemer is geen onafhankelijke consument, maar een patiënt die op een permanente kennisachterstand staat ten opzicht van de medische wereld. De zorg is iets anders dan een ‘free marketplace diciplined by competition’. ‘ Aldus staat de gezondheidszorg haaks op alle vooronderstellingen voor een efficiënte , vrije markt – perfecte competitie, perfecte informatie, mobiliteit van factoren, enz.’.[[1]](#endnote-1)

Dat is wat anders dan de opvatting dat marktwerking zou zorgen voor een efficiënte, doorzichtige en goedkope gezondheidszorg. Nemen we de casus in extremis, de USA. Het gezondheidsstelsel van de Verenigde Staten ‘is meest dure van de hele wereld’, concludeert het Amerikaanse onderzoeksinstituut The Commonwealth Fund in zijn jaarlijkse rapport *Mirror, Mirror on the wall* in 2014. De kosten bedragen $ 8.508 per inwoner, meer dan het dubbele van het door Labour geïnitieerde Britse gezondheidssysteem van de National Health Service. Met een bedrag van $ 3.405 waren de Engelsen veel goedkoper uit. Waren ze ook slechter uit qua prestaties? Integendeel. Uit een groep van 11 westerse landen waren de Engelsen de beste. Nederland neemt in die lijst met $ 5.099 een middenpositie, en dat geldt ook voor de kwaliteit van de zorg.

De V.S. gaven in 2013 18 procent van hun nationaal inkomen uit aan gezondheid. Dat percentage loopt snel op; van 5 procent in 1960 tot 14 procent in 2000 en bij ongewijzigd beleid zal dat in 2023 21 procent zijn. En de resultaten zijn slecht. ‘We slagen er niet in om de voordelen binnen te halen van langere levens, lagere kindersterfte, universele toegang en kwaliteit van zorg zoals vele andere landen met hoge inkomens dat wel hebben’. Het commerciële stelsel werkt verspilling in de hand: ‘We hebben duidelijk bewijs dat een aanzienlijk deel van deze uitgaven verspild wordt door overlappende diensten, buitensporige administratieve kosten en slecht gecoördineerd, inefficient, of onveilige zorg.[[2]](#endnote-2) De Amerikaanse gezondheidszorg is zodoende niet alleen met afstand het duurste ter wereld, maar scoort in de westerse wereld qua prestaties het slechtst. Dat kwam ook al naar voren in eerdere edities van *Mirror, Mirror,*  van 2010, 2007 en 2004.

De Amerikanen dachten de kosten van de gezondheidszorg in te dammen door het kapitalisme vrij baan te geven. Een grote rol was toebedacht aan particuliere verzekeringsmaatschappijen en ondernemingen. De nieuwe gezondheidsondernemingen werden ‘Wall Streets darlings’. De winstverwachtingen waren hoog, kostenbeheersing werd het devies en de managers deden hun best door alle truken uit de doos van het taylorisme toe te passen. De marktpartijen reduceerden hun kosten door zieken te weigeren, behandelingen te beperken, ziekenhuizen over te nemen, dokters onder curatele te zetten, visitetijd in te korten, de arbeidsuren van artsen te verhogen, doorverwijzingen in te dammen, standaardbehandelingen voor te schrijven, eigen risico’s in te voeren, vergoedingen te beperken, te hoge rekeningen in te dienen (‘code up’) bij de Federale overheid en de ziekenhuisadministratie te centraliseren. Door verpleegsterstaken op te delen werd een proces van *deskilling* ingezet en werd de deur opengezet voor niet-gekwalificeerde, onbevoegde hulpverplegers voor ‘routine-activiteiten’. Nergens ter wereld werd de ziekenhuisopnametijd zo ingekort als in de VS.[[3]](#endnote-3)

Wat het efficiënt? Er ontstond een strijd om de gezonde klanten die het minste gebruik zouden maken van de voorzieningen. Tegelijk steeg het aantal onverzekerden in de VS tot 41 miljoen in 1998, tien miljoen kinderen waren niet verzekerd. In een scheef zorgsysteem werden velen buitengesloten. De administratielasten stegen exponentieel, omdat medische zorg zich toch niet zo gemakkelijk laat vangen in aan de industrie ontleende tayloristische modellen. Het eigen oordeel van artsen en verplegers was niet uit te schakelen. De individuele keuzevrijheid van cliënten was een belangrijk ideologisch motief voor verdergaande vercommercialisering, maar verhoogde de kosten. Het alternatief is een overzichtelijk standaard-pakket voor universele handelingen in een algemeen toegankelijk systeem voor alle verzekerden. Noch de Clinton-administratie, noch de Democratische president Obama is in staat geweest door dit commerciële systeem heen te breken. Naast het administratieve systeem waarin alles gecontroleerd en voorgeschreven werd, zijn de opmars van dure hyper-specialisten, de geldvretende reklamecampagnes (bestendiging van marktmacht), de buitenproportionele beloning voor de CEO’s (soms in de multimiljoendollar categorie) en, met instemming van de overheid, winstuitkeringen van 16 procent of meer, redenen waarom de kapitalistische remedie voor kostenbeheersing in de zorg niet werkt.

Bertus Mulder

http://www.wbs.nl/opinie/all/perverse-prikkels-de-gezondheidszorg.

1. Robert Kuttner, Everything for Sale. The virtues and limits of markets, New York, 1998, p. 18. [↑](#endnote-ref-1)
2. Confronting Costs. Stabilizing U.S. Health Spending While Moving toward a High Performance Health Care System, The Commonwealth Fund Commission, January 2013, p. 13. [↑](#endnote-ref-2)
3. Seymour Melman, After Capitalism. From managerialism to workplace democracy, New York, 2001, 326. [↑](#endnote-ref-3)