

SPANNING

DE ZORG ONZE ZORG



UITGAVE VAN HET WETENSCHAPPELIJK BUREAU VAN DE SP

Verschijnt 11 keer per jaar, jaargang 11, nummer 1, januari 2009

DE ZORG ONZE ZORG

Terwijl er in de Verenigde Staten politici zijn die voorzichtig aankondigen op hun schreden terug te willen keren, lijkt dat in ons land nog een brug te ver. Nog niet iedereen ziet in dat het echt een foute gedachte is om de zorg afhankelijk te maken van de winst die er mee verdiend kan worden. Zorg is een maatschappelijke activiteit die nodig is om het leven van vrijwel iedereen te redden of te veraangename.

Daarom zou de zorg niet als een gewone economische activiteit moeten worden behandeld. Over de aanschaf van een auto kun je onderhandelen, een restaurant waar je wilt eten kun je op je gemak uitzoeken, maar je behoefte aan zorg is vrijwel niet van tevoren te bepalen. Onderhandelen daarover is daarom vrijwel altijd onmogelijk.

Ook aan de werkzaamheden in de zorg kleven grote bezwaren als de gemaakte winst bepalend is. Een ziekenhuis moet bijvoorbeeld dagelijks worden schoongemaakt. Gebeurt dat door mensen die de opdracht krijgen dat het zo hygiënisch mogelijk gebeurt of door mensen die in zo kort mogelijke tijd zoveel mogelijk geld voor het schoonmaakbedrijf moeten verdienen? Dat is de vraag waar het om gaat.

Vanuit het perspectief van de patiënten en vanuit het perspectief van het zorgpersoneel is de vermarkting geen goede zaak. De SP is wat dit betreft nog te veel een roepende in de Haagse woestijn.

Toch kan dat beeld snel kantelen. Zo stelde voorzitter Edith Snoeij van ABVAKABO FNV onlangs: "Als we nu geen pas op de plaats maken, zijn we te laat en zitten we straks met een enorm personeelstekort. Neem een adempauze, onderzoek het en ga eerst de effecten op een rijtje zetten!" Die handschoenen nemen we op. Deze Spanning is grotendeels gewijd aan de gevolgen van de marktwerking voor de zorg, en dat is geen vrolijk verhaal.

Hopelijk kan de vakbeweging haar voordeel doen met ons onderzoek, dan hoeft ze niet zo lang te wachten. De grote vraag is dan natuurlijk wat ermee gebeurt.

Heel wat vrolijker worden we van de activiteiten van onze Duitse burens. Diederik Olders en Hans van Heijningen spraken met Martina Michels, de vice-voorzitter van de Die Linke-fractie in het parlement van Berlijn. Zij stelden haar vooral de vraag: "Een grote stad als Berlijn financieel saneren zonder de mensen een oor aan te naaien, kan dat?"

2009 is onder andere het Darwinjaar. Het is dit jaar twee eeuwen geleden dat Charles Darwin werd geboren en 150 jaar geleden dat zijn geruchtmakende *Het ontstaan der Soorten* verscheen. Zijn gedachtegoed dat de ontwikkeling gaat via strijd heeft de wereld veroverd nadat het eerst heftige weerstand vanuit religieuze kringen moest overwinnen. Tegenwoordig zijn er weer religieuze kringen die hun achterhoedegevecht nieuw leven willen inblazen. Misschien wel door de felle strijd die aanhangers van de ontwikkeling door evolutie moesten voeren, is een andere gedachte op de achtergrond geraakt. De gedachte dat niet alleen strijd maar ook samenwerking van belang is voor ontwikkeling. De Russische anarchist Kropotkin schreef daar een mooi boek over, dat door de Nederlandse revolutionair Domela Nieuwenhuis in 1922 is gepopulariseerd. In het Rijke Rooie Leven laat Sjaak van der Velden zien hoe het inzicht dat samenwerking van belang is voor mensen, goed aansluit bij het streven naar solidariteit door socialisten.

Rectificatie

Herman Damveld die in de eerdere Spanning een artikel over kernenergie schreef, laat weten dat hij geen lid is van het Platform tegen kernenergie. Hij is "zelfstandig onderzoeker en publicist".

INHOUD

3	DE VERMARKTING VAN DE NEDERLANDSE ZORG
7	EUROPESE ZORGWET
10	MARKT IN AWBZ
12	OMZET OP DE MARKT: IN DE ZORG EEN CONTRADICTIE IN TERMINIS
14	"NIET AMERIKAANSE, MAAR NEOLIBERALE TOESTANDEN"
17	MARKTWERKING IN DE GGZ PAKT DESASTREUS UIT
20	ZORG EN WELZIJN, GEEN WINST! DE ZORGSECTOR IN VLAANDEREN
21	"ER IS GEEN STANDAARDRECEPT VOOR LINKS STADSBESTUUR IN TIJDEN VAN CRISIS"
25	HET RIJKE ROOIE LEVEN
28	COLUMN

COLOFON

Spanning wordt uitgegeven door het Wetenschappelijk Bureau van de SP. Een abonnement kost 12 euro per jaar voor SP-leden en 25 euro voor niet-leden. De betaling gaat per incasso.

Abonnementenadministratie

Vijverhofstraat 65

3032 SC Rotterdam

T (010) 243 55 40

F (010) 243 55 67

E administratie@sp.nl

Redactieadres

Vijverhofstraat 65

2032 SC Rotterdam

T (010) 243 55 35

F (010) 243 55 66

E spanning@sp.nl

Redactie

Ineke Palm (gasthoofredacteur)

Diederik Olders

Sjaak van der Velden

Redactieraad

Hans van Heijningen

Tiny Kox

Ronald van Raak

Arjan Vliegenthart

Basisontwerp

Thonik en BENG.biz

Vormgeving

Robert de Klerk

Gonnie Sluijs

Antoni Gracia

Illustraties

Len Munnik

Foto cover

Bas Stoffelsen



DE VERMARKTING VAN DE NEDERLANDSE ZORG

Tekst: Ineke Palm

De Amerikaanse hoogleraar Theodore Marmor, specialist in de gezondheidszorg in de VS en een aantal westerse landen, toonde zich verbijsterd dat de Nederlandse regering de ziektekosten ging privatiseren zonder te leren van de mislukkingen elders in de wereld.¹ Marmor komt zelf uit een land waar privatisering en marktwerking in de zorg het verst zijn doorgevoerd. De kosten zijn hier relatief hoog (16 procent BNP), veel ernstiger is nog dat 47 miljoen mensen (16 procent) niet zijn verzekerd. Marmor heeft zich als topadviseur jarenlang ingezet voor een hervorming van het Amerikaanse stelsel. In de staat Massachusetts is een hervorming ingezet naar meer overheidsregulering. Het doel is de kosten te reduceren en de kwaliteit te verbeteren. Het paradoxale is dat Nederland met hetzelfde doel een omgekeerde beweging aan het maken is, namelijk richting vermarkting en deregulering. Een beweging die begonnen is in 1987 met oud-Philips topman Dekker, deels overgenomen door staatssecretaris Simons (PvdA) en de paarse kabinetten. Maar pas onder het vorige kabinet met minister Hoogervorst (VVD) kwam de vermarkting goed op gang.



Wat betekent vermarkten van de zorg?

Vermarkting is het terugtrekken van de overheid, minder regels en meer overlaten aan de marktpartijen. De marktpartijen zijn de zorgverzekeraars, de zorgaanbieders en de zorgvragers. Het sleutelwoord is concurrentie. Concurrentie tussen zorgaanbieders en concurrentie tussen verzekeraars. Het doel is dat door marktwerking een optimale prijs en kwaliteit tot stand komen.

Gereguleerde marktwerking

In de zorg is sprake van gereguleerde marktwerking waarbij de overheid kaders stelt om publieke belangen te borgen, namelijk de kwaliteit, de solidariteit en de toegankelijkheid. Kennelijk is er toch niet alle vertrouwen in de markt. En terecht, de markt werkt niet met een gelijke of eerlijke verdeling van de middelen. Marmor: "Eerst zeggen de voorstanders van privatisering dat de overheid inefficiënt is en dan eisen ze van diezelfde overheid efficiënt en slim toezicht om de markt te laten werken."²

Asociale zorgverzekeringswet

De belangrijkste doorbraak was de nieuwe zorgverzekeringswet die in 2006 is ingegaan. Zorgverzekeraars moeten door zo goedkoop mogelijk inkopen van de zorg de premies laag houden om meer verzekerden te trekken. Zorgaanbieders moeten concurreren met elkaar door de

zorg voor een zo laag mogelijke prijs aan te bieden. Verzekerden kunnen shoppen tussen zorgverzekeraars. Zo zouden ze de verzekeraars dwingen tot het beste pakket tegen de laagste prijs. Wel stelt de overheid kaders, zo is er een breed basispakket, een verzekeringsplicht, een acceptatieplicht in combinatie met risicoselectie en premierestrictie, verevening en zorgtoeslag. Toch maakten velen zich zorgen over de oprukkende marktwerking.

Hoogleraar Rechtstheorie Dorien Pessers: "Concurrentie en rivaliteit doen hun intrede in een beroep dat zich altijd door collegialiteit heeft onderscheiden. De huisartsen die in de ogen van de zorgverzekeraars het beste presteren, verdienen het meest. De reputatie van de huisartsen wordt niet meer bepaald door de zorg- en kwaliteitseisen van de medische beroepsgroep maar door de financiële criteria van de zorgverzekeraars."³

Ook zorgverleners zelf vreesden toch de effecten van de marktwerking: aantasting van de solidariteit, tweedeling, te veel macht naar zorgverzekeraars, aantasting van de professionele onafhankelijkheid van de zorgverleners en inperking van de keuzevrijheid van patiënten.

Op 24 mei 2005 protesteerden vijftienhonderd zorgverleners op het Plein in Den Haag tegen de nieuwe zorgverzekeringswet. In slechts een week tijd werd een half miljoen protestkaarten verzameld bij 1.750 apotheken en 8.000 huisartsen.⁴

DBC's

Een belangrijk instrument voor marktwerking is de diagnose behandel combinatie (DBC) die in de ziekenhuiszorg en geestelijke gezondheidszorg werd doorgevoerd. Om concurrentie te faciliteren wordt de zorg omschreven in 'producten'. Daartoe wordt in elke DBC beschreven wat een patiënt met een bepaalde diagnose aan zorg krijgt en wat de totale kosten zijn. Elk DBC-product krijgt dus een prijskaartje. Het uiteindelijke doel is dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders vrij gaan onderhandelen over volume en prijs van de DBC's. In 2005 is men hier in de ziekenhuiszorg al mee gestart, voor circa tien procent van de omzet. In januari 2008 is het vrije segment opgehoogd naar 20 procent en in 2009 zal ongeveer eenderde van de omzet via vrije prijzen worden geregeld.⁵ In de GGZ is het vrije onderhandelen nog even uitgesteld. De invoering van DBC's heeft tot veel verzet bij specialisten en vooral bij GGZ-werkers geleid. Uit een groot onderzoek in de GGZ bleek dat negen van de tien werkers willen stoppen met de DBC's.⁶

Winstoogmerk

Winst uitkeren is tot nu toe in de zorg verboden, behalve in de thuiszorg. Minister Hoogervorst heeft ziekenhuizen het perspectief gegeven dat ze op zijn laatst in 2012 winst mogen maken en uitkeren. Ziekenhuizen lopen hier al op vooruit door zelfstandige behandelcentra op te richten vooral op het gebied van de eenvoudig planbare zorg zoals dermatologie, orthopedie en plastische chirurgie. De volgende stap is van het hele ziekenhuis een BV te maken.⁷

De Nederlandse Zorgautoriteit (Nza) wil experimenten gaan doen met het toelaten van winstoogmerk in ziekenhuizen maar ziet ook veel risico's. Als het misgaat zouden overheid en toezichthouders moeten ingrijpen. Vreemd, merkt sociologe Evelien Tonkens op: "Het belangrijkste motief voor marktwerking was dat overheid en toezichthouders te machteloos zouden zijn om de zorg te sturen."⁸

Tijdens de begrotingbehandeling voor 2009 maakte ook het CDA zich zorgen over de zorgaanbieders die uit zijn op het maximaliseren van de omzet. Ze zouden een eenzijdige economische oriëntatie hebben. Ook de ongebreidelde fusiedrang en private investeerders die noodlijdende ziekenhuizen willen overnemen, baarde het CDA zorgen. Het CDA stimuleerde marktwerking maar als de spelers zich als marktpartijen gaan gedragen, mag het blijkbaar niet meer.⁹

De SP heeft tijdens dezelfde begrotingsbehandeling een motie ingediend om vast te houden aan het winstverbod. Indien winst uitgekeerd mag worden aan aandeelhouders, kunnen andere belangen dan directe gezondheidsbelangen de boventoon gaan voeren. De motie werd niet gesteund door het CDA en de PvdA. De opmars van particuliere investeerders in de zorg is al een paar jaar sluipenderwijs gaande, sinds de invoering van de marktwerking. Er zijn veel plannen om ziekenhuizen geheel of gedeeltelijk te privatiseren. Consultancybedrijven die ziekenhuizen helpen die zich willen wapenen voor de concurrentie, spelen daarin een cruciale rol. Private investeerder beschouwen de gezondheidszorg als een lucratieve sector.¹⁰

Mei 2005: Vijftienhonderd zorgverleners, vooral veel huisartsen, demonstreren in Den Haag tegen de nieuwe zorgverzekeringswet



De mythen van de marktwerking in de zorg

De marktwerking zou de oplossing zijn voor de wachtlijsten in de zorg.

Het klopt dat mensen die recht op zorg hadden die in het oude stelsel niet kregen als het geld op was. Dat kwam omdat de budgetten niet waren afgestemd op de zorgbehoefte. Toen er in de laatste jaren van Paars II wel extra geld kwam voor extra productie konden de wachtlijsten worden aangepakt. Uit internationale vergelijking blijkt dat de aanwezigheid van wachtlijsten vooral verband houdt met de capaciteit en de uitgaven aan de zorg. Niet met het ontbreken van marktwerking.¹¹

De marktwerking zou de oplossing zijn voor de bureaucratie in de zorg.

Om te controleren of alles goed gaat en het publieke belang goed geborgd wordt, moet juist een heel controle-apparaat worden opgezet, dure managers en tussenlagen om dit allemaal in stand te houden.¹²

Ook in een groot onderzoek onder werkers in de GGZ geven de zorgverleners aan dat de marktwerking leidt tot meer bureaucratie.¹³

Uit Amerikaans onderzoek blijkt dat bij de publieke Medicare 3 procent administratiekosten zijn, bij particuliere zorgverzekeraars 15-20 procent.

De marktwerking zou leiden tot meer keuzevrijheid voor patiënten.

De zorg is geen auto, waar je eerst de markt goed afzoekt. Zorg is acuut. Voor de beoordeling van wat je nodig hebt, heb je professionele zorgverleners nodig die als het goed is met jou beoordelen wat moet gebeuren. Natuurlijk is



Foto: Bas Stoffelsen

het goed als de patiënt beter geïnformeerd en mondiger is, maar keuzevrijheid hier is een illusie. De patiënt wil zorg op maat, snel en toegankelijk. Bovendien wordt de keuzevrijheid minder. Je zit vast aan bepaalde zorgverleners waar contracten mee zijn afgesloten. Zorgverzekeraars gaan steeds meer bepalen wat goed voor je is. De keuze wordt ook minder vanwege de fusies.

De marktwerking zou de oplossing zijn voor inefficiëntie in de zorg.

Dat marktwerking leidt tot goedkopere zorg is nooit ergens bewezen, integendeel. Uit allerlei Amerikaans onderzoek blijkt dat de commerciële ziekenhuizen minder efficiënt zijn dan de niet-commerciële (non-profit). Dat valt onder meer te verklaren uit meer bureaucratie, hogere salarissen van managers en winstgerichtheid.¹⁴ Het gehele Amerikaanse systeem is meer gericht op financieel gewin dan op medische behoeften. Er is zowel sprake van onder- als overbehandeling. Onderzoekers berekenden dat tussen een vijfde en een derde van de uitgaven niet bijdragen aan de verbetering van de zorg. Economische prikkels blijken wel te werken maar op de verkeerde manier. Artsen gedragen zich als ondernemers.¹⁵ De meeste commerciële ziekenhuizen blijken bovendien minder te presteren dan ziekenhuizen zonder winstoogmerk.¹⁶

Ook in Nederland lijkt de markt de zorg vooralsnog niet goedkoper te maken. Er gaat veel geld op aan controlerende functies, meer management, promoten en profileren om de concurrentie de baas te blijven. DBC's lijken de zorg eerder duurder te maken onder meer vanwege upcoding (het toekennen van een zwaardere diagnose dan reëel is).

Concurrentie werkt samenwerking tegen, is hier tegen-

strijdig mee. Terwijl in de zorg samenwerking juist belangrijk is en kan leiden tot meer efficiëntie. Kortom, de marktwerking lijkt vooral voordelig voor topmanagers die hoge salarissen kunnen opstrijken.

