

Marktwerking in de zorg: privatisering en empathie

Margo Trappenburg

The Care Crisis* Emma Dowling

*What Caused It and How Can We End It?

more

De oplossing voor het snel groeiende zorgstelsel in de jaren negentig werd gezocht in het verlagen van de prijs van zorg, niet het terugbrengen van de hoeveelheid zorg. [Margo Trappenburg](#) laat in haar bespreking van Emma Dowlings *The Care Crisis* zien tot welke horrorscenario's de keuze voor goedkopere zorg heeft geleid.

The Care Crisis* Emma Dowling

*What Caused It and How Can We End It?

Emma Dowling, *The Care Crisis: What Caused It and How Can We End It?* (Verso 2021), 256 blz.

Dit essay verscheen in dNBg 2021#6

Eind jaren tachtig, begin jaren negentig deed ik promotieonderzoek naar wat toen in Nederland het 'keuzen in de zorg'-debat werd genoemd. We besteedden in Nederland een steeds groter percentage van het bruto binnenlands product aan zorg en er was een breed gedeeld gevoel dat dit niet eindeloos kon doorgaan, omdat de zorg op termijn onbetaalbaar dreigde te worden. In die tijd werd gesproken over de introductie van een eigen schuld criterium – kon je rokers en alcoholisten uitsluiten van bepaalde behandelingen omdat zij hun gezondheid willens en wetens in de waagschaal hadden gesteld? –, over selectie op basis van leeftijd – kon je ouderen bepaalde behandelingen ontzeggen omdat zij al een leven achter de rug hadden en jongeren nu prioriteit zouden moeten hebben? – en over meer en minder noodzakelijke zorg – bijvoorbeeld cosmetische chirurgie of in-vitrofertilisatie. Dergelijke maatregelen zouden moeten leiden tot een afname van het aantal medische of zorgbehandelingen.

Er werd ingezet op het terugbrengen van de *prijs* van zorg, door enerzijds de introductie van marktwerking en anderzijds een beroep op naastenliefde en empathie.

Afgezien van wat bescheiden pogingen om het basisverzekeringspakket (destijds het ziekenfondspakket) beperkt te houden, werd uiteindelijk echter niet gekozen voor het beperken van het *volume* aan zorg. Wat er wel gebeurde komt voor de Nederlandse situatie vrijwel overeen met de Britse, die mooi is beschreven door socioloog en politicoloog Emma Dowling in *The Care Crisis: What Caused It and How Can We End It?* (2021). Er werd ingezet op het terugbrengen van de *prijs* van zorg, door enerzijds de introductie van marktwerking – wat de zorg goedkoper moest maken – en anderzijds een beroep op naastenliefde en empathie – waardoor een deel van de zorg in het vervolg gratis zou worden geleverd. Denk voor Nederland bij dat laatste aan de introductie van de 'zorgzame samenleving' door CDA-minister Elco Brinkman in de jaren tachtig of aan de stapsgewijze invoering van de 'participatiesamenleving' in de eenentwintigste eeuw. Engeland kende de 'Big Society', een vergelijkbaar ideaal dat vooral werd gepropageerd door de conservatieve premier David Cameron (2010-2016).

Marktwerking in de zorg

Er is in Nederland vaak op gewezen dat marktwerking de zorg niet noodzakelijk goedkoper maakt. Marktwerking leidt tot investeringen in de buitenkant van ziekenhuizen en zorginstellingen: mooie parkeergarages, marmeren trappen, ontvangstruimtes met vriendelijke receptionisten en luxe cappuccino-apparaten. Op een echte markt (bijvoorbeeld in supermarkten of op vakantieparken) moeten consumenten de chique inrichting en luxe afwegen tegen de kosten. In de markt van zorg en welzijn is dit maar heel beperkt het geval. Consumenten kiezen niet rechtstreeks voor de beste zorg in de mooiste ziekenhuizen, maar voor een zorgverzekeraar – die vervolgens probeert om hoogwaardige zorg tegen een zo laag mogelijke prijs in te kopen bij ziekenhuizen en andere leveranciers van zorg. Verzekeraars die een zogenaamd 'Aldi-pakket' samenstellen, kunnen hun klanten een lage premie bieden. De wet en de jurisprudentie hebben echter bepaald dat kiezen voor een Aldi-pakket de keuzevrijheid van de patiënt niet al te zeer mag beperken. Als een klant met een lage premie ziek

wordt en zich laat behandelen in een ziekenhuis waar de zorgverzekeraar om financiële redenen geen contract mee sloot, dan is de verzekeraar alsnog verplicht een groot deel van de kosten van die zorg te vergoeden.

In Engeland bestaat dit semigeprivatiseerde deel van marktwerking in de zorg niet. Vele jaren liberaal beleid en privatisering hebben de met belastinggeld gefinancierde National Health Service (NHS) onaangetaast gelaten. De Britten zijn daar trots op, en terecht – googel maar eens op 'Youtube Olympics London 2012 NHS' en bekijk de ontroerende ode in dans en muziek aan het Britse zorgstelsel, opgevoerd tijdens de openingsceremonie van de Olympische Spelen.

Consumenten kiezen niet rechtstreeks voor de beste zorg in de mooiste ziekenhuizen, maar voor een zorgverzekeraar – die vervolgens probeert om hoogwaardige zorg tegen een zo laag mogelijke prijs in te kopen bij ziekenhuizen en andere leveranciers van zorg.

Maar er zijn in Engeland ook delen van de zorg die niet onder de NHS vallen. Denk aan huishoudelijke hulp of hulp bij wassen, aankleden en eten voor kwetsbare ouderen of mensen met een beperking (de Nederlandse Wmo-zorg). De verdeling van dit type zorg gebeurt in Nederland en Engeland op vergelijkbare wijze: gemeenten schrijven een tender uit voor huishoudelijke hulp voor kwetsbare mensen, zorg- en welzijnsorganisaties kunnen daar vervolgens op intekenen, en de organisatie met het meest lucratieve voorstel wint de aanbesteding. Organisaties winnen meestal door te besparen op de loonkosten voor thuishulpmedewerkers, met name door geen reiskosten meer te vergoeden, te beknibbelen op de hoeveelheid beschikbare tijd per cliënt, of te werken met zzp'ers op oproepbasis in plaats van met vaste krachten – kortom: door de proletarisering of precarisering van werknemers. Deze constructie neemt nog ergere vormen aan als de zorgorganisatie wordt overgenomen door een private-equitybedrijf dat alleen geïnteresseerd is in het zo snel mogelijk realiseren van zo veel mogelijk rendement van aandeelhouders en nog minder oog heeft voor de belangen van werknemers.

Niet iedereen komt in aanmerking voor huishoudelijke hulp via de gemeente. Voor mensen met een hoger inkomen is het vaak aantrekkelijker om zelf huishoudelijke hulp te regelen, bijvoorbeeld door een (al dan niet inwonende) hulp te importeren uit het buitenland. Dowling staat ook stil bij de tragedie van deze constructie: vrouwen uit de Filippijnen die hun eigen kinderen achterlaten om in het buitenland te zorgen voor andermans kinderen of kwetsbare familieleden.

Prijsverlaging via empathie

Het verlagen van de zorgkosten via naastenliefde en empathie loopt, net als de introductie van marktwerking, langs meerdere wegen. Een eerste simpele manier is het inzetten van mantelzorg: voorheen zorgde de staat voor je kwetsbare ouders door opvang in een verzorgingshuis of zorg aan huis te bieden, nu mag je dit als volwassen zoon of dochter zelf doen. Dat is goedkoper voor de staat, maar ook – althans, zo wordt

het vaak voorgesteld – beter voor de kwetsbare ouders, die zo zorg op maat krijgen van hun dierbaren. Het zou ook mooi zijn voor de mantelzorgers zelf, die door te zorgen de band met kwetsbare familieleden kunnen verdiepen.