De marktwerking zou leiden tot meer kwaliteit en prikkels voor betere zorg.

Het marktprincipe betekent zo veel mogelijk zorg tegen een zo laag mogelijke prijs. De concurrentie zou ook om de kwaliteit moeten gaan maar gaat in de praktijk vooral om de prijs. Bezuinigd wordt vervolgens op het personeel: arbeidsvoorwaarden, opleiding, kwalificatie. Dat zag je in de thuiszorg en kraamzorg en zie je weer bij de Wmo. Dat zie je in de ziekenhuiszorg en de GGZ. In het GGZ-onderzoek ervaart 89 procent een verslechtering van de arbeidsomstandigheden. Veelal zie je dat op korte termijn wordt gedacht en dat dure maar effectieve (en dus op de lange termijn geldbesparende) behandelingen niet meer vergoed worden omdat deze te hoge kosten met zich meebrengen. Zowel de innovatie als de preventie staan onder druk. Zij dragen niet bij aan de omzet op korte termijn en leveren dus geen geld op.

Mensen zijn geen producten, toch dreigt met de marktwerking de zorg op maat verloren te gaan en gaan we richting confectiezorg. Geldstromen gaan de keuzes bepalen; eerder gericht op kwantiteit (productie) dan op kwaliteit.

De menselijke maat verdwijnt. De instellingen worden grote fabrieken en de kleinschaligheid staat onder druk. De financiële prikkels werken op de verkeerde manier: meetbaarheid en controle worden de maat voor goede zorg. In de zorg draait het niet meer om de mens maar om productie, procedure en profilering.

De solidariteit zou door marktwerking niet in gevaar komen

In de nieuwe zorgverzekeringswet is gekozen voor minder solidariteit. Allereerst door het loskoppelen van premie en het inkomen. Iedereen betaalt dezelfde premie of je nu miljonair bent of in de bijstand zit. De toegankelijkheid van de zorg is verminderd. Het aantal onverzekerden neemt toe. Een deel van de noodzakelijke zorg is in de aanvullende verzekering gebracht. Een groot aantal mensen is niet of onvoldoende aanvullend verzekerd. Ook eigen bijdragen leiden tot afzien van zorg.

De markt richt zich steeds meer op lucratieve zorg waar veel aan te verdienen valt, dat zie je al bij de tandzorg. Er dreigt risicoselectie. Bijvoorbeeld in de GGZ. Zorg voor chronisch zieke mensen staat onder druk. Deze groep brengt geen geld op. Beschikbare zorg gaat vooral naar groepen die goed scoren, die goed in de markt liggen. Er is een afschuifstelsel van patiënten die minder aantrekkelijk zijn. Wie het zich kan veroorloven kan naar de commerciële zorg. Daarnaast zijn er veel voorbeelden van voorrangszorg. Voor bedrijven en voor verzekerden.¹⁷

In november 2008 kwam het zorgbemiddelingsbureau *Quality Medical Services* in opspraak. Het bureau garandeert tegen extra betaling voordringen op de wachtlijst in een aantal Nederlandse ziekenhuizen, waaronder het Kennemer Gasthuis in Haarlem. In ruil daarvoor krijgen ziekenhuis en specialist samen een extraatje van 900 euro per patiënt. Agnes Kant hierover: "Dit zorgt voor tweedeling en voorkruipzorg. Mensen met meer geld krijgen

hierdoor een slechtere behandeling dan mensen die niets kunnen missen, maar er mogelijk wel slechter aan toe zijn.” Volgens Kant is dit een rechtstreeks gevolg van de invoering van de marktwerking en het nieuwe stelsel. “Wie markt zaait moet niet verbaasd opkijken als we dergelijke uitwassen oogsten.”

Hoe dan?

De gekozen weg van vermarkting ondermijnt de kwaliteit, gelijke toegankelijkheid en solidariteit, die nu juist de morele pijlers in ons zorgstelsel zijn. De zorg is een publieke zaak en dient te steunen op democratische legitimiteit, moraliteit en algemeen belang. De markt kent deze waarde niet en kan dit dus niet garanderen.¹⁸ Zo kan de minister geregeld niet ingrijpen en ontbreekt de democratische legitimiteit. Een goede concurrentiepositie wordt bevochten over de rug van de werknemers, terwijl topmanagers in weelde baden. Hier ontbreekt de moraliteit. Concurrentie en winstbejag brengen ook de langetermijnbelangen en de samenhang in de zorg in gevaar en

Ziekenhuizen in gevaar

De toenemende concurrentie en terugtrekkende overheid vormen voor met name de kleinere ziekenhuizen een groot risico.

Bijvoorbeeld de kapitaallasten die de ziekenhuizen vanaf januari 2008 zelf moeten betalen. Daardoor is bijvoorbeeld het Vlietlandziekenhuis in Schiedam-Vlaardingen in grote financiële problemen. In zwaar weer zitten ook de Sionsberg in Dokkum, de Oosterscheldeziekenhuizen in Goes en de IJsselmeerziekenhuizen.

Henk van Gerven die zich als Kamerlid nadrukkelijk inzet voor de kleine ziekenhuizen: “De kleine ziekenhuizen dreigen het loodje te leggen in deze concurrentieslag. Waar vroeger samenwerking voor de hand lag, zien we nu doorgaande fusies en private overnames zoals bij de IJsselmeerziekenhuizen. Het wachten is op het eerste faillissement van een ziekenhuis. Wat mij betreft draaien we per direct de liberalisering van de kapitaallasten terug. Dat voorkomt dat er vanwege financiële problemen verkeerde bouwplannen tot stand komen of dat er niet gebouwd wordt.”

Veel bouwplannen van ziekenhuizen lopen momenteel ook vertraging op omdat banken mede door de kredietcrisis geen lening willen geven. Volgens het adviesbureau KPMG moet de overheid het mogelijk maken dat ziekenhuizen makkelijker geld kunnen lenen. Eerder zei de Nederlandse zorgautoriteit al dat de overheid garant moet staan voor leningen.

Omdat ziekenhuizen te weinig geld hebben voor innovatie, zoeken ze naar kapitaal van buitenaf. Bijvoorbeeld het Maasstadziekenhuis in Rotterdam, het Hofpoortziekenhuis in Woerden en het Weertse St. Jans ziekenhuis. De IJsselmeerziekenhuizen zijn overgenomen door de commerciële MC Groep van investeerder Loek Winter. Het Amsterdamse Slotervaartziekenhuis is twee jaar geleden in handen gekomen van Meromi Holding.¹⁹

De SP heeft zich in de Kamer steeds verzet tegen de privatisering. Private partijen hebben minder oog voor de lange termijn en financiële belangen kunnen een belangrijker rol gaan spelen dan gezondheidsbelangen. Zeker als straks winsten uitgekeerd mogen worden.

daarmee het algemeen belang. Daarom moeten we terug naar een solidair ziektekostenstelsel met inkomensafhankelijke premies en een verbreding van het draagvlak van de AWBZ. Zodat we die solidariteit met zijn allen beter kunnen opbrengen. De overheid moet haar verantwoordelijkheid terugnemen en zorgen voor een eerlijke verdeling van de zorg op basis van medische criteria. Het verlenen van voorrang op andere dan strikt medische gronden tast het fundamentele principe van de solidariteit en gelijkwaardigheid in de zorg aan.

We pleiten niet voor een overheid die alles regelt. De zorg moet terug naar de werkers in frontlinie van de zorg. Minder controle van bovenaf, minder lagen in het bestuur en meer zeggenschap op de werkvloer. We moeten de terugkeer van zelfrespect en beroepseer bevorderen. Er zijn voldoende mensen in de zorg die hun verantwoordelijkheid durven nemen. Bijvoorbeeld door het vaststellen van standaarden en richtlijnen, door het tegenspel te bieden aan de toenemende druk van zorgverzekeraars of aan de beïnvloeding door de farmaceutische industrie. We moeten af van de marktaal zoals cliënt, product, productieverhoging, enzovoorts. Dat biedt de professionals geen normatief houvast bij de dagelijkse beslissingen over de inhoud van de zorg. Financiële prikkels en marktdenken sluiten ook niet aan bij de motivatie en bezieling van de meeste professionals en ze zijn funest voor de arbeidsmotivatie.

Het is noodzakelijk dat er een tegenbeweging komt tegen het ongefundeerde geloof in de heilzaamheid van de markt. In het najaar van 2004 is op initiatief van Agnes Kant en een honderdtal deskundigen uit de zorg het actiecomité *Zorg geen Markt* opgericht. Dit actiecomité heeft op dit moment de steun van bijna 15.000 werkers uit de zorg. Het moet weer gaan om de mens in plaats van om het geld. Goede zorg voor iedereen, gebaseerd op solidariteit. De zorg is geen markt. De zorg is van ons!

- 1 NRC handelsblad, 25 september 2004
- 2 NRC handelsblad, 25 september 2004
- 3 Brink van de G, Jansen T., Pessers D., *Beroepseer. Waarom Nederland niet goed werkt*, 2005.
- 4 www.zorggeenmarkt.nl
- 5 Minister van VWS. *Brief aan de Tweede kamer*, 18 juli 2008 (29248, 49 en 50)
- 6 Palm I. et al., *De GGZ ontwricht*, oktober 2008.
- 7 NRC handelsblad, 22 april 2006
- 8 Evelien Tonkens, ‘Roekeloos avontuur in ziekenhuis’, *De Volkskrant*, 27 augustus 2008
- 9 NRC handelsblad, 6 november 2008
- 10 *De Volkskrant*, 31 december 2008.
- 11 ‘Tackling Excessive Waiting Times for Elective Surgery: a comparison of Policies in Twelve Countries’, *OECD Health Papers*, 2003.
- 12 Kant A, Palm I., *Van minder bureaucratie naar meer zorg*, november 2003.
- 13 Palm I. et al., *De GGZ ontwricht*, oktober 2008.
- 14 Woolhandler & Himmelstein, *BMJ* 2007;335:1126-29.
- 15 Kuttner R., *Market-Based Failure – a second opinion on US Health Care Costs*.
- 16 Breemer ter Stege, J. en Breemer ter Stege, C., ‘Nederland bewandelt de verkeerde weg. Ziekenhuis-kapitalisme verslechtert zorg in Verenigde Staten’, *Medisch Contact* 61 (2006) 50: 2008-2010.
- 17 Palm I. et al., *De GGZ ontwricht*, oktober 2008.
- 18 Kant A., ‘Vermarkting ondermijnt de publieke zaak’, *De Volkskrant*, 9 september.
- 19 *Het Financieele dagblad*, 6 januari 2009.

EUROPESE ZORGWET

Tekst: Kartika Liotard en Jessica van Ruitenburg Kaders: Ineke Palm

Dankzij de inzet van de SP is in 2004 de gezondheidszorg buiten de dienstenrichtlijn (bijgenaamd de Bolkesteinrichtlijn) komen te vallen. Maar nu komt de Europese Commissie met een voorstel voor een nieuwe richtlijn over patiëntenrechten in grensoverschrijdende gezondheidszorg. In onze ogen lijkt dit verdacht veel op de terugkeer van de Bolkesteinrichtlijn door de achterdeur. Het zal ons toch niet gaan gebeuren dat onder het mom van patiëntenmobiliteit de Bolkesteinrichtlijn onze wetgeving binnensluipt.

De dienstenrichtlijn verplicht Europese lidstaten haar dienstenmarkt, zoals verkeer en energie, open te stellen voor de andere lidstaten. Deze richtlijn van voormalig Eurocommissaris Frits Bolkestein bepaalde dat al het dienstenverkeer in Europa zou worden geliberaliseerd, inclusief gezondheidszorg, milieu en onderwijs. De dienstverleners hoeven zich vervolgens alleen te houden aan de voorwaarden uit het land waar zij zelf gevestigd zijn.

Zelfs premier Balkenende sprak na het massale Nee tegen de Europese grondwet in 2005 uit dat de gezondheidszorg een nationale competentie is en niet goed past in de dienstenrichtlijn. Dankzij de inzet van de SP is in 2004 gezondheidszorg buiten de dienstenrichtlijn komen te vallen. Maar sindsdien doet de Europese Commissie verwoede pogingen om de zorg alsnog onder de voorwaarden van de dienstenrichtlijn te brengen.

Tweede poging mislukt

Het Europese Hof gebiedt dat lidstaten ruimte bieden aan grens-



KARTIKA LIOTARD

SP-Europarlementariër

overschrijdende zorg en om deze reden is de Europese Commissie sinds 2006 bezig met het ontwikkelen van een zorgrichtlijn. Eind 2007 lag daar een voorstel voor een gezondheidsdiensteninitiatief. Hiermee beoogde Europa meer marktwerking in de zorg te brengen. Meer keuzevrijheid voor patiënten tussen zorgaanbieders, van binnen- en buitenland. De bedoeling was dat patiënten kunnen kiezen waar ze de zorg krijgen, maar ook dat zorgaanbieders vanuit het buitenland zich in Nederland kunnen vestigen. De Europese lidstaten waren het hier niet mee eens omdat de zorg teveel onder die vermaledijde dienstenrichtlijn zou komen te vallen.

Derde poging via sluiproute van patiëntenrechten

Nu komt de Europese Commissie met een voorstel voor een nieuwe richtlijn over patiëntenrechten in grensoverschrijdende gezondheidszorg. Het voorstel codificeert uitspraken van het Europese Hof van Justitie die stellen dat het een recht is van alle patiënten in de Europese Unie om toegang te krijgen tot zorg in een ander EU-land dan zijn of haar thuisland. Ook heeft de patiënt recht op vergoeding van de gemaakte kosten, ongeacht hoe een lidstaat zijn zorgstelsel heeft ingericht. Tegelijkertijd wil het Commissievoorstel de gezondheidszorg in zowel de publieke als private sector op Europees niveau regelen, ondanks dat deze diensten specifiek zijn uitgesloten van de reikwijdte van de dienstenrichtlijn. Het voorstel heeft betrekking op het vrije verkeer van personen (patiënten en werknemers in de gezondheidszorg) en de vrijheid van vestiging en dienstverlening in de gezondheidszorg. In onze ogen lijkt dit verdacht veel op de terugkeer van de Bolke-

steinrichtlijn door de achterdeur. De vraag is ook of een dergelijke richtlijn wel echt nodig en proportioneel is. De uitspraken van het Europese Hof vragen om aanpassing van de huidige regels. De Nederlandse zorgverzekeringwet sluit al aan op de Europese uitspraken. Is het dan niet gemakkelijker om de landen die daar nog niet aan voldoen daarop aan te spreken? De vraag is voorts of deze richtlijn de bestaande problemen bij vergoeding van zorg over de grens wel zal gaan oplossen. Bovendien vindt van alle genoten zorg in de Europese Unie slechts 1 procent over de grens plaats.

Terugdraaien marktwerking

De belangrijkste maatregelen om de oprukkende marktwerking tegen te houden en terug te draaien zijn:

- 1 Van private commerciële zorgverzekeraars weer naar publieke regionale zorgverzekeraars
- 2 Van vaste premies naar inkomensafhankelijke premies in de zorgverzekeringwet
- 3 Stoppen met onderhandelen over prijzen bijvoorbeeld via de DBC's (diagnosebehandelcombinaties in de ziekenhuiszorg)
- 4 Vaste basistarieven op alle terreinen van de zorg
- 5 Alle nieuwe toetreders op de zorgmarkt moeten voldoen aan dezelfde voorwaarden voor kwaliteit en continuïteit van zorg en een vergunning hebben als toetreders
- 6 Geen winstuitkering aan aandeelhouders in de zorg
- 7 Stoppen met aanbesteden
- 8 Contracteren van alle zorgverleners op basis van kwaliteit

Het terugdraaien van de marktwerking zal kunnen leiden tot protesten van private ondernemers en zorgverzekeraars en mogelijk het eisen van schadevergoedingen. Dat kan leiden tot extra kosten. Daar moeten we niet voor terugschrikken. Laten we onze oude fouten afkopen en wel zo snel mogelijk, anders wordt het alleen maar duurder. We moeten de zorg weer terugveroveren op de markt. Zorg dient een voorziening te zijn en geen economische dienst zoals nu het geval is.

Tips voor aanbesteden in de Wmo

De SP heeft zich vanaf het begin verzet tegen aanbestedingen. Volgens de regering geldt de Europese aanbestedingsrichtlijn 2004/18/EG ook voor diensten in het kader van de Wmo. Hierdoor zouden gemeenten voor de inkoop van de huishoudelijke hulp gehouden zijn aan de aanbestedingsrichtlijn.

De aanbestedingen leiden ertoe dat er vooral concurrentie plaatsvindt op de prijs en dat tarieven onder de kostprijs worden afgesproken. Met als gevolg bezuinigingen op het personeel zoals hogere werkdruk, verslechtering van de arbeidsvoorwaarden, minder loon, demotie en ontslag. Behalve ontslag van indirect personeel staan er banen op de tocht van thuiszorgmedewerkers doordat instellingen buiten de aanbestedingen vallen. Daarnaast worden duizenden banen omgezet naar minder gekwalificeerde arbeid (bijvoorbeeld alfazorg). Een nieuwe ontwikkeling is dat er thuiszorginstellingen zijn die niet meer inschrijven omdat de huishoudelijke zorg onrendabel is geworden. Meerdere thuiszorgorganisaties brengen de huishoudelijke zorg onder in BV's en gaan joint ventures aan met schoonmaakbedrijven.

Subsidieregeling

Volgens de SP gaat het bij de huishoudelijke zorg net als bij welzijn om diensten van algemeen belang zodat in beide gevallen ook subsidieregelingen

mogen worden getroffen. Hiertoe ligt een wetsvoorstel klaar. Een tweede opzet zou kunnen zijn het zogenaamde inbesteden waarbij de gemeente ervoor kiest om zelf de dienst te verzorgen.

2b-dienst

Indien toch wordt aanbesteed, dan bij voorkeur onder het beperkte regime van 2b-diensten (diensten die geen bijdrage leveren aan de eenwording van de Europese markt omdat de diensten door nationale dienstverleners (moeten) worden uitgevoerd) in plaats van onder het volledige regime van 2a-diensten. In de handreiking van de minister staat dat bij opdrachten die zowel a- als b-diensten omvatten, gekeken moet worden welk deel de grootste geschatte waarde vertegenwoordigt. Indien bij een gemengde dienst (bijvoorbeeld schoonmaak en maatschappelijke ondersteuning) kan worden aangetoond dat het maatschappelijke ondersteuningsgedeelte (2b-dienst, categorie 25 zorg en maatschappelijke ondersteuning) de grotere waarde vertegenwoordigt, mag een gemeente kiezen voor het lichtere 2b-regime. Dat betekent dat de verkorte procedure kan worden gevolgd. Er is daarbij namelijk minder marktwerking en de aanbesteding heeft een minder open karakter.

Tijdens de behandeling van de Wmo in de Eerste Kamer is door de regering gezegd dat zowel 2a als 2b mogelijk is, maar "omdat wij

ook te maken hebben met kwaliteitseisen ligt het niet heel erg voor de hand, ook niet na het debat in de Tweede Kamer, om er van uit te gaan dat de huishoudelijke verzorging enkel en alleen schoonmaakdiensten betreft."

Hoge kwaliteitscriteria

Voorkomen moet worden dat contracten tot stand komen waarin met prijzen wordt gewerkt die onder de kostprijs liggen. Ook afspraken over behoud of overname van medewerkers en opleidingseisen zouden in de contracten moeten staan. Medewerkers in de zorg moeten op basis van vrijwilligheid kunnen kiezen voor een arbeidscontract en dus niet gedwongen worden een alfahulpcontract af te sluiten. Om dit te stimuleren heeft de regering een document 'sociaal overwogen aanbesteden' opgesteld en ter beschikking gesteld aan de gemeenten ([www.invoeringwmo.nl](http://www invoeringwmo.nl)). Bij 2b-procedures is het relatief eenvoudig om bepalingen rond arbeidsrelaties op te nemen, bij 2a is dat lastiger.

Vaste prijs

In het zogenaamde Zeeuwse model wordt een prijs vastgesteld. Alle instellingen die voor een bepaalde kwaliteit voor deze prijs kunnen leveren krijgen een contract. Op deze manier wordt niet op de prijs maar op kwaliteit geselecteerd. Bij het vaststellen van de prijs moet wel worden uitgegaan van reële kostprijzen.

Gelijke behandeling voor iedereen - arm en rijk

Het Commissievoorstel beoogt dat patiënten vooraf vanuit hun eigen beurs moeten betalen voor behandelkosten. Zij krijgen de kosten vergoed van hun zorgverzekeraar in hun eigen lidstaat, op voorwaarde dat zij voor de specifieke behandeling verzekerd zijn. De reiskosten, verblijfskosten en mogelijke juridisch advieskosten worden niet vergoed. Wij vinden dat dit betekent dat mensen die meer te besteden hebben, een hogere opleiding hebben genoten, buitenlandse talen kunnen spreken en makkelijk kunnen beschikken over professioneel advies worden bevoordeeld. Deze mensen kunnen immers makkelijker over de landsgrenzen kijken en zo de voor hun best mogelijke zorg kiezen. Sociale status zou dus een belangrijke factor worden in patiëntenmobiliteit. Dit systeem van

vergoeding is niet meer dan discriminatie van arme burgers en arme lidstaten en dit mag niet in deze vorm in wetgeving worden omgezet. Ook Britse artsen hebben zorgen geuit over de Europese zorgplannen. In de Europese plannen moet de patiënt de behandeling over de grens zelf voorschieten. Dit is niet voor iedereen weggelegd. De Britse artsenvereniging vreest dat er tweedeling ontstaat doordat rijkere Britten de wachtlijsten van de *National Health Service* (NHS) zullen proberen te omzeilen door naar het buitenland uit te wijken.

Zorg is geen markt

De nieuwe patiëntenrichtlijn vindt zijn rechtsbasis in artikel 95 van het verdrag van de Europese Gemeenschap. Dit artikel regelt de harmonisering van de interne markt. Doordat de richtlijn zijn rechtsbasis vindt in dit artikel wordt meteen geregeld dat de

zorg zich moet houden aan de regels van de interne markt.

De SP had liever gezien dat de rechtsbasis gevonden zou worden in artikel 152: hierin staat dat gezondheidszorg een nationale competentie is en dat de Europese Unie tot doel heeft de algehele gezondheidszorg van haar inwoners te verbeteren. De voorgestelde rechtsbasis van artikel 95 van het EG verdrag toont maar al te goed de intentie van de Commissie: dit artikel is de basis voor harmonisering van de interne markt van de EU. Bescherming, instandhouding en promotie van gezondheid is een publieke taak. Het aanbieden van doeltreffende, betaalbare en hoogkwalitatieve zorg is de verantwoordelijkheid van de overheid en de sociale zekerheidsstelsels. Gezondheidszorg moet niet gecommmercialiseerd worden en onder de invloed staan van vrije marktmechanismen. Commercialisatie



Foto: Gerard Til/Hollandse Hoogte

Brussel, 2005: Jessica van Ruitenburg – een van de auteurs van dit artikel – demonstreert in duidelijke woorden tegen de dienstenrichtlijn.

betekent immers dat er economische belangen van bedrijven en aandeelhouders mee gaan spelen. Economische belangen mogen nooit boven de belangen van patiënten komen te staan!

De SP is van mening dat zorg niet onder de regels van de interne markt dient te vallen. Zorg dient een voorziening te zijn en geen economische dienst zoals nu het geval is. In de Europese verkiezingen zal de SP zich hier ook hard voor maken.

Risico's

De gezondheidszorg is meer cultureel bepaald dan je zou denken en de richtlijn doet inbreuk op de manier waarop landen hun zorgstelsel in willen richten. In de conceptrichtlijn staat bijvoorbeeld dat patiënten het recht hebben om hun eigen arts of eigen ziekenhuis te kiezen. Voor Nederlanders is de vrije artskeuze vanzelfsprekend, maar in andere landen niet. In Groot-Brittannië bepaalt de wijk waar je woont naar welke huisarts en welk ziekenhuis je gaat. Het is niet aan Europa om dit te bepalen. In Duitsland is het bijvoorbeeld vanzelfsprekend dat homeopathische zorg en het bezoek aan kuurorden vergoed wordt.

Een ander gevaar is dat nu niet te overzien is wat de invloed zal zijn van de richtlijn patiëntenmobiliteit. Als er in eigen land wachtlijsten zijn, moet je makkelijker in een ander land waar geen wachtlijsten zijn de behandeling kunnen ondergaan. Maar, er moet alles aan gedaan worden dat behande-

lingen in het buitenland niet nodig zijn. Het bestaan van een richtlijn patiëntenmobiliteit moet niet tot gevolg hebben dat een land niets aan wachtlijstenproblematiek doet, omdat in het buurland geen wachtlijsten zijn. Wanneer kun je als land ingrijpen als er te veel patiënten de grens over komen en de zorg voor de eigen ingezetenen onder druk komt te staan? Een klein beetje zie je dat nu al in Antwerpen gebeuren. België kent voor orgaandonatie al een aantal jaar het 'geen-bezwaarsysteem'. Iedereen is daar automatisch donor, tenzij daar bezwaar tegen is aangetekend. In België is er minder een tekort aan organen dan nu in Nederland. Steeds meer Nederlanders laten zich nu in Antwerpen opereren en krijgen dus ook een Belgische nier. Wat als te veel Nederlanders op de wachtlijst voor een nier zich in Antwerpen laten opereren en dit ten koste gaat van Belgen die wachten op een nier? Hoe kan België zich dan eventueel tijdelijk onttrekken aan de werking van de richtlijn? Door het vrije verkeer van diensten kunnen zorgverzekeraars nu al aanbieders in het buitenland contracteren. Als dit op grote schaal gebeurt wordt op den duur het Nederlandse aanbod uitgehold. Daarnaast verdwijnen premiegelden van Nederlanders naar aanbieders in het buitenland.

SP en zorg over de grens

De SP is niet tegen patiëntenmobiliteit: Iedere EU-burger heeft het recht zorg te ontvangen in andere EU-lidsta-

ten en moet op gelijke voet worden behandeld als burgers van de lidstaat waar ze zorg ontvangen. Maar deze beginselen zijn al in 1971 vastgelegd in een richtlijn over de coördinatie van sociale zekerheidsstelsels. Is een nieuwe richtlijn dan nog wel nodig? Wij geloven in de lokale aanpak van gezondheidsdiensten: de levering van geïntegreerde gezondheidszorg die toegankelijk is op lokaal of regionaal niveau, van hoge kwaliteit is en betaalbaar is voor iedereen. Patiënten moeten beter worden ondersteund in hun eigen lokale en sociale omgeving. Patiëntenmobiliteit moet geen excuus worden voor ondermaatse uitgaven aan nationale gezondheidszorgstelsels, voor het gebrek aan zorg van goede kwaliteit, voor het bestaan van te dure behandelingen en voor lange wachtlijsten. Het moet niet zo zijn dat doordat patiënten in Duitsland aan hun knie geopereerd mogen worden, Nederland zelf niets meer hoeft te doen om de wachtlijsten aan te pakken. Iedere lidstaat is verantwoordelijk voor het leveren van doeltreffende, betaalbare en hoogkwalitatieve zorg aan al haar burgers en EU-burgers die in de lidstaat verblijven. Een richtlijn die deze verantwoordelijkheden weghaalt is voor ons onacceptabel!

Medisch toerisme

Niet iedereen is kritisch over de Europese plannen om zorg over de grens meer mogelijk te maken. Ondernemers zien er wel brood in. Zo zijn er onlangs een aantal plannen gelanceerd voor medische vakanties. Een geplande heupoperatie combineren met een vakantie onder de Spaanse zon?

MARKT IN AWBZ

Tekst: Ineke Palm

De AWBZ zou buiten de marktwerking worden gehouden. Toch zien we volgens Aad Koster, directeur van Actiz, de overkoepelende organisatie van AWBZ-aanbieders, ook binnen de AWBZ de marktwerking steeds meer oprukken.

Aanbestedingstrajecten

In de extramurale AWBZ (thuiszorg) is de contracteerplicht vervallen. De zorgaanbieders moeten nu jaarlijks contracten afsluiten met de zorgkantoren. De zorgkantoren schroeven daarbij de budgetten terug naar 95 tot 80 procent van het budget van het jaar ervoor zodat er meer ruimte is voor nieuwe aanbieders.

De zorgaanbieders moeten een aanbestedingstraject volgen. Zij moeten een offerte indienen met tarieven. Aad Koster: "Indien je tarief dicht bij het maximale tarief zit, krijg je minder punten en zit het er dik in dat je voor minder uren een contract krijgt. Dus krijg je concurrentie op de prijs en flinke druk hierop. Dat terwijl de maximale prijs al te krap is: op basis van een benchmarkonderzoek¹ van ruim 7 jaar geleden is de prijs genomen waar toen 50 procent beneden en 50 procent boven zat."

Ad Witlox (directeur stichting Zorgpalet Baarn-Soest waaronder de kleinschalige voorziening de Wiekslag valt): "De marktwerking wordt gebruikt om de tarieven omlaag te brengen. Er is eigenlijk geen sprake van een markt, de zorg wordt uitgeknepen."

Versnippering zorg

Sinds de functiegerichte indicatie en financiering is ingevoerd, mag ook een verpleeghuis zich bijvoorbeeld op de markt van de thuiszorg begeven. Volgens Ad Witlox is door de invoering van die functiegerichte indicatie de zorg enorm versnipperd. "Neem bijvoorbeeld een kopje thee. Het theezetten is huishoudelijk werk en daar is dus een huishoudelijk verzorgende via de Wmo voor nodig, indien iemand geholpen moet worden bij het opdrinken is daar een persoonlijke verzorgende van de thuiszorg voor nodig. Alle functies zijn versnipperd en vervolgens uitgekleeft. Maar zorgverleners werken niet zo, ze geven mensen gewoon integrale zorg."

Iedereen mag thuiszorg leveren

Aad Koster: "Iedereen kan een thuiszorgorganisatie beginnen, als je een computer hebt en een telefoon. Het aantal organisaties is enorm toegenomen, in Amsterdam bijvoorbeeld zijn al meer dan tachtig thuiszorgorganisaties. Ook dat zet de tarieven onder druk." Koster vindt het prima dat er meer instellingen komen, maar dan moet je wel dezelfde eisen stellen. Wat betreft de cao, deelname aan pensioenfondsen, de kwaliteit en transparantie. Actiz stelt deze eisen wel aan zijn leden, ook aan de nieuwe toetreders.

Koster: "Wij zijn erg voor klantgericht en vraaggestuurd werken en vinden dat klanten zelf moeten kunnen bepalen

van welke zorgaanbieder zij zorg willen ontvangen. Maar zo wordt het steeds ondoorzichtiger, ook voor de klant. Het overheidsbeleid is om aan alle kanten druk uit te oefenen op het reële tarief. Een erg eenzijdige concurrentie. Wij zijn voortdurend bezig de kosten te drukken. Dat komt de kwaliteit en daarmee de klant niet ten goede. Die hebben in werkelijkheid geen enkele macht, want zorgverzekeraar/-kantoor (AWBZ) of gemeente (Wmo) bepalen welke organisaties zorg kunnen leveren."

Onerlijke concurrentie

Actiz ervaart ook de ZZP-bemiddelaars als oneerlijke concurrentie (ZZP staat voor Zelfstandigen Zonder Personeel). Deze bemiddelen tussen zelfstandige verpleegkundigen/verzorgenden en instellingen, vertegenwoordigd door BTN (Branche-belang Thuiszorg Nederland). De bemiddelaars hoeven op basis van een recent afgesloten convenant niet meer te voldoen aan de kwaliteitswet. Indien ze dat wel zouden moeten, dan zou de belastingdienst dit zien als fictieve dienstverbanden van de ZZP'ers en moet belasting worden betaald. Daarom heeft de staatssecretaris samen met de belastingdienst een convenant gesloten met BTN dat niet de bemiddelingsbureau's maar de ZZP'ers moeten voldoen aan de kwaliteitswet en een keurmerk krijgen. Maar wie controleert dat? De bemiddelingsbureau's krijgen wel de status zorginstelling en mogen dus contracten met zorgkantoren sluiten. De reguliere instellingen hebben echter veel hogere kosten omdat zij werkers in loondienst hebben en volop moeten investeren in kwaliteit. Actiz heeft een kort geding tegen het convenant aangespannen dat 20 januari dient.

Intramurale AWBZ

In de intramurale ('binnen de muren') AWBZ is nog wel een contracteerplicht. Maar ook daar gelden aanbestedingstrajecten en is er druk op de tarieven. Nieuw is hier de invoering van de zorgzwaartepakketten (ook ZZP's!). Dat betekent dat iedereen een rugzakje krijgt met daarin een indicatie voor een pakket.

Koster: "De hele operatie moest budgetneutraal. Daarom zijn de vastgestelde tarieven voor zorgzwaartepakketten met 5 procent verminderd. De staatssecretaris wilde ook nog eens een onderhandelingsmarge voor zorgkantoren vaststellen van 2 procent; dat is voor dit jaar gelukkig niet doorgegaan."

Volgens Ad Witlox zijn de tarieven zo laag dat kleinschaligheid bijna niet meer mogelijk is. Er zou eigenlijk een kleinschaligheidstoelage moeten komen: "We hebben nu te maken met verkeerde prikkels. Het gaat om productie



Sake Rijpkema / Hollandse Hoogte

De kleinschalige, menselijke aanpak in De Wiekslag in Soest

en om meer productie te maken kun je er het beste bedden bijzetten op een kamer. Dat was toch niet de bedoeling van de politiek? Zorgzwaartepakket is een instrument, waar de cliënt weinig mee kan. Cliënten moeten zelf shoppen maar er is helemaal geen keuze. Mensen met een laag ZZP van minder dan 5 (op een schaal van 1-10) zullen niet meer worden opgenomen in een verpleeghuis, het tarief voor 5 is al onvoldoende.”

Zorgkloof

Koster: “Enkele jaren terug is door de Nederlandse zorgautoriteit vastgesteld dat er 500 miljoen (10 procent) te weinig is voor fatsoenlijke verpleeghuiszorg. Er is wel 248 miljoen extra gekomen, maar er is nog steeds een kloof van 5 procent. Het is een politieke beslissing. Willen we in Nederland fatsoenlijke zorg en dus in solidariteit meer premie betalen? De passie, maar tegelijkertijd de makke van onze organisaties en de daarin werkzame medewerkers is dat we het altijd zo goed mogelijk willen doen voor de cliënten. Dus lossen we problemen op die de politiek laat liggen. En de staatssecretaris reageert dan: ik hoor niets, dus het gaat toch goed? Ze ziet niet dat zorgverleners in eigen tijd zorg leveren, dat zorgaanbieders tarieven moeten afspreken onder de reële kostprijs. Dat kamers van overledenen snel ontruimd moeten worden, omdat zorgorganisaties steeds minder financiële marges hebben om daar flexibeler mee om te gaan. In de Kamer wordt dit terecht door onder meer de SP aan de orde gesteld. Steeds meer zorgorganisaties zullen, ondanks hun passie voor de cliënten, niet meer zorg leveren dan hun budget toelaat. Voor 5 procent minder kunnen we minder zorg leveren. Dat doen we dus ook of mensen moeten zelf bijbetalen. Actiz is voorstander van het systeem van zorgzwaartepakketten, maar zorgorganisaties zullen in bepaalde gevallen moeten kiezen tussen het niet in zorg nemen van mensen met een laag zorgzwaartepakket of het bezuinigen op personeel.”

Actiz heeft net met succes de staat voor de rechter gedaagd om een korting ongedaan te maken.² In tegenstelling tot de eerder gemaakte afspraken, wilde het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) per 1 januari

2009 een structurele tariefkorting van 3,5 procent op de thuiszorg doorvoeren, de korting moest het rijk nog eens zeventig miljoen opleveren.

Kleinschalig en menselijk

Bezuiniging, grootschaligheid en marktwerking in de zorg hebben ertoe geleid dat de zorg is verschaald. Het georganiseerde wantrouwen dat gepaard ging met deze ontwikkelingen, heeft van mensen onderbetaalde formulierinvullers gemaakt. Hoe moet het dan? Een kleinschalige menselijke aanpak geeft de zorgwerkers beroepstrots; de patiënten krijgen zorg op menselijke maat.³ Dus op naar kleinschalige buurtverpleeg- en verzorgingshuizen zoals bijvoorbeeld de Wiekslag.⁴ Organiseer de thuiszorg vanuit de buurt. Bijvoorbeeld buurtzorg Nederland. Deze zet zich af tegen de onpersoonlijke stopwatchzorg van de grote thuiszorgbedrijven. De wijkverpleegkundige is de spil in de zorg in de buurt. Door te werken met kleine, zelfstandige teams en vaste groepen cliënten ontstaat een goede band tussen cliënt en verpleegkundige.⁵

Meerdere thuiszorgorganisaties zijn gestart met een soort wijkzorg. Bijvoorbeeld de thuiszorg in Noord-Limburg voert in het hele gebied wijkzorg door. Dat houdt in dat er teams samengesteld worden van helpenden, verzorgenden en verpleegkundigen die werkzaam zijn in een afgebakend stadsdeel, dorp of een combinatie van dorpen. Het voordeel is dat de mensen een duidelijk aanspreekpunt hebben, ze minder medewerkers over de vloer krijgen en dat de verschillende soorten zorg beter op elkaar afgestemd kunnen worden.

- 1 Een benchmarkonderzoek is een onderzoek waarbij bedrijven worden vergeleken, maar al van te voren een norm is gesteld voor een goede uitkomst.
- 2 *Trouw*, 5 januari 2009
- 3 Kant A., Olders D., Marijnissen J., *De buurt, de schaal van de toekomst*, september 2008
- 4 www.zorgpaletbaarnsoest.nl.
- 5 www.buurtzorgnederland.com.

OMZET OP DE MARKT: IN DE ZORG EEN CONTRADICTIO IN TERMINIS

Tekst: Prof. Dr. Doeke Post, em. Hoogleraar Sociale Geneeskunde aan de Universiteit van Groningen

Een kinderarts werd door de directie van zijn ziekenhuis op het matje geroepen. Hij had te weinig productie: zijn omzet bleef achter bij de verwachtingen en het ziekenhuis maakte verlies op zijn inbreng. Als loondienstmedewerker moest hij wel zijn salaris kunnen verdienen en liefst nog meer om het ziekenhuis overeind te houden. De dokter legde uit dat hij zijns inziens was aangenomen om kinderen beter te maken. Zijn stelling was dat kinderen niet in een ziekenhuis thuis horen, mits... Dat betekende voor hem dat hij ouders ging voorlichten hoe ze zelf met klachten van kinderen konden omgaan, dat hij huisartsen instrueerde om zelf de behandeling voort te zetten en dat hij alleen, als er meer deskundigheid nodig was dan de huisarts in huis heeft, de behandeling over zou nemen. Zijn idee was dat je moet proberen een specialist overbodig te maken en alleen zijn hulp in te roepen als het ook echt nodig is. Dat hij in loondienst kon werken had voor hem het voordeel dat hij zijn zorgvisie onafhankelijk van zijn eigen verdiensten kon realiseren.

Een casus, die ons toont hoe sterk de markt invloed uitoefent op het werk van de arts en hoe sterk de drang is in de zorgsector om de omzet te vergroten. Als een arts zijn werk goed doet gaat dat vierkant in tegen de regels van de markt. Immers in een markt is het doel gericht op winst maken en dus omzet vergroten. We zien in toenemende mate dat de gerichtheid in de zorg wordt bepaald door het geld verdienen. Dat is een contradictie met de zorgverlening die juist streeft naar vermindering van medische consumptie door de mensen beter te maken.

Meer zorg, vooral meer onnodige zorg, maakt mensen juist zieker en zal de kosten in de zorg doen toenemen. We weten uit onderzoek dat te veel doen in de zorg leidt tot iatrogene schade, schade veroorzaakt door het medisch handelen. In mijn boek over iatrogene ziekten en schade dat ik al in 1984 schreef naar aanleiding van onderzoek in mijn huisartspraktijk en in de groep van verwezen patiënten naar het ziekenhuis, stelde ik dat schade wordt veroorzaakt door te weinig doen, onjuiste dingen doen en te veel doen. En dat laatste is de meest voorkomende oorzaak van schade. In verder onderzoek zag ik grote verschillen tussen artsen in hun handelen en ook daar bleek dat artsen die erg veel doen veel meer

schade kunnen verwachten. Een huisarts, bij wie ik vaststelde dat die veel te veel geneesmiddelen voorschreef, bleek ook erg veel patiënten in het ziekenhuis te hebben met medicijnvergiftigingen. Omzetverhoging in de zorg geeft dus een verslechtering van de kwaliteit en ook een forse toename aan kosten.

Willen we de kwaliteit verhogen dan zullen we af moeten van stimulansen om de omvang van de zorg te vergroten. De markt doet hier dus averechts zijn werk. Het is dan ook te hopen dat men spoedig tot het inzicht komt dat winst maken in de zorg funest is voor de patiënt. Ziekenhuizen mogen straks volgens de overheid winst gaan maken. Dat zal tot gevolg hebben dat er geld in de zorg komt vanuit aandeelhouders. Die willen dividend en dat zal de druk op de productie verhogen. Dat zal overigens ook tot selectie van patiënten leiden zoals we dat in de VS zien. Té zieke patiënten worden verzocht naar een ander ziekenhuis te gaan.

In de zorg zullen we geen perverse prikkels moeten gaan inbouwen zoals we nu hebben. Immers de artsen verdienen meer als ze de omzet verhogen. En het is nu eenmaal zo dat artsen zelf die omzet kunnen bepalen. We hebben gezien dat als een verrichting wordt

gehonoreerd, dat er dan ook productie is. Toen een aantal jaren geleden bepaalde verrichtingen in de verwijkskaarthonorering kwamen en niet meer apart werden betaald, bleek dat in het volgende jaar die verrichtingen niet meer werden gedaan. Ze waren toch eigenlijk al lang verouderd, zo zei een specialist mij, op de vraag waarom hij nu die verrichtingen niet meer deed. Huisartsen kunnen heel gemakkelijk hun inkomen vergroten door hun terugbestelgedrag te veranderen, mensen moeten vaker terugkomen. Speelt dan het idee van de vraagsturing een rol in de zin dat de patiënten dat zelf beoordelen? Nee, de patiënt volgt het advies van de dokter om nog even voor controle terug te komen. De toename van consulten bij huisartsen, zoals die thans wordt geconstateerd, zal veroorzaakt zijn door de grotere terugbestelfrequentie.

Ik juich dan ook van harte het PvdA-initiatief toe om de huisarts weer een abonnementstarief te geven. Dat verhindert dat er perverse prikkels in de honorering worden gebracht. Overigens hebben we vanuit het ziekenfonds destijds ook een abonnementstarief voor specialisten voorgesteld als alternatief voor de loondienstsituatie die we in 1994 als commissie-Biesheuvel hadden aangeraden.

De derde weg

Ons huidige systeem met de marktwerking als leidend principe zal absoluut vastlopen. Uit steeds meer gegevens vanuit onderzoek in de VS blijkt dat vooral de gezondheidseconomen er steeds meer van overtuigd zijn dat de markt tot een kostenexplosie leidt en dat de kwaliteit van de zorg vermindert doordat de aandacht niet is gericht op het goed zorg verlenen, maar op het winst maken en omzet verhogen. Onlangs waarschuwde de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg ook al voor de kostentoeename die zichtbaar wordt, een resultaat van de te sterke nadruk op het marktwerkingsprincipe. In de toekomst zal er daardoor geen geld meer zijn voor onderwijs en allerlei andere collectieve zaken. Overigens zeiden we dat in onze staatscommissie Keuzen in de zorg, de commissie-Dunning, 15 jaar geleden ook al. We stelden toen al dat de vraag naar zorg oneindig is en dat we daarom keuzen moeten maken en vooral ons gaan concentreren op het verlenen van goede zorg.

Moeten we dan weer terug naar de ziekenfondstijd? Nee, absoluut niet. Het is een goede zaak dat we een verzekering hebben voor iedere Nederlander. Het is een goede zaak dat we letten op een doelmatige zorgverlening en zaken uit het bedrijfsleven overnemen om de efficiency in de zorg te verbeteren. Maar het is absoluut geen goede zaak dat we de beheersing van de zorg zoeken in de markt. Iedereen in de zorg weet zo langzamerhand dat we daarin gaan vastlopen.

Er moet een derde weg komen om met Porter en Teisberg te spreken, die in hun spraakmakende boek *Redefining Competition in Health Care* pleiten voor competitie op kwaliteit, niet op kosten. Zij leren ons dat het goed is dat we de zorg transparant maken en inzicht bieden in de kwaliteit en dat hulpverleners die de kwaliteit bevorderen ook de waardering van patiënten krijgen. Ze stellen dat “De verkeerde soorten competitie (ze bedoelen hier de concurrentie in de zorg) hebben een puinhoop gemaakt van het Amerikaanse zorgsysteem. De juiste soorten competitie (hier

bedoeld als competitie op kwaliteit) kunnen dat weer rechtzetten.” *

Om die derde weg ook in ons land te realiseren zou ik willen pleiten voor het instellen van een staatscommissie die de wetenschappelijke gegevens die er zijn over de gevolgen van marktwerking nog eens duidelijk op een rijtje te zetten en dan te komen met een advies over die derde weg. Daar zou ook de Gezondheidsraad een rol in kunnen spelen door voor ons de stand van de wetenschap op dit terrein in beeld te brengen en te laten zien wat in landen met de markt als leidend principe in de zorg de gevolgen daarvan zijn. De politiek zou dan eens even haar ideologische invulling van het zorgbeleid moeten laten voor wat het is, maar op rationele gronden die derde weg gaan uitstippelen. Dat houdt in dat de VVD de ideologie van de markt als medicijn voor alle problemen in de toekomst even naar de achtergrond schuift. Dat houdt ook in dat het CDA haar ideologie van de participerende samenleving voor de zorg eens onder de loep neemt. Dit idee is ontstaan vanuit het vroegere subsidiariteitsbeginsel (Katholiek) en soevereiniteit-in-eigen-kring-

beginsel (Protestant) met daaruit voortvloeiend het idee van de terugtrekkende overheid. Overigens sta ik als CDA'er wel achter dit idee, maar wil voor de zorg de overheidsinvloed toch weer meer terug zien, meer sturing en minder aan het veld overlaten of de markt haar werk laten doen. Het houdt ook in dat de socialistische visie met een te grote rol voor de overheid zou moeten worden veranderd. Voor de zorg zal er meer invloed ook vanuit de spelers op het veld moeten komen en is het niet fout om meer bedrijfsmatige invloeden in de zorg te realiseren. Wellicht zouden we op deze wijze met de adviezen van een staatscommissie kunnen komen tot een deltaplan voor de zorg dat de duurzaamheid van die zorg als speerpunt heeft en dat oplossingen zoekt voor de komende decennia. De derde weg zou wel eens een goede leidraad kunnen zijn.

* **“The wrong kinds of competition have made a mess of the American health care system. The right kinds of competition can straighten it out”.**



Foto: Harry Cock/Hollandse Hoogte

“NIET AMERIKAANSE, MAAR

Tekst: Diederik Olders

Ruth Oldenziel is hoogleraar Amerikaans-Europese techniekgeschiedenis op de TU-Eindhoven. Zij is Amerikaanist en schrijft onder andere over het beeld dat Europeanen hebben van de VS. Oldenziel gaf vorig jaar inleidingen bij vertoningen van 'Sicko', de film van Michael Moore over de schokkende staat van de gezondheidszorg in de VS. Ze vindt het onbegrijpelijk dat Nederland naar de VS kijkt als voorbeeld voor gezondheidszorg.



Foto: Bart van Overbeeke

Hoe komt een techniekhistorica terecht in de discussie over de gezondheidszorg in de VS?

“Ik ben niet begonnen als techniekhistorica. Na mijn studie geschiedenis in Amsterdam ben ik verdergegaan in de VS en heb daar Amerikaanse geschiedenis en genderstudies gedaan. De meeste Amerikanisten richten zich óf op Amerikaanse literatuur óf op

internationale betrekkingen. Ik ben eerder cultuurhistorica, en ben daardoor in de bijzondere positie dat ik veel gevraagd wordt om commentaar te geven bij gebeurtenissen in de VS. De VS is in de ogen van Nederlanders vaak de ‘ander’, dat wat we niet willen zijn. En er zijn inderdaad culturele verschillen. Door mijn kennis van de Amerikaanse samenleving kan ik vragen anders

inkaderen. Voor Nederlanders is het bijvoorbeeld vaak niet meteen duidelijk hoe serieus je ‘Sicko’ moet nemen; hoeveel satire en hoeveel waarheid erin zit.”

En? Hoe is de verhouding?

“Wat Michael Moore in ‘Sicko’ laat zien is meer waar en minder overdreven dan je zou denken, of hopen. De HMO's (*Health Maintenance Organizations*; zorgverzekeraars) zijn oppermachtig in de VS. Dat is begonnen in de jaren '60 en '70, met Nixon die de eerste stapjes maakte. In de jaren '90 nam de privatisering een grote vlucht en nu, bij het uitkomen van ‘Sicko’ zitten de Amerikanen met de gebakken peren. In het kort: een systeem gebaseerd op private belangen zoekt de bodem op van de zorg voor iedereen behalve de rijksten. Michael Moore laat het eindresultaat zien van een systeem dat in de VS zo'n dertig jaar oud is.”

Kun je kort uitleggen hoe het in de VS werkt?

“In de Amerikaanse gezondheidszorg is het vrijemarktprincipe helemaal doorgevoerd. Als je geluk hebt, dan werk je bij een werkgever die een gezondheidsplan heeft, waarin je je inkoop. Dan ben je redelijk goed verzekerd. Maar dat is helemaal gekoppeld aan werk, en er zijn ook werkgevers zonder plan. In theorie kun je je ook als privépersoon, dus buiten een gezondheidsplan, verzekeren, maar dat is onbetaalbaar. Dan is er nog Medicare: dat is een sociale ziektekostenverzekering voor 65-plussers. En er is ook Medicaid, een soort hulpprogramma voor de allerarmsten. De voorwaarden daarvoor zijn echter erg streng. Al in de jaren '80 kwamen er berichten in de VS dat armen steeds meer ervoor kozen om naar de eerste hulp te gaan in plaats van

NEOLIBERALE TOESTANDEN”

Onnodige doden

Volgens een studie uit 2004 van het Institute of Medicine of the National Academies ('Insuring America's Health: Principles and Recommendations') vallen er jaarlijks in de VS 18.000 onnodige doden, veroorzaakt door niet of onvoldoende verzekerd zijn. Het instituut stelt dat de VS het enige welvarende, geïndustrialiseerde land is, dat er niet voor zorgt dat iedereen verzekerd is van zorg.

naar de huisarts voor preventieve zorg. Zo omzeilden ze de rekening van de huisarts. Het waren de Reagan-jaren en deze situatie werd niet als een probleem van het systeem gezien, maar als een probleem van de armen. Hun probleem werd gemarginaliseerd door de nadruk te leggen op de eigen verantwoordelijkheid die armen hebben voor hun situatie. Intussen merken niet alleen de armen, maar ook de middenklasse en zelfs de upper-middenklasse dat zij in financiële problemen komen door gezondheidsproblemen, zelfs mensen die wél verzekerd zijn. Michael Moore zegt in zijn film dan ook, dat hij het niet eens over de armen heeft, maar juist over de middenklasse.”

Hoe komt het dat zelfs verzekerden in de problemen komen?

“De HMO's proberen op allerlei manieren de kosten te drukken, en zo de winsten te maximaliseren. Eén methode is het herdefiniëren van steeds meer routine-behandelingen tot experimentele geneeskunde.

Want die vergoeden ze niet. Ook doen ze veel moeite om aan te tonen dat je vóórdat je je verzekerde een medische conditie had, die je hebt verzwegen; de *precondition*. Dan wordt alsnog de rekening naar de verzekerde doorgestuurd. Een andere reden dat werkenden in de problemen komen is, dat de VS een zeer beperkt medisch verlot kent. Word je erg ziek, dan verlies je je baan, vervolgens vervalt je verzekering en moet je je spaargeld aanspreken voor de ziekenhuiskosten. Zelfs als je weer werk zou vinden, dan heb je een *precondition* en zijn de kosten van je ziekte ongedekt. Dit is één van de belangrijkste oorzaken van de vele huisonteigeningen die de aanzet hebben gegeven voor de kredietcrisis.”

Kunnen we ook in positieve zin iets leren van de 'Amerikaanse toestanden'?

“Daar moet ik lang over nadenken. Het idee om de vrije markt los te laten op de gezondheidszorg is zo onzinnig. Het wordt verkocht met de leus dat het meer keuzevrijheid oplevert voor mensen; maar zieke mensen kunnen niet onderhandelen op basis van gelijkheid. Ook het argument dat het efficiënter zou zijn, klopt niet. Uit meerdere Amerikaanse studies blijkt dat de overheadkosten van het commerciële zorgsysteem vele malen groter zijn dan die van Medicare en Medicaid. Overigens: het gaat niet om Amerikaanse, maar om neoliberale toestanden. De VS staat zich erop voor dat ze als één van de eersten experimenteerde met sociale wetgeving. Al vlak na de burgeroorlog in de negentiende eeuw werd een vrij uitgebreid en dekkend weduwenpensioen ingesteld. En de *New Deal* van Franklin D. Roosevelt is voor vele Europese landen een voorbeeld geweest voor sociale wetgeving. Het neoliberalisme is een poging om los te komen van de *New Deal*, in Nederland zouden we de dat de welvaartsstaat noemen. Bill Clinton

past in die poging. Ook hij was van de 'derde weg' die de sociaaldemocraten in onder andere Engeland en in Nederland volgden. Die derde weg werd uiteindelijk toch ook opgehangen aan de markt. Clinton wordt in de VS daarom toch vooral gezien als tussenpaus tussen de twee Bush-presidenten en Reagan, die gewoon meedeed aan de Republikeinse – neoliberale – revolutie.”



Sicko

Michael Moore is de koning van de grappige, maar serieuze documentaire. In 'Sicko' (2007) vergelijkt Moore de gezondheidszorg van de VS met die van andere landen. Zo komt hij onder andere tot de conclusie dat wat betreft zorg een gevangene op Guantánamo Bay beter af is dan de menig Amerikaan.

De film is een tijdlang illegaal op het internet gratis te zien geweest. Michael Moore deed daar niets tegen, omdat hij naar eigen zeggen weinig opheeft met auteursrechten in de VS. Toch werd de film van Youtube.com gehaald op verzoek van een distributeur van de film. De film is intussen uit op DVD.

www.michaelmoore.com/sicko

En wat verwacht je van Obama en zijn minister van Gezondheidszorg, Tom Daschle?

“Er is een grote omslag in het denken gaande in de VS. Dat was ook zo in 1993, toen Hillary Clinton met plannen kwam om de Amerikaanse gezondheidszorg op de schop te nemen. Voor haar ideeën was groot draagvlak. Maar de Republikenen hebben, samen met de farmaceutische industrie, verzekeringsmaatschappijen en conservatieve organisaties tientallen miljarden dollars besteed aan een campagne om dat te voorkomen, terwijl Hillary Clinton als eerste verantwoordelijke ook grote tactische fouten heeft gemaakt. Misschien koos Obama om die reden Clinton níét op gezondheidszorg; om te voorkomen dat haar geschiedenis te zwaar drukte op het onderwerp. Maar er zijn ook analisten die denken dat Obama Clinton naar het buitenland stuurt om te voorkomen dat ze een te sterke machtsbasis opbouwt in de Senaat; zo'n hervorming van de gezondheidszorg vraagt heel veel contacten en diplomatie in Washington. Van de regering-Obama wordt verwacht dat ze voor de plannen teruggrijpt naar de *New Deal*, maar dan groener. Met grote werkgelegenheidsprojecten, een

meer Keynesiaanse economische politiek en dus ook betere sociale wetgeving. Tom Daschle zal daar geen uitzondering op zijn, al is op dit moment nog de vraag of hij zich voldoende heeft losgemaakt van zijn banden met verzekeringsmaatschappijen.”

Wat vind je ervan dat Nederland juist steeds meer de richting opgaat van het neoliberale systeem?

“Het profijtbeginsel resulteert in een *race to the bottom*, en in de zorg is dat funest. Wat Michael Moore in ‘Sicko’ laat zien, is waar Nederland naartoe gaat als we op deze weg blijven. De ervaring van de Amerikanen is essentieel voor onze beoordeling van de weg die we in Nederland zijn ingeslagen. De problemen die we in Nederland op dit moment zien, en die als kinderziektes of overgangsprobleempjes worden weggezet, speelden dertig jaar geleden ook in de VS. Ook in Nederland zien we bijvoorbeeld een toenemende druk op de eerste hulp. Ook in Nederland zien we grote problemen bij onverzekerden en een groeiende tweedeling tussen luxe, private zorg en de rest. Ondanks de schokkende berichten in de media, denk ik dat we nog steeds niet voldoende inzien wat er

in Nederland aan de hand is en waar we naartoe gaan.”

Kijken de Amerikanen nu ook naar Nederland voor inspiratie?

“Het is interessant om te zien dat Nederland op dit moment een voorbeeldfunctie voor de VS heeft, al is het niet op de manier die je zou willen. De vijand in ‘Sicko’ zijn de overmachtige HMO's, en dat beeld speelt ook in de publieke opinie en dus in de politiek een belangrijke rol. De HMO's zien nu dat er een omslag in het denken gaande is, en vrezen voor hun positie. In het najaar van 2007 waren HMO's al op bezoek in Europa en nodigden de Zwitsers en Nederlanders uit, omdat zij verwachtten dat de Democraten zouden gaan winnen. Vooral het Nederlandse systeem zien ze als een uitweg om te voorkomen dat Amerika niet de kant op gaat van Canada of Frankrijk. Als je dan toch wat regulering moet toelaten, dan maar op de Nederlandse manier, is hun redenering. Want dan behoud je toch je macht en word je niet buitenspel gezet. De vraag die we ons in Nederland moeten stellen is: willen wij op deze manier een voorbeeld zijn?”

‘Gezondheid, welbevinden en veiligheid omarmen’

Eén van de manieren waarop zorgverzekeraars de zorg stapje voor stapje uitkleden in de VS, is door steeds meer routinematige behandelingen te bestempelen als ‘experimenteel’. Want experimentele behandelingen worden niet vergoed. Deze praktijk leidde eind 2007 tot flinke controverse. Nataline Sarkisyan, 17 jaar, had leukemie en was door complicaties van de daarvoor uitgevoerde beenmergtransplantatie in een coma terechtgekomen. Haar lever begaf het en de artsen vonden dat zij met spoed een levertransplantatie moest ondergaan. Zij was volledig verzekerd en er was een goede transplantatiekandidaat. Toch wilde haar verzekeringsmaatschappij Cigna HealthCare dat niet betalen, omdat het volgens hen ging om een experimentele behandeling. Volgens de experts lareikoek. Haar familie kon de behandeling niet betalen; zij moesten 75.000 dollar aanbetalen en dat kregen ze niet voor elkaar. Samen met vrienden en verplegend personeel ging de familie actievoeren, en kreeg flinke media-aandacht. Tijdens een demonstratie kwam het nieuws dat Cigna een ‘uitzondering’ wilde maken, maar het was te laat. Enkele uren na dit nieuws overleed Nataline. Eind december 2008 klaagden de ouders van Nataline Cigna HealthCare aan. Cigna HealthCare maakte onder de prachtige titel ‘embracing health, well-being and security’ (gezondheid, welbevinden en veiligheid omarmen) haar jaarcijfers voor 2007 bekend: 1,14 miljard dollar winst.



Foto: Peter Smith / Flickr.com

De ouders en broer van Nataline zetten zich in voor betere gezondheidszorg. Hier spreken ze op een politieke bijeenkomst van Democratische voorverkiezingenkandidaat John Edwards, drie weken na het overlijden van Nataline.

MARKTWERKING IN DE GGZ

PAKT DESASTREUS UIT

Tekst: Fred Leffers, gz-psycholoog en Thijs Emons, psycholoog Foto: Bas Stoffelsen

De zorg is geen markt. Driekwart van de collega's in de geestelijke gezondheidszorg () onderschrijft dit, zo bleek onlangs uit het onderzoeksrapport *De GGZ ontwricht*¹. Hierin worden de resultaten beschreven van een uitgebreid praktijkonderzoek naar de gevolgen van het nieuwe zorgstelsel in de GGZ. Ruim vijftienduizend zorgverleners deden er aan mee. Slechts zeven procent vindt de marktwerking in de GGZ wél een goed idee. Toch is ook in de GGZ de marktwerking ingevoerd, vanuit de ideologie dat dit leidt tot hogere kwaliteit tegen lagere kosten. De feiten vertellen echter een ander verhaal. Uit het rapport blijkt namelijk dat marktwerking juist de kwaliteit onder druk zet en de kosten eerder verhoogt dan verlaagt. Kortom, er lijkt in de GGZ iets heel erg mis te gaan. Maar wat speelt er concreet? We zullen deze vraag proberen te beantwoorden langs de lijnen van de drie P's waar het tegenwoordig in de GGZ om draait: de Productie, de Procedure en de Profilerings². Daarbij putten wij zowel uit onze dagelijkse ervaring als werker in de GGZ als uit het onderzoeksrapport *De GGZ ontwricht*.

Productie: alles draait om geld

Sinds de invoering van het nieuwe zorgstelsel hebben vrijwel alle zorgaanbieders in de GGZ grote financiële problemen. Oorzaken zijn onder meer dat behandelingen pas achteraf – na gemiddeld acht maanden – worden betaald, dat de versnippering in de financiering tot veel financiële onzekerheden leidt en dat verzekeraars forse budgetkorting opleggen of een lage prijs bedingen die soms niet eens de kosten dekt.

De financiële nood versterkt het productiedenken zoals dat in de afgelopen jaren toch al stevige voet aan de grond had gekregen.³ Driekwart van de hulpverleners geeft aan dat geld belangrijker is geworden ten koste van de cliënt. Financiële paniek heeft in diverse instellingen al geleid tot drastische maatregelen, waarbij vooral bezuinigd wordt op zorg en personeel. Zo worden zieke collega's veelal niet vervangen; hetzelfde geldt voor collega's wier contract afloopt of die zelf vertrekken. Een andere trend in de kostenbeheersing is het vervangen van 'dure' hulpverleners, bijvoor-

beeld psychotherapeuten, door goedkopere, bijvoorbeeld basispsychologen. Ook wordt bezuinigd op kwaliteit en arbeidsvoorwaarden, zoals opleidingsmogelijkheden en deskundigheidsbevordering.

Intussen wordt de zorg uitgekleed. Afdelingen of behandelprogramma's die te weinig geld opleveren, worden gesloten. Klinische afdelingen verworden steeds vaker tot een verblijf van 'bed and breakfast', waar de 'behandeling' bestaat uit een bed, eten en drinken en medicatie. Door tekortschietende en versnipperde financiering is het bijna ondoenlijk om effectieve en veelbelovende werkwijzen als *Assertive Community Treatment* (ACT) in te voeren. Om meer geld te verdienen worden hulpverleners onder druk gezet om zo veel mogelijk te produceren. Voor zorg op maat, écht aansluiten bij de cliënt en zijn wensen, is nauwelijks nog ruimte. Om de productie te verhogen krijgen bijvoorbeeld alle cliënten een onderzoek of krijgen grote groepen cliënten standaardbehandelingen aangeboden. Deze 'fastfood'-behandelingen passen

perfect binnen het financieringssysteem van de Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) waardoor ze beter te managen zijn en meer geld opleveren.

Er is een duidelijke tendens naar korte(re) en snelle(re) behandelingen. Soms kiest een instelling hier om strategische redenen zelf voor, soms wordt het afgedwongen door de verzekeraar vanuit het idee dat kortere behandelingen goedkoper zijn. Goedkoop is echter duurkoop, want cliënten zullen zich via het draaideurprincipe vaker aanmelden en sociaal en maatschappelijk eerder vastlopen met alle (ook financiële) gevolgen van dien. De continue druk om behandelingen zo snel mogelijk af te sluiten maakt bijvoorbeeld het bieden van laagfrequente nazorggesprekken vrijwel onmogelijk, terwijl dergelijke gesprekken vaak heel (kosten)effectief zijn en aansluiten op de behoefte van cliënten.



SP-Tweede Kamerlid Henk van Gerven tijdens de GGZ-demonstratie in de zomer van 2008

Procedure: verlamme- nde bureaucratie

Om te kunnen controleren hoe hard, snel en efficiënt de professionals werken, is een enorm bureaucratisch controleapparaat opgezet dat getuigt van wantrouwen ten opzichte van de professional. Zoals minister Klink het onlangs nog verwoordde: "We moeten van verondersteld vertrouwen naar verdiend vertrouwen".⁴ En hoe kan de professional dat vertrouwen verdienen? Door 'transparant' te zijn en zijn handelen consequent te verantwoorden. Van de werkers in de GGZ geeft 96 procent aan last te hebben van de hieruit voortvloeiende bureaucratie. Tweederde is meer dan een vijfde van de tijd kwijt aan verantwoording, registratie en administratie. Tijd die ten koste gaat van het zorginhoudelijke werk.

Daarnaast ervaren professionals het als de omgekeerde wereld dat niet zij maar het registratiesysteem bepaalt hoe er gewerkt moet worden. Zij moeten zich in allerlei bochten wringen om de dagelijkse werkelijkheid in de hokjes van het systeem te persen, om zodoende aan alle voorwaarden te voldoen en het geld te krijgen voor diensten die al lang geleverd zijn. Zorg die niet goed in de hokjes past, zoals preventieprojecten die zich richten op de kinderen van ouders met psychiatrische problematiek, raakt in de knel. Bovendien leiden de bureaucratische controlemechanismen in de praktijk tot een zorgwekkende blikvernauwing waarbij alle aandacht gaat naar het goed voor de dag komen bij de boekhouders.⁵ Hulpverleners verliezen hun creativiteit en bezieling

– en daardoor hun effectiviteit – als het systeem hen dicteert wat ze moeten doen. Niemand is gebaat bij een robot als hulpverlener, zeker in de GGZ niet.^{6 7}

Het summum van de bureaucratie is het DBC-systeem. Negen van de tien zorgverleners wil het dan ook afschaffen. Het systeem komt er in het kort op neer dat er een sticker op de cliënt wordt geplakt (de 'diagnose'), waarmee gelijk ook de behandeling is vastgelegd met bijbehorend prijskaartje. Nog afgezien van de enorme hoeveelheid registratietijd die het systeem vergt, stuit de toepassing ervan binnen de GGZ op fundamentele professioneel-inhoudelijke bezwaren. Zo is de GGZ-zorg nog moeilijker dan de somatische zorg in hokjes in te delen. Men heeft dit 'opgelost' door de diagnosecomponent van de DBC's te koppelen aan de DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual IV). Dit is echter geen diagnosesysteem, maar een methode om groepen mensen met ongeveer dezelfde klachten met stickers te typeren. In de praktijk hebben deze stickers nauwelijks een relatie met de gekozen behandelingsmethode. Het is dan ook onverantwoord en onwetenschappelijk om op basis van een DSM-IV-sticker uitspraken te doen over de benodigde behandeling en de financiering daarvan.^{8 9}

Toch gebeurt dat nu wel.

Een tweede bezwaar betreft het feit dat de DBC's (en dus de diagnose) moeten worden doorgegeven aan overheid en verzekeraars. Dit schendt de privacy van de cliënt en het beroepsgeheim van de hulpverlener. Bovendien kan nauwelijks gegarandeerd worden dat deze gevoelige informatie niet zal worden misbruikt. Het gevolg is dat de vertrouwensrelatie tussen zorgverlener en cliënt wordt ondermijnd, terwijl dit juist in de GGZ een wezenlijk onderdeel van de behandeling is.

Profilering: beeldvorming belangrijker dan inhoud

Nu de zorgverzekeraars aan de financiële knoppen van de GGZ draaien, moeten zorgaanbieders met elkaar wedijveren om contracten met verzekeraars binnen te slepen. Dit dwingt ze om te investeren in allerlei pre-activiteiten. Hierbij is het imago belangrijker dan de inhoud van de

zorg. Zorgaanbieders wringen zich in allerlei bochten om hun 'producten' ogenschijnlijk sneller, goedkoper en transparanter te maken. Het leidt tot forse ingrepen in de zorg. Zo is GGZ Friesland momenteel stevig aan het reorganiseren omdat de verzekeraar de budgetten voor behandeling met tientallen procenten wil terugschroeven. Dit betekent niet alleen dat er personeel zal moeten verdwijnen, maar ook dat net gestarte behandelingen zullen worden stopgezet. Ook bij GGNet wordt stevig ingegrepen in het zorgaanbod omdat de verzekeraar indirect kortere behandelingen afdwingt. Een grote groep cliënten zal straks kortdurende standaardinterventies krijgen aangeboden in plaats van zorg op maat. Extra pijnlijk is dat deze ingreep wordt verkocht als een 'kwaliteitsslag', terwijl het in werkelijkheid om bezuinigingen gaat. Ook bij andere instellingen spelen dit soort processen. Uit angst dat de relatie met de verzekeraar schade oploopt is men sterk gericht op aanpassing. Men 'onderhandelt' veel te vriendelijk, waardoor verzekeraars zich juist gesterkt voelen in hun onderhandelingsstactiek en nog vaker dictaten gaan opleggen: 'take it or leave it'. Ten koste van de kwaliteit van zorg.¹⁰ Sommige instellingen gaan nog een stap verder dan deze strategie van aanpassing. Zij proberen zich actief te onderscheiden van hun voormalige collega-instellingen, om zodoende voor de eigen club een zo goed mogelijke positie te verwerven binnen het nieuwe zorgstelsel. Een soort 'eigen volk eerst'-strategie die funest is voor de samenwerking tussen zorgaanbieders. Deze verminderde samenwerking bemoeilijkt het leveren van gestroomlijnde en kwalitatief goede zorg. Een voorbeeld van zo'n zich actief profilerende zorgaanbieder is PsyQ.¹¹ Zij spreken precies de taal die beleidsmakers en verzekeraars willen horen: mensen in psychische nood worden er snel en goedkoop behandeld. Daarnaast beweren ze 'effectief' te zijn en 'betere kwaliteit' te leveren, zonder deze claims te onderbouwen. Intussen verdienen ze geld door de zorg perfect af te stemmen op het financieringssysteem van de Diagnose Behandeling

Combinaties. Ze doen zoveel mogelijk datgene wat geld oplevert. Cliënten met complexe problematiek worden doorgeschoven naar de concurrent, van wie de verzekeraar – mede dankzij PsyQ – nu juist het beeld heeft dat er flink op bezuinigd kan worden.

In hun streven om het marktaandeel te vergroten speelt PsyQ namelijk nadrukkelijk in op de vooroordelen die verzekeraars en publieke opinie van de GGZ hebben. Men zet zich af tegen de reguliere GGZ door consequent de suggestie te wekken dat psychische problemen er nodeloos ingewikkeld worden gemaakt en onnodig lang worden behandeld. Met deze misleidende pr-strategie verovert men de markt. Zo gaf zorgverzekeraar Menzis het bedrijf al het predicaat 'voorkeursaanbieder'.

Een tweede voorbeeld is de Stichting Topklinische GGZ. Deze stichting is opgericht door een aantal zorgaanbieders die gespecialiseerde derdelijnszorg bieden en heeft als doel dit type zorg te faciliteren. Op de keper beschouwd komt het initiatief er echter op neer dat men voor de eigen club (de derdelijns GGZ) een uitzonderingspositie probeert te bewerkstelligen. Zo hoopt men buiten de marktwerking te kunnen blijven. Het illustreert het dilemma tussen het individuele en het collectieve belang: probeer je voor je eigen club een zo goed mogelijke positie te bevechten of trek je GGZ-breed samen op om tot een beter stelsel te komen?

Hoe nu verder?

Het doel van de stelselwijzigingen in de GGZ was om de zorg goedkoper en beter te maken. Het rapport *De GGZ ontwricht* en onze dagelijkse ervaring laten zien dat dit doel niet wordt gehaald. Integendeel: de zorg wordt duurder en slechter. Het afdoen van deze problemen als 'kinderziekten' en het zoeken van de oplossing in méér marktwerking, zoals beleidsmakers doen, roept bij ons het beeld op van de Iraakse minister van Informatie tijdens de Irakoerlog: "We will slaughter them all". Het wordt tijd dat de beleidsmakers onder ogen zien dat hun systeem niet werkt zoals het zou moeten werken. Om verdere schade

te voorkomen moet vervolgens de marktwerking in de GGZ zo snel mogelijk worden teruggedraaid. Waarna professionals en beleidsmakers gezamenlijk de verantwoordelijkheid moeten nemen om een beter systeem te ontwikkelen.

Beide auteurs zijn werkzaam in een GGZ-instelling, lid van het actiecomité 'Zorg Geen Markt', coauteur van het onderzoeksrapport 'De GGZ ontwricht' en initiatiefnemer van de website www.deGGZlaatzichhoren.nl

- 1 Palm, I., Leffers, F., Emons, T., Egmond, V. van & Zeegers, S. (2008), *De GGZ ontwricht. Een praktijkonderzoek naar de gevolgen van het nieuwe zorgstelsel in de geestelijke gezondheidszorg*, Rotterdam: Wetenschappelijk Bureau SP en actiegroep Zorg Geen Markt.
- 2 Leffers, F. & Emons, T. (2008), 'Marktwerking ontzielt GGZ', *Psy, Tijdschrift over geestelijke gezondheid en verslaving*, 12(5), 38-39.
- 3 Duis, T. (2006), 'GGZ is geen productiefabriek', *Psy, Tijdschrift over geestelijke gezondheid en verslaving*, 10(12), 38-39.
- 4 Leffers, F., Zeegers, S. & Palm, I. (2008), 'Stop de ontwrichting van de geestelijke gezondheidszorg!', *Dagblad van het Noorden*, 12 november 2008.
- 5 Leffers, F., Emons, T. & Klaver, C. (2008), 'Als de handtekening maar goed is', *Trouw*, 5 juli 2008.
- 6 Lietaer, G. (1999), 'Vergelijkend proces- en effectonderzoek in de psychotherapie: een pleidooi voor integratie?', *Tijdschrift voor Psychotherapie, speciale uitgave*, 63-75.
- 7 Groot, F. de (2001), 'Pleidooi voor meer placebo. Mogelijkheden van niet-specifieke factoren voor opleiding, werkorganisatie en praktijk van psychosociale zorg', *Dth*, 21(4), 384-397.
- 8 Jongedijk, R.A. (2001), 'Psychiatrische diagnostiek en het DSM-systeem. Een kritisch overzicht', *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 43(5), 309-319.
- 9 Kindermans, G. (2008), 'Op hol geslagen transparantie. De wondere wereld van de DBC's (2)', *De Psycholoog*, 43, 491-494.
- 10 Leffers, F., Bongaards, T., Zeegers, S., Schie, K. van & Ralston, A. (2008), 'Is er straks nog iemand die zorgt voor de geest?', *Trouw*, 6 december 2008.
- 11 Baltesen, F. (2008), 'Lekker snel van je angsten af. Commercieel hulpverleningsbedrijf verdient aan angst en depressies', *NRC Handelsblad*, 19 juli 2008.

ZORG EN WELZIJN, GEEN WINST! DE ZORGSECTOR IN VLAANDEREN NOEMEN WE NIET ZOMAAR DE 'NON-PROFITSECTOR'

Door: Mark Selleslach, Nationaal secretaris LBC-NVK Non-Profit Foto: Maarten Brys

Vermarkting en commercialisering van de zorg stoppen niet aan de landsgrenzen. Ook in Vlaanderen en België wordt strijd gevoerd tegen de uitverkoop van zorg en welzijn aan kooplui, die meer uit zijn op winst dan op solidariteit en kwalitatieve zorg. LBC-NVK, met 80 procent veruit de grootste vakbond in Vlaanderen in de zorgsectoren, staat met haar actiebeweging, de 'Witte Woede', al 20 jaar op de bres voor betere loon- en arbeidsvoorwaarden voor het zorgpersoneel. Jobs in de zorg moeten aantrekkelijk blijven omdat een goede collectieve dienstverlening de hoeksteen is van een zorgzame samenleving. Van meet af aan stelde de Witte Woede vast dat resultaten niet als dauw uit de hemel vallen en evolueerde zij naar een massale actiebeweging over de sectoren heen. Acties om akkoorden af te dwingen van de overheid, gebaseerd op actieve vertegenwoordigingen in de zorginstellingen en organisaties zelf, in alle sectoren en in alle regio's. Sectoren komen samen op voor gemeenschappelijke doelen, maar springen elkaar ook bij in thema's die op een bepaald ogenblik één sector treffen. De Witte Woede zag de tendenzen naar commercialisering en marktwerking ook in België en Vlaanderen de kop opsteken. Zonder veel maatschappelijke discussie sluipt de commercialisering binnen in de ouderzorg, de gezondheidszorg, de kinderopvang, de gehandicaptenzorg en andere. Waar ze kan, trekt de overheid zich terug uit haar maatschappelijke verantwoordelijkheid en drijft ze mee met de neoliberale politiek die aanwaait vanuit Europa. 'Hoe minder regels hoe beter.' Een gebrekkige financiering en de situatie van de overheidsfinancien leidt tot hiaten in het zorgaanbod. Op die wijze wakkert men onrechtstreeks de kooplui aan, die deze 'markt' maar wat graag willen veroveren. Commerciële groepen, vaak internationaal actief, willen ook in België verder aan de slag. We behoeden ons ervoor dat

de regelgeving, die de zorgsector nog redelijk beschermt, zou gewijzigd worden. Hetzij door zware ingrepen, hetzij door een afbrokkelingspolitiek die reeds aan de gang is. Waarom we in Vlaanderen en België tegen vermarkting en commercialisering zijn, is niet anders dan in Nederland, of in gelijk welk ander land in Europa of in de wereld. Het winstprincipe introduceren in de zorg leidt tot een zorg met twee snelheden, verslechterende van de kwaliteit en de beschikbaarheid, aftakeling van de solidaire financiering, slechtere loon- en arbeidsvoorwaarden, verschraling van het zorgaanbod, personeelsgebrek, wachtlijsten, afbouw van de kwalificaties, ongelijkheid en vermindering van de toegankelijkheid voor iedereen. De zorg die mensen nodig hebben mag niet afhankelijk zijn van de dikte van hun portemonnee. De zorgwerknemers zijn geen speelbal van de markt, en nog veel minder de moderne slaven die voor een laag loon en slechte werkomstandigheden er het beste moeten van zien te maken. De Witte Woede heeft niet gedurende 20 jaar de sector uit een grijs verleden opgekrikt om nadien toe te laten dat de achteruitgang wordt ingezet vanuit winsthonger en vermarkting. Met acties en campagnes volgen we de politieke overheid op de voet en bouwen we aan een tegenmacht. Dat doen we bij voorkeur niet alleen vanuit de vakbonden, maar zij spelen wel een heel belangrijke rol. Vorig jaar namen we actief deel aan de oprichting van het "Actieplatform Gezondheid en Solidariteit".

Het Actieplatform is een Belgisch samenwerkingsverband, over kleuren en partijgrenzen heen, van vakbonden, mutualiteiten, niet-gouvernementele organisaties en allerlei actieve netwerken om samen op te komen voor een solidair en progressief gezondheidsbeleid. Verzet tegen commercialisering en vermarkting van de zorg, een voldoende aanbod van toegankelijke en kwalitatieve zorg, een efficiënt en betaalbaar geneesmiddelenbeleid, rechtvaardige en eerlijke werkomstandigheden zijn enkele van de centrale thema's. Het Actieplatform wil bewust niet de zoveelste 'denktank' zijn, maar richt zich op bewustmaking, sociale actie en lobbying. Een groot draagvlak met vele organisaties, waaronder erg grote sociale organisaties in Vlaanderen en België, is absoluut noodzakelijk om weerwerk te bieden. Daarom leggen we ook contacten waar mogelijk met gelijkaardige actiebewegingen in andere landen van Europa en in de wereld.

'Zorg geen Markt' en de thema's die jullie aankaarten zijn voor ons zeer herkenbaar. Het is schokkend om vast te stellen, ondanks de wat verschillende organisatiestructuur van de zorgsectoren en de financieringswijzen, hoe gelijklopend de tendenzen in de zorgsector zijn, en hoe gelijkaardig de negatieve gevolgen zijn van marktwerking op de mensen die zorg nodig hebben en op de werknemers die de zorg bieden. Schokkende herkenbaarheid, maar ook bewondering omdat er weerwerk geboden wordt. De situatie is heel ernstig. Er staat veel op het spel.

De uitdaging om de zaak ten goede te keren is groot. Uitwisseling, delen van ervaringen en wederzijdse steun kunnen erg belangrijk zijn om de strijdbaarheid te organiseren. Commercialisering en vermarkting stopt niet aan de landsgrenzen. Solidariteit en uitwisseling over de sociale actie doet dat dus beter ook niet.



“ER IS GEEN STANDAARDRECEPT VOOR LINKS STADSBESTUUR IN TIJDEN VAN CRISIS”

Tekst: Hans van Heijningen en Diederik Olders

Martina Michels is vice-voorzitter van de Die Linke-fractie in de gemeenteraad van Berlijn, dat tegelijk het landsparlement is omdat Berlijn behalve stad ook één van de zestien ‘Bundesländer’ is. Die Linke regeert voor de tweede keer mee – de eerste keer nog onder de naam PDS. De partij ging deelnemen aan het stadsbestuur op een moment dat Berlijn zo goed als failliet was. Een grote stad als Berlijn financieel saneren zonder de mensen een oor aan te naaien, kan dat?

Hoe konden de schulden van Berlijn zo hoog oplopen vóór 2000 zonder dat er werd ingegrepen?

“Tot 2000 regeerde in Berlijn een grote coalitie van CDU (christendemocraten) en SPD (sociaaldemocraten), onder leiding van de CDU. Er zijn twee hoofdoorzaken voor de hoge schulden: ten eerste de problemen van de hereniging van Duitsland en ten tweede het feit dat de politiek verantwoordelijken niet gedaan hebben wat zij hadden moeten doen.

Voor de val van de Muur had West-Berlijn weinig financiële zorgen. Bij tekorten kon men altijd rekenen op financiële steun van de regering van West-Duitsland, die er veel aan gelegen was om de positie van West-Berlijn als ‘frontstad’ in het Oosten te verstevigen. Oost-Berlijn kon zich op haar beurt verheugen in de bijzondere aandacht van de DDR. Bij de hereniging in 1989 viel die bijzondere positie van beiden delen van Berlijn in één klap weg. Zo kreeg de stad van de ene dag op de andere nog nauwelijks extra hulp, terwijl de problemen om de deling te overwinnen juist extra groot waren. Berlijn had twee openbare diensten, drie universiteiten, drie opera’s, twee volstrekt van elkaar gescheiden verkeersnetten – alles was in Berlijn dubbel en functioneerde onafhankelijk van elkaar. Dat moest allemaal samengevoegd en vaak ook uitgebreid worden. Berlijn bevond zich in de unieke situatie dat zij het herenigingsproces binnen één stad moest zien te volbrengen. Daar kwam nog bij, dat in Oost-Berlijn de industrie over de kop ging. De financiële problemen waren hier groter dan waar ook en konden niet op eigen kracht overwonnen worden. Achteraf zijn alle partijen het erover eens dat destijds veel te snel is besloten om de bijzondere status van Berlijn op te heffen.

De CDU-SPD-coalitie paste zich niet snel genoeg aan de nieuwe situatie aan. Ze wachtte veel te lang op hulp vanuit Bonn en richtte zich op het verwezenlijken van grote statusprojecten in de hoop dat die ooit geld op zouden leveren voor de stad, in plaats van zich te richten op het oplossen van de structurele problemen van de stad. Ze gaven oude antwoorden op nieuwe vragen. De oude frontstadmentaliteit van corruptie en mismanagement bleef bestaan. Neem nu het voorbeeld van de Berliner Landesbank die door de overheid opgericht



Foto: Hans van Heijningen

werd in de verwachting dat de winsten naar de stad zouden vloeien. Toen deze bank in crisis raakte – lang vóór de huidige kredietcrisis – werden de gaten gedicht met onbetrouwbare fondsen. Totdat de crisis zo omvangrijk werd, dat die openbaar werd en de bank instortte. De deelstaat Berlijn was als hoofdeigenaar aansprakelijk voor de schulden. De voorzitter van de Raad van Toezicht van de bank was de toenmalige fractievoorzitter van de CDU in het Berlijnse parlement. Dat laat zien hoe verweven de politieke en de financiële wereld op dat moment waren.

In 2000 was Berlijn met een schuldenlast van 54 miljard euro praktisch failliet. Alleen met een strikt bezuinigingsregime en een omslag in het denken zou Berlijn er weer bovenop kunnen komen. Bij de verkiezingen in 2001 was de PDS zo groot geworden, dat we er niet aan ontkwamen om serieus na te denken over meebesturen.”

Hoe verliepen de coalitieonderhandelingen?

“Voordat de onderhandelingen tussen SPD en PDS begonnen, waren er oriënterende gesprekken tussen SPD, die Grünen (groenen) en de FDP (liberalen). Die waren snel klaar; vooral de liberalen wilden extra belastingen invoeren, iets wat zowel SPD als de groenen niet zagen zitten. Daarnaast zagen de groenen dat het benodigde bezuinigingsregime behoorlijke spanningen zou opleveren. Zij lieten deze bittere pil graag aan zich voorbijgaan. De PDS was met 23 procent de derde partij geworden – met de SPD samen gaf dat een duidelijke meerderheid. Onze lijsttrekker Gregor Gysi was voor veel kiezers een bron van hoop. Toen de SPD ons vroeg mee te doen, stonden we voor een keuze. Of we weigerden mee te regeren waardoor de terecht door de kiezer weggestuurde coalitie SPD-CDU verder kon. Of we waagden een poging om een nieuw begin te maken. We kozen voor die laatste optie omdat je het niet kunt maken om aan de kant te blijven staan wanneer de kiezers jou het mandaat geven om mee te regeren. De belangrijkste opgave van de nieuwe regering zou het op orde brengen van het huishoudboekje worden, zodat Berlijn ruimte zou krijgen om weer iets op te bouwen. In 2001 begonnen we; senator Gysi met de portefeuille Economie, Werk en Vrouwen, senator Flierl met Cultuur en senator Knacke-Werner met Gezondheid en Sociale Zaken.” (De regering van Berlijn heet de senaat met maximaal acht ministers/wethouders/senatoren en een ‘regerend burgemeester’ - red.)

Hoe pakte dat uit?

“We kwamen er vrij snel achter dat je alles kwijt bent wat we niet vast hadden gelegd in het collegeakkoord. Open kwesties worden doorgaans beslist door de sterkste partij en dat was in ons geval de SPD.

Iets anders is dat het bezuinigingsbeleid de nodige weerstand opriep, zeker ook bij onze eigen mensen. Aan gehandicapten kun je wel uitleggen dat ze in Berlijn met SPD en die Linke beter af zijn dan in andere delen van Duitsland, maar als je relatieve verslechtingen doorvoert roept dat weerstanden op. Mijn God, wat een ellende was dat soms. Ik zie me daar nog het woord voeren op een congres waar de eerste rijen ingenomen waren door partijleden die in een rolstoel zaten. Op dat soort momenten sloeg ook bij mij wel eens de twijfel toe, ook al beschouw ik mezelf als een harde.”

Hoe waren de reacties?

“In het begin was er enorme weerstand, vooral in West-Berlijn en uit de hoek van de landelijke CDU en de FDP. ‘Het einde van het avondland’ (Europa, red) werd voorspeld. De SPD waren verraders, die zich met communisten, de ‘Stasi-partij’, hadden ingelaten. De investeerders zouden wegtrekken en de economie zou instorten. Dat was ook de toon in de media. Dat is allemaal niet uitgekomen.”

In 2006 waren er weer verkiezingen. Hoe oordeelden de kiezers over jullie?

“We zijn teruggevallen, van 23 naar 13 procent. De SPD bleef even groot, maar die hadden een flinke burge-meestersbonus – de inmens populaire, homoseksuele burgemeester Klaus Wowereit. In Berlijn-Oost vielen we zelfs terug van 48 naar 28 procent. De WASG – die zich later aan zou sluiten bij die Linke – deed nog zelfstandig aan de verkiezingen mee, als protest tegen onze rege-ringsdeelname. Daar had ik het toen wel moeilijk mee, die zogenaamde principiële linksen die hun handen niet vuil wilden maken. Ook de opstelling van de WASG heeft ons toen stemmen gekost.”

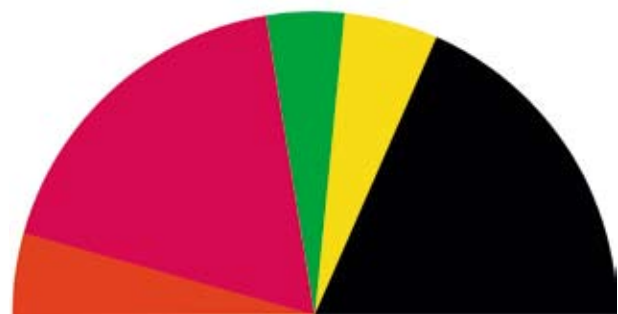
Was de terugval niet te voorkomen?

“We waren in ons verkiezingsprogramma in 2001 duidelijk geweest over de noodzaak om het huishoud-boekje van Berlijn op orde te brengen. Dat nam niet weg dat de daarvoor noodzakelijke bezuinigingen bij veel mensen hard aankwamen. De herkenbaarheid van de linkse politiek ging verloren en we slaagden er niet in om onze oplossingen en alternatieven over te brengen naar de mensen. Onze communicatiestructuur was te weinig ontwikkeld. Zelfs partijleden voelden zich te weinig betrokken en geïnformeerd.”

Toch hebben jullie onderhandeld over een nieuwe links-linkse coalitie. Hoe verliep dat?

“In 2006 stond Berlijn er duidelijk beter voor dan in 2001 en we voelden er niets voor om het veld te ruimen nadat we de rotzooi op hadden geruimd. Bovendien hadden we bewezen te kunnen besturen. De onderhandelingen waren dan ook eenvoudiger dan vijf jaar daarvoor. Er was nu ook ruimte om keuzes te maken in de opbouw van Berlijn. Die Linke heeft zich op vier concrete projecten geconcentreerd. Banen in de publieke sector, wijk scholen (een soort brede school, red), ecologische stadsontwikkeling en versterking – en dus niet privatisering – van de nog

Zetelverdeling in de Bondsdag



	Zetels
■ CDU/CSU	226
■ FDP	62
■ BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	51
■ SPD	222
■ DIE LINKE	54

bestaande gemeentebedrijven. Deze vier punten hebben we vanaf het begin binnen én buiten de partij duidelijk naar voren gebracht. De portefeuillevverdeling sloot goed aan bij onze zwaartepunten. Senator Wolf kreeg Economie, Werk en Vrouwen, senator Knacke-Werner Sociale Zaken en Integratie, en senator Lompscher Gezondheid, Milieu en Consumentenbescherming.”

Bestaan er binnen Die Linke tegenstrijdige opvattingen over bestuursdeelname?

“Linkse partijen met regeringsverantwoordelijkheid richten zich op het uitvoerbare. In de oppositie heb je alle ruimte voor fundamentele kritiek. Toen we toetraden tot het bestuur van Berlijn hadden we onze ideaalbeelden nauwelijks getoetst op betaalbaarheid en praktische verwezenlijking. Dat kun je je in de regering niet meer veroorloven. Bij elk beleidsvoorstel moet je de beperkte handelingsvrijheid incalculeren, gegeven de wetten en regels waar je mee te maken hebt. Daarbij komt dat je rekening moet houden met mogelijke noodzakelijke compromissen met de coalitiepartner. We hebben moeten leren niet alleen vergezichten te formuleren, maar ook na te denken over de stappen die je moet zetten in de realisering daarvan. Vergezichten zijn nu eenmaal niet één op één te vertalen in beleid. Dat duidelijk te maken naar je eigen mensen en naar de bevolking toe lukt niet altijd: sommige delen van het beleid zien er van buiten uit als slappe compromissen. Daarom vinden we het belangrijk een paar deelsuccessen zichtbaar te maken, onze actieve mensen inzicht te geven in de totstandkoming van beslissingen en de alternatieven en consequenties daarvan met hen door te

rekenen. We horen vaak dat Die Linke in de regering te weinig ‘systeemkritisch’ is. Dat maakt het belangrijk om de herkenbaarheid van links te vergroten. We moesten leren hoe we het onderscheid met de SPD en zelfs tegenstellingen met de SPD openbaar konden maken, zonder dat de media daar meteen het einde van de regeringscoalitie uit afleidde, wat een geliefd spelletje van de media is. Dat lukt ons nu een stuk beter dan in de eerste regeringsperiode.

Vanuit de regering moeten we laten zien wat ons handelen concreet voor de burger betekent. Dat schoolt je realiteitszin en brengt conflicten met zich mee. Als het bijvoorbeeld gaat om hogere lonen van ambtenaren, dan zijn we solidair met de vakbonden, en tegelijk leggen we aan de onderhandelingstafel uit waarom we niet in staat zijn alle eisen in te willigen. De verhouding met de groenen is scherper dan toen we gezamenlijk oppositie voerden. Het bewijs dat links kán besturen, is een belangrijke boodschap voor de samenleving. De moeilijkheid zit hem er vooral in te laten zien dat links regeren echt anders is dan midden of rechts regeren.”

Hoe gaat de samenwerking met de SPD?

“We hebben een goede samenwerking, die is gebaseerd op vertrouwen. De Berlijnse SPD behoort tot de linkervleugel van de SPD. Dat ligt aan de mensen, en ook aan het feit dat we in het oosten van Duitsland zitten. In de eerste regeringsperiode was de samenwerking wat geruislozer, vooral omdat de noodzaak van de financiële sanering ons verbond. In de huidige coalitie gaat het weer meer over opbouw, en nu spelen inhoudelijke discussies en pogingen om je als partij te profileren een grotere rol. We zijn voor de SPD een betrouwbare optie om mee te regeren. Tegelijk zie je dat de groenen in hun gemeenschappelijke oppositie met CDU en liberalen chaotisch en onberekenbaar zijn. Maar we maken ons geen illusies: bij een volgende verkiezing en andere machtsverhoudingen kan de positie van de SPD zo maar veranderen. Reden temeer om aandacht te besteden aan partijopbouw en behoud van onze eigen ideologie.”

Hoe werken afdeling, fractie en bestuurders samen?

“Onze senatoren zijn actief aanwezig op alle partijvergaderingen en -bijeenkomsten. Zij komen ook altijd naar fractievergaderingen. Voor ondersteuning bij bijvoorbeeld de bepaling van standpunten staan onze bestuurders ter beschikking van de fractie. Elk wetsvoorstel

Politieke partijen in Duitsland

Bij de verkiezingen van 2005 kwamen de volgende partijen in de Bondsdag: SPD (34,2%), CDU (27,8%), CSU (7,4%), FDP (9,8%), Die Linke (8,7%) en Bündnis 90/Die Grünen (8,1%).

SPD: Sozialdemokratische Partei Deutschlands (Sociaaldemocratische Partij van Duitsland). Ledental: 523.000. Ideologisch te vergelijken met de PvdA.

CDU: Christlich Demokratische Union Deutschlands (Christelijk Democratische Unie van Duitsland). Ledental: 530.000. In de zuidelijke staat Beieren bestaat de CDU niet; daar is wel zusterpartij CSU, waarmee de CDU op federaal niveau samenwerkt.

CSU: Christlich-Soziale Union (Christelijk Sociale Unie). Ledental: 167.000. Bestaat alleen in Beieren. De CSU staat bekend als conservatiever dan de CDU.

FDP - Freie Demokratische Partei (Vrije Democratische Partij). Ledental: 66.000. De FDP is te vergelijken met de VVD en een vleugje D66; er zijn sociaal-liberale en conservatief-liberale stromingen binnen de partij.

Die Linke (De Linkse). Ledental: 76.000. Zie verder het andere kader.

Bündnis 90/Die Grünen (Bondgenootschap 90/De Groenen). Ledental: 45.000. Te vergelijken met GroenLinks, is het een fusiepartij van de Oost-Duitse Bündnis 90 en de West-Duitse Die Grünen.

wordt door onze senatoren voorgelegd aan vertegenwoordigers van belanghebbenden. De fractie organiseert parallel daaraan raadplegingen en discussierondes. Een succesvol voorbeeld van mensen betrekken bij beleid was ons wijkscholen-project. De portefeuille Onderwijs ligt bij de SPD – we moesten ze dus eerst overtuigen om een modelproject te starten. Tijdens uitgebreide discussiebijeenkomsten op allerlei onderwijslocaties kwamen tal van opvattingen naar voren die onze visie ondersteunden. Daarmee hebben we de SPD in beweging gekregen. Iets dergelijks hebben we ook weten te bewerkstelligen door studentenvertegenwoordigers te betrekken bij de vernieuwing van het Berlijnse hogeschoolsysteem. En er zijn nog meer voorbeelden.”

Hoe verhouden jullie je tot links-radicalen?

“Dat is niet eenvoudig. Zo moet je als je regeringsverantwoordelijkheid hebt, tegen kraakacties optreden (in Duitsland verboden - red). Geweld proberen we te voorkomen. Dat lukt bijvoorbeeld heel goed bij de jaarlijkse 1 mei viering. In het verleden kwam het standaard tot ongeregelde rellen op die dag. Door maatschappelijke krachten te organiseren en straatfeesten te organiseren onder het motto ‘1 mei is van óns!’ hebben we daar tegenwicht aan weten te bieden. Met de politie hebben we afgesproken dat ze conflictteams in burger inzetten en zich terughoudend opstellen. Maar klaarstaan als er toch iets gebeurt. Deze aanpak heeft zijn waarde bewezen.

Soms kiezen we de kant van degenen die burgerlijk ongehoorzaam zijn. De partij staat bijvoorbeeld aan de kant van de dienstplichtweigeraars en demonstreert openlijk tegen oorlog en tegen onze militaire aanwezigheid in Afghanistan. Onze senatoren zijn standaard niet aanwezig bij het beëdigden van legerrekruten. Daaraan wordt door de media zwaar getild, maar wij vinden het de moeite waard om ons op die manier te onderscheiden.”

Mogelijk moet links de kolen uit het kapitalistische crisistvuur halen. Hoe beperk je het risico dat je dat politiek de kop kost?

“Ook hier geldt volgens mij dat we eerst onze alternatieven op haalbaarheid moeten toetsen. Niet alles waar links voor is, is direct in beleid om te zetten. We moeten doelen op lange en korte termijn formuleren. Wij streven weliswaar een andere maatschappij na, maar in concrete situaties moeten we antwoorden hebben op de vragen waar mensen vandaag mee geconfronteerd worden. Het systeem is niet van vandaag op morgen te veranderen. Als we inhoudelijk een andere richting aan de politiek kunnen geven (socialer, maatschappelijk solidairder enzovoort), als we de politieke besluitvorming transparanter weten te maken, een effectievere controle van besluitvormers kunnen invoeren of een rechtvaardiger verdeling van maatschappelijke rijkdom kunnen bewerkstelligen, dan wordt de maatschappij door linkse regeringsdeelname in ieder geval een stuk beter. Niet alles beloven, geen luchtkastelen bouwen, maar je op concrete punten concentreren, daarvoor bondgenoten zoeken; en voor alles als links herkenbaar blijven. De standpunten die je inneemt, moeten door een brede

meerderheid van je partij gedragen worden. Het klinkt allemaal nogal abstract en algemeen misschien, maar er is geen standaardrecept. Elke situatie moet niet theoretisch, maar praktisch, realistisch benaderd worden.”

Die Linke

De PDS (Partei des Demokratischen Sozialismus; Partij van het Democratische Socialisme) werd in 1989 in Oost-Duitsland opgericht. De ideologie was socialistisch. De partij maakte naam als “Kümmerpartei”; als de enige partij die zich om de Oost-Duitse verliezers van de Duitse hereniging bekommerde, en had redelijk electoraal succes. In 2005 werd de naam veranderd in Die Linkspartei/PDS. Dit op verzoek van de West-Duitse sociaaldemocratische partij WASG, waarmee men een lijstverbinding wilde aangaan. WASG (Arbeit & soziale Gerechtigkeit – Die Wahlalternative; Arbeid & Sociale Gerechtigheid – Het Verkiezingsalternatief) was in 2005 opgericht uit onvrede met het neoliberale beleid van de coalitie tussen SPD en Die Grünen. WASG was links-sociaaldemocratisch. Oscar Lafontaine was een voormalig SPD-minister van Financiën, die in 2005 besloot zich bij WASG aan te sluiten. Hij en andere WASG-leden kwamen bij de verkiezingen van 2005 op de lijst van Die Linkspartei/PDS als ‘onafhankelijk kandidaat’. In 2007 besloten Die Linkspartei/PDS en WASG te fuseren tot Die Linke. Lafontaine deelt met PDS'er Lothar Bisky het partijvoorzitterschap.



Oscar Lafontaine



Lothar Bisky

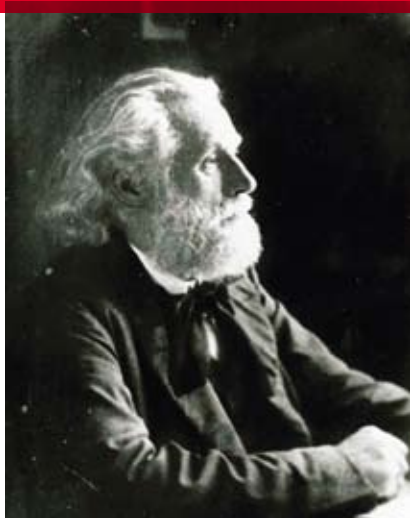
HET RIJKE

DEEL 41

Sjaak van der Velden over *Ferdinand Domela Nieuwenhuis* en *Peter Kropotkin*

ROOIE LEVEN

DOMELA NIEUWENHUIS EN KROPOTKIN



Domela Nieuwenhuis

Ferdinand Domela Nieuwenhuis (Amsterdam 1846 – Hilversum 1919), tijdenlang *Us Ferlosser* genoemd en de apostel van de arbeiders, was in de geschiedschrijving van de arbeidersbeweging jarenlang omstreden. Vooral de sociaal-democraten zagen hem als een zwalkend leider en een figuur 'in verval'. Zijn belang voor het begin van het socialisme in ons land is echter onbetwist.

Na de vorming van de Sociaal-Democratische Bond werd hij een van de leidende figuren. In 1888 kwam Domela als eerste sociaal-democraat in de Tweede Kamer. Hij was een toegewijd Kamerlid. Als eenling had hij echter geen benijdenswaardige positie en dat verklaart mede zijn latere afkeer van parlementair werk. Domela Nieuwenhuis kwam steeds meer onder invloed van het anarchisme te staan, hoewel hij zich daar aanvankelijk tegen afzette. Hij wilde dat parlementairen én revolutionairen samenwerkten. Na de oprichting van

In 1912 schreef Ferdinand Domela Nieuwenhuis het boek *Darwin-Kropotkine. De twee grote wetten der natuur*. In dit boek stelde hij de gangbare opvattingen van Darwin tegenover die van Peter Kropotkin. Bij Darwin denken we allemaal aan de strijd om het bestaan als motor van de ontwikkeling van de biologie. Helaas is deze gedachte in de maatschappijwetenschappen en de politiek veelvuldig misbruikt om het kapitalisme te promoten als de beste maatschappijvorm.

de SDAP, de voorloper van de PvdA, was de scheuring echter een feit. Domela bleek vanaf 1898 definitief anarchist. Als het socialisme zich via het parlement verbond met de staat, dan zou het volgens hem verworden. Als consequente anarchist wees hij elke vorm van organisatie af. Buiten de anarchistische beweging liet Domela weinig meer van zich horen. Zijn onverminderde populariteit bleek echter bij zijn begrafenis in 1919 toen tienduizenden hem in Amsterdam de laatste eer bewezen.

Inspiratie haalde Domela Nieuwenhuis onder andere bij buitenlandse anarchisten, zoals de Rus Pjotr Aleksejevitsj Kropotkin (Moskou 1842 – Dmitro 1921). Deze Russische vorst ontwikkelde zich tot een revolutionair en anarchist. Ook was hij geograaf en geoloog.

Kropotkin was van 1872 tot 1874 lid van een revolutionaire organisatie in Sint-Petersburg. Hij voerde revolutionaire propaganda onder de arbeiders van die stad, maar kwam in de gevangenis waaruit hij ook weer ontsnapte. Van 1876 tot 1917 verbleef hij noodgedwongen in het buitenland waar hij lid was van anarchistische organisaties. Midden in de Russische revolutie keerde hij terug naar zijn vaderland, waar hij enthousiast was over de revolutie. Hij bekritiseerde echter ook de hardvochtige maatregelen van de sovjetregering tegen

andersdenkenden. Hoewel de communisten de anarchisten heftig bestreden, gaven zij toch toestemming voor een waardige begrafenis van Kropotkin in 1921.

Kropotkin publiceerde op het gebied van de ethiek, de sociologie en de geschiedenis van de Franse revolutie. Hij constateerde onder andere dat bij dieren van dezelfde soort geen sprake was van strijd om het bestaan. Wederzijdse hulp en onderlinge solidariteit blijken essentieel voor het behoud en de evolutie van iedere diersoort. Ook de mens is er volgens Kropotkin toe geneigd een genereuze houding aan te nemen, opofferingsgezind te zijn en onbaatzuchtig. Dat zou vooral blijken in kleinschalige en solidaire gemeenschappen. Zo schreef hij over de Commune van Parijs van 1871, dat deze het vertrekpunt kon worden voor toekomstige revoluties. De moderne staat was volgens Kropotkin de grootste hindernis voor het bereiken van een maatschappij gebaseerd op onbaatzuchtigheid, vrijheid en gelijkheid. De afbraak van de staat zou daarom de enige weg zijn naar solidair gedrag van de mens en de bevrijding van het individu en de vooruitgang van de maatschappij.



Fragmenten uit *De twee groote wetten der natuur*

'Het is dus de kennis van de wetten, die de natuur beheerschen, aan wier nasporing wij onze beste krachten moeten wijden.

Twee wetten vooral zijn het, schijnbaar elkaar tegensprekende, in waarheid elkaar aanvullend, die alles beheerschen. Wij zouden ze dus de grondwetten van de natuurlijke samenleving kunnen noemen.

Ze zijn:

1. De wet van den strijd om het bestaan.
2. De wet van wederkeerig dienstbetoon.

Aan de eene wet blijft steeds en ten nauwste verbonden de naam van Charles Darwin, aan de andere die van Peter Kropotkine. Want al zijn zij niet in den strikten zin des woords de uitvinders, daar hun denkbeelden hier en daar overal verstrooid voorkomen, zij hebben de onschatbare verdienste gehad de feiten zoodanig bijeengegaard en verbonden te hebben, dat sinds hen de denkende wereld van het bestaan ervan overtuigd is geworden.'

'Wanneer wij op een schoonen zomeravond hooren, hoe de vogels rondom ons zorgeloos hun gezang

laten weerklinken en de geheele natuur rust en kalmte schijnt te ademen, dan denken wij er niet aan, hoe dit alleen mogelijk is door een voortdurende en grote vernietiging van vele levende wezens, daar de vogels zich voeden met insecten of planten; wij denken er verder niet aan, hoe de zangers, die wij hooren, alleen de weinigen zijn die van zoovele broeders zijn overgebleven, want de meesten zijn als slachtoffers gevallen van roofvogels of dieren, of wel van weer, gebrek aan voedsel, koude, enz. De trek van zelfbehoud noopt de organische wezens voortdurend tot een dikwijls wreede vernietiging van vreemde levens.'

'Naast den onderlingen strijd, dien men in de natuur kan waarnemen, vindt men een anderen faktor van overwegend belang, namelijk het wederkeerig dienstbetoon en het is zeer de vraag, welke van beiden den grootsten invloed uitoefent. Wederkeerig vertrouwen en persoonlijk initiatief worden in de dierenwereld veel opgemerkt en daarom kan men zelfs zegen: geen mededinging want deze is altijd schadelijk voor de soort en er bestaan overigens middelen in overvloed om haar te vermijden. Die strekking toont de geheele natuur en daarom klinkt uit ons heestergewas, Bosch, rivier en oceaan den roep tegemoet: Vereenigt U! Past wederkeerig dienstbetoon toe! Dit is het beste middel om aan elk en aan allen de grootste veiligheid te schenken, de beste waarborg van vooruitgang en van lichamelijk, verstandelijk en zedelijk voortbestaan. Het is de les die de Natuur ons geeft en dit is al wat de dieren doen die den hoogsten rang bekleeden in hun wederzijdsche soorten.'

'De gezelligheid en het wederkeerig dienstbetoon vindt men veelal bij de zoogdieren. De wolven jagen in troepen en zij vallen de paarden nooit anders dan in troepen aan. Maar ook de paarden wachten een aanval gezamenlijk af. Rukken de wolven niet dadelijk op, dan loopen zij gevaar door de paarden omringd en met hoefslagen gedood te worden.'

'Naarmate wij de ladder der evolutie opklimmen, zien wij de gezelligheid meer en meer bewust worden. Bij de

hoogere werveldieren is zij periodiek, of wel de dieren worden gezellig om aan gegeven behoeften te voldoen – voortplanting der soort, trekken, jagen of onderlinge verdediging.'

'Het maatschappelijk leven is het krachtigste wapen in den strijd om het bestaan. Het stelt de zwakste insecten, vogels en zoogdieren in staat zich te verdedigen tegen de gevaarlijkste roofdieren en roofvogels, het stelt de dieren in staat met een minimum van krachtsinspanning hun kroost groot te brengen en hun aantal te behouden ondanks een zeer laag geboortecijfer.'

'Het gezellige leven gaat hand in hand met een overeenkomstige ontwikkeling van sociale gevoelens en vooral van een soort kollektief begrip van rechtvaardigheid, dat tot gewoonte is geworden.'

'Wij vonden, dat de niet gezellige soorten zijn veroordeeld tot verval, terwijl de gezellige, waartoe de mensch behoort, tot hoogere ontwikkeling komen. De menschen leefden eerst in clans en stammen, daaruit groeide de barbaarsche dorpsgemeenschap en een nieuwe, nog wijdere kring van maatschappelijke gewoonten, gebruiken en instellingen, waarvan het gemeenschappelijk bezit en de gemeenschappelijke verdediging van een gegeven grondgebied, onder de rechtsmacht der volksvergaderingen en in het bondgenootschap van dorpen die behoorden of ondersteeld werden te behooren tot één stam.'

'De opkomst van den staat naar het model van het keizerlijke Rome, maakte met geweld een einde aan alle middeleeuwse instellingen van wederkerig dienstbetoon.'

'Naast deze faktor heeft altijd bestaan en bestaat nog een andere, n.l. het zelfstandig optreden van het individu en ook daarin ligt een faktor van vooruitgang. Deze beide stroomingen moeten in de evolutie voor oogen worden gehouden. De worsteling tusschen deze krachten zijn feitelijk de grondslag van de geschiedenis.'

DE CENTRALE GEDACHTE IS DAT DE NATUUR NIET SLECHTS WORDT BEHEERST DOOR DE STRIJD VAN ALLEN TEGEN ALLEN

Het boekje van Domela Nieuwenhuis is eigenlijk een samenvatting van het dikke boek van Kropotkin *Wederkerig dienstbetoon, een factor der evolutie*. De centrale gedachte is dat de natuur niet slechts wordt beheerst door de strijd van allen tegen allen, de strijd om het bestaan of het recht van de sterkste maar juist ook door de samenwerking, door symbiose en hulp aan elkaar.

Toen ik begin jaren zeventig bij boekhandel Pegasus op de Hoogstraat in Rotterdam een boek van Roel van Duyn pakte, *De boodschap van een wijze kabouter*, raadde de communistische verkoper mij af om dat soort bocht te lezen. Dan maar Lenin, dat was betere lectuur volgens de beste man.

Normaal trok ik me niet veel aan van de woorden en adviezen van oudere mannen, maar voor oude communisten had ik groot ontzag. Zij bleken namelijk vaak heel veel te weten en goed geschoold te zijn. Ik zette het boek daarom terug in de schappen en kocht iets anders.

Wat zonde. Vele jaren later kwam ik het boekje van Van Duyn weer tegen en toen heb ik het wel gekocht (en ik keek niet eens over mijn schouder of iemand het zag). Nu drong ook de ondertitel van het werkje tot mij door: *Een beschouwing over het filosofische en politieke werk van Peter Kropotkin in verband met onze huidige keuze tussen catastrofe of kabouterstad*. Het ging dus helemaal niet zozeer over Van Duyn zelf, maar over Kropotkin. Wat gaf Van Duyn de ideeën van Kropotkin goed weer.

Natuurlijk was de bekende Rus een anarchist en anarchisten liggen al sinds rond 1900 niet erg goed in socialistische kringen. Ze werden door oude kameraden van mij wel eens binnenstebuiten gekeerde liberalen genoemd, en erger kan haast niet. Zeker de vroege anarchistische beweging in ons land was echter een

zeer actieve stroming, waarvan de aanhangers zeer actief waren in de vakbeweging en de anti-oorlogsbeweging. Toen sommigen van hen overgingen naar het individuele anarchisme, gingen veel andere anarchisten over naar de socialistische en communistische beweging. Zij beseften goed dat strijd voor een betere maatschappij alleen collectief kan gebeuren en de individueel-anarchisten namen afscheid van de strijd voor een socialistische samenleving. Ze dachten er alleen nog maar over na.

Heel interessant vond ik de verwijzingen van Van Duyn naar de ideeën van Kropotkin over wederkerig dienstbetoon. Met die oude gedachten, zo mooi verwoord door Domela Nieuwenhuis, ging de Russische prins al lang geleden in tegen het liberale project van ieder voor zich en God voor ons allen.



Ideeën in de wetenschap volgen vaak het maatschappelijke debat. Het recht van de sterkste was in die tijd een geloofsartikel voor liberalen die zich sterk maakten voor de vrije ontplooiing van het kapitalisme en zich verzetten tegen socialisten en staatsingrijpen. Zij waren ervan overtuigd dat de mensheid sterker en beter werd van onderlinge strijd. Die gedachte die

meestal aan Darwin wordt toegeschreven dateert van ouder datum en inspireerde Darwin juist. De econoom Adam Smith beweerde eind achttiende eeuw al dat een maatschappij beter wordt van het door ieder individu najagen van zijn eigen succes en belangen.

Nadat de linkse beweging rond 1970 een flinke opbloei had meegemaakt, sloegen rechtse economen en politici hard terug en zij verdedigden hun aanpak weer met een verwijzing naar Darwin en Adam Smith. Er was sprake van een terugkeer naar de gedachte dat de samenleving het beste af is bij een strijd van allen tegen allen. Egoïsme alom.

Toen echter bleek dat dit neoliberalisme voor de mensheid een doodlopende weg is, bloeide het idee weer op dat de evolutie niet alleen maar het resultaat is van de strijd om het bestaan. Ook veel biologen, zoals Lynn Margulis, erkennen openlijk dat niet alle evolutie het resultaat is van een nietsontziende strijd. Ook symbiose, of samenwerking speelt een belangrijke rol. Wat in het boekje van Domela Nieuwenhuis voor mij inspirerend is, is dat hij in navolging van Kropotkin laat zien dat samenwerking en dienstbetoon, wij zouden zeggen solidariteit, van groot belang is en ook in de natuur geen vreemd verschijnsel. Socialisten zijn dus als ze oproepen tot solidariteit in goed gezelschap.

COLUMN

NIET DE MARKT MAAR DE MENS

Waar ik ook op werkbezoek kom, ik merk dat het in de zorg echt gaat om mensen die zorgen voor mensen. In verpleeghuizen zie je compassievolle verzorgers en verpleegkundigen die hun uiterste best doen om nog een kwalitatieve oude dag te verzorgen voor de mensen. In gehandicapteninstellingen zie je mensen die een band hebben met de bewoners en zie je dat ze zorgen en geven. Wat het personeel terugkrijgt is vaak ook warmte en waardering. Als mensen klagen over de zorg die ze krijgen, is er altijd het bijzinnetje: “De mensen doen wat ze kunnen, aan hen ligt het niet.”

Er wordt veel geklaagd over de kwaliteit van de zorg. Als er iets mis is in ziekenhuizen, dan bereikt dat regelmatig het nieuws. Dat is ook voorstelbaar, want een operatiekamer die dicht gaat, is natuurlijk schokkend. Achterblijvende kwaliteit in de zorg voor ouderen, voor gehandicapten; het is iets waar we schijnbaar aan gewend zijn. Opsluiting in separeercellen wordt pas in de politiek besproken als er mensen overlijden. Dit heeft altijd het karakter van: ‘een glas, een plas en alles bleef zoals het was’.

De mens in de zorg is uit zicht geraakt. Kwaliteit is een papieren werkelijkheid geworden. De registratiedrift neemt absurde vormen aan. Wanneer de uitgifte van medicijnen met blauwe en rode pennen is ingevuld, dan is het in orde. Een zwarte pen levert problemen op. Of mensen genoeg aandacht krijgen, doet niet ter zake. Het personeel wordt horendol van de formulieren, registraties en indicaties. Voor alles moet een formulier worden ingevuld. Een keer uitgescholden door iemand die zorg krijgt? Vul een formulier in van vijf (!) pagina's. Personeel weet dat de frustratie en irritatie van degene die verbaal uit de slof schiet



RENKE LEIJTEN

SP-Tweede Kamerlid