Dowling sprak voor haar boek met allerlei betrokkenen: betaalde thuiszorgmedewerkers, ingevlogen Filippijnse arbeidskrachten en mantelzorgers zoals Liz en Mick, twee zestigers die zorgen voor Micks oude moeder. Liz en Mick doen wat ze kunnen, maar ze vinden het zwaar. Micks moeder toonde nooit veel interesse in hen, en nu moeten ze een groot deel van hun leven opofferen om voor haar te zorgen? Liz adviseert haar eigen dochters alvast om vooral niet in haar buurt te blijven wonen, om ze een toekomst vol mantelzorg te besparen. Ze gaat zelf veel liever naar een verzorgingshuis dan haar kinderen te belasten.

Liz adviseert haar eigen dochters alvast om vooral niet in haar buurt te blijven wonen, om ze een toekomst vol mantelzorg te besparen. Ze gaat zelf veel liever naar een verzorgingshuis dan haar kinderen te belasten.

Het beroep op naastenliefde en empathie leidt in Groot-Brittannië, net als in Nederland, veelvuldig tot het inzetten van vrijwilligers op voorheen betaalde functies. Dat is regelmatig problematisch, bijvoorbeeld omdat het ertoe kan leiden dat betaalde functies worden uitgekleed: de wijkverpleegkundige mag nog wel infusen prikken en wonden verzorgen, maar het praatje, het kopje koffie en het potje scrabble met de patiënt worden overgelaten aan onbetaalde vrijwilligers. In perioden van grote werkloosheid (een groot deel van de analyse van Dowling gaat over de tijd net na de financiële crisis van 2008) is vrijwilligerswerk bovendien een vorm van 'hope labour'. Jonge mensen worden afgescheept met stageplaatsen, werkervaringsplaatsen en vrijwilligerswerk en accepteren al deze dubieuze arbeidsrelaties in de hoop dat er ooit ergens een reguliere baan ontstaat waar zij dan voor in aanmerking zullen komen.

In de categorie 'prijsverlaging via empathie' valt, alle vergezichten ten spijt, ook de brede trend van de de-institutionalisering van zorg. Waar kwetsbare mensen voorheen veelvuldig werden verzorgd in grootschalige verzorgingshuizen, bejaardenhuizen, instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking en psychiatrische ziekenhuizen, wordt opname in zo'n instelling nu vaak gepresenteerd als zwakgebod. Het zou veel beter zijn om kwetsbare mensen een zo normaal mogelijk leven te gunnen, in een gewoon huis in een gewone buurt, met zo veel mogelijk zorg door het eigen netwerk – niet alleen familie, maar bij voorkeur ook burens en kennissen. Behalve de potentiële overbelasting van mantelzorgers leidt dit vaak tot een verplaatsing van zorgkosten, aldus Dowling. Thuiswonende ouderen komen veel vaker ten val dan ouderen in een beschermde omgeving, en zij komen daardoor in toenemende mate terecht bij de spoedeisende hulp van het ziekenhuis, een ontwikkeling die we ook in Nederland zien. Wat de samenleving uitspaart aan kosten voor zorg in een verzorgingshuis komt dan terug als extra ziekenhuiszorg. Vergelijkbare verplaatsingseffecten kunnen optreden wanneer mantelzorgers als Liz en Mick besluiten om minder te gaan werken of daar helemaal mee te stoppen – dan loopt de staat inkomstenbelasting mis, en vallen er

mogelijk broodnodige arbeidskrachten weg. Stel dat Liz haar baan als docent opgeeft om voor Micks moeder te zorgen, is de staat dan nog steeds voordeliger uit?



De universiteit als publiek instituut voor belangeloze kennisvergaring is ten dode opgeschreven, aldus Peter Fleming. Onderzoeker en docent [Joost de Bloois](#) moet hem met pijn in het hart gelijk geven.

In Nederland heeft de trend om kwetsbare mensen in gewone buurten te laten wonen geleid tot overbelasting van buurten met lagere inkomens. Grootschalige psychiatrische ziekenhuizen en instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking stonden vaak op A-locaties ergens in de bossen of op de hei, zonder rechtstreekse burens in de omgeving. Kleinschalige woonvormen voor mensen met een verstandelijke beperking of psychiatrische problemen worden nu bovengemiddeld vaak neergezet in armere wijken. Niet voor niets trok de koepelorganisatie van woningcorporaties Aedes recent aan de bel om deze ontwikkeling bespreekbaar te maken. Naastenliefde, praktische hulp en empathie worden vooral gevraagd van hun huurders, niet van de bewoners van villawijken in Wassenaar of Aerdenhout.

Prijs, verdeling, volume

We kunnen met Dowling concluderen dat het inzetten op prijsverlaging via marktwerking de crisis in de zorg alleen maar heeft verergerd. Dat is dus niet de kant die we op moeten. Maar welke dan wel?

Dowling is kritisch op allerlei 'quick fixes'. Investeren in zelfzorg (gezond eten, manicure, lifecoach, et cetera) berust te veel op individueel initiatief. Voor veel mensen zijn zelfzorgservices bovendien te duur. In Engeland wordt nu veel verwacht van 'caring capitalism', het investeren in zogenaamde 'social impact bonds' door kapitaalkrachtige bedrijven. Bedrijven spreken dan een doelstelling af met een organisatie op het terrein van zorg en welzijn. Bijvoorbeeld: het aantal daklozen reduceren met x (aantal of percentage), of het percentage mensen met diabetes in wijk y terugbrengen met x procent. Met het geld van het bedrijf gaat de betreffende organisatie dan aan de slag om het afgesproken doel te realiseren. Ook deze oplossing kan Dowling niet bekoren, gedesillusioneerd als ze is over de ervaringen met de introductie van marktwerking in de zorg.

Het genderspect verklaart een deel van de huidige crisis. Helpt het ons misschien ook een uitweg te vinden?

Naast de generationele en sociaaleconomische perspectieven die ze biedt, heeft Dowling door haar achtergrond in de feministische economie een scherp oog voor de genderaspecten van de geschetste problematiek en oplossingen. Ze signaleert dat de meerderheid van de betaalde werknemers in de thuiszorg vrouw is. Zorgverleners met een migratieachtergrond zijn meestal vrouwen, en ook het merendeel van de onbetaalde zorg wordt door vrouwen geleverd, zowel mantelzorg als vrijwilligerswerk. Dowling signaleert dat oververtegenwoordiging van vrouwen het proces van proletarisering in de betaalde zorg en de vervanging van betaalde arbeid door vrijwilligerswerk heeft bevorderd. Mannen zouden vermoedelijk veel sneller op de rem hebben getrapt en hebben aangekaart dat de huur, de hypotheek en het eten van de kinderen niet kunnen worden betaald van een (sub)minimumloon of een vrijwilligersvergoeding. Het genderaspect verklaart dus een deel van de huidige crisis. Helpt het ons misschien ook een uitweg te vinden? Stel dat vrouwen in de toekomst het aanbod om verder te werken voor een hongerloon of helemaal gratis zouden afwijzen, stel dat zij zich niet meer zouden laten chanteren met het argument dat ze daarmee de kwetsbare patiënt in de steek laten, zouden zorgverleners dan voortaan goed (of normaal) betaald worden? Het zou verdere personeelstekorten in de zorg kunnen tegengaan, al zou het de zorg natuurlijk niet goedkoper maken.

Is het überhaupt wel mogelijk om zorg goedkoper te maken? Dowling raadt ons aan om zorg te zien als een belangrijk onderdeel van het leven en een waardevolle activiteit. Zorg beslaat een groot deel van de economie en dat kan ook niet anders. Betaalde zorgverleners hebben bovendien recht op goede werkomstandigheden. Dat betekent onder andere dat zorginstellingen moeten worden beschermd tegen verdere vermarkting en kapitalisering. Misschien moeten we accepteren dat de zorg een groot en groeiend deel van het bruto binnenlands product zal blijven opslokken, ook vanwege de vergrijzing van de bevolking. En misschien is dat minder een probleem dan we meenden in de jaren tachtig: geld dat we investeren in zorg (een sociaal goed) kunnen we immers niet besteden aan vliegvakanties of nieuwe kleren (consumptiegoederen). Tijdens de coronacrisis is al een begin gemaakt met het verplaatsen van personeel vanuit de luchtvaart en detailhandel naar de zorg. Wat als we hier na corona mee door zouden gaan?

Betekenen deze bewegingen het begin van het einde van de crisis in de zorg? Het valt te betwijfelen. Hoogstens kunnen we concluderen dat sleutelen aan de prijs van de zorg alleen geen soelaas biedt. We zijn immers weinig opgeschoten met selectieve verzekeringspakketten, onderbetaalde krachten en ingevlogen buitenlandse hulp, en we plaatsen terecht vraagtekens bij de groeiende inzet van mantelzorg en vrijwilligers. Misschien leidt dit alles ons wel terug naar een nieuwe fundamentele discussie: niet over de prijs, maar over het volume van de zorg.

De eeuwige vraag

De coronacrisis heeft laten zien dat ons zorgstelsel nauwelijks reserves heeft, bijvoorbeeld waar het ging om bedden op de intensive care. Dat schrijnende tekort is een effect van de introductie van marktwerking en rendementsdenken. Moeten we in de

toekomst meer reservecapaciteit aanhouden? Hoeveel meer? En hoeveel zijn we bereid om daarin te investeren?

Er zijn recent indrukwekkende verbeteringen gerealiseerd in de zorg voor kankerpatiënten. Voor lang niet alle patiënten betekenen de nieuwe behandelingen echter dat zij zullen genezen. Hoeveel geld hebben we over voor een kankerbehandeling die het leven een jaar verlengt? En voor een behandeling die zes maanden oplevert? Drie maanden? En als we voor dergelijke behandelingen gewoon over hebben wat ze maar kosten, geldt dat dan voor iedereen? Ook voor kankerpatiënten van negentig, tachtig, of vijfenzeventig?

Moeten we in de toekomst meer reservecapaciteit aanhouden? Hoeveel meer? En hoeveel zijn we bereid om daarin te investeren?

In de jaren tachtig wierp de Amerikaanse bio-ethicus Daniel Callahan (1930-2019) deze vragen op in *Setting Limits: Medical Goals in an Aging Society* (1987). Callahan betoogde dat de vraag naar zorg in principe oneindig is: we kunnen technologie ontwikkelen om honderdtien of honderdttwintig jaar oud te worden, we kunnen proberen om alle tachtigers de negentig te laten halen, maar we moeten ons afvragen of we dat ook echt willen. Callahan pleitte voor een 'natural life span' die ongeveer loopt tot vijfenzeventig. Wie daarna nog gezond en fit is, leeft door zolang het kan, maar wie boven die leeftijd een ernstige ziekte krijgt zou wellicht moeten willen afzien van allerlei behandelingen (bijvoorbeeld om te genezen van kanker om twee jaar later alsnog dement te worden). Volgens Callahan zouden veel ouderen – mocht de vraag ze echt worden gesteld – afzien van kostbare medische interventies, omwille van hun kinderen, kleinkinderen en de generatiegenoten van hun (klein)kinderen. Je vraagt je af: hebben we de door dat boek opgeworpen vragen eigenlijk ooit serieus geprobeerd te beantwoorden? Ze zijn namelijk actueler dan ooit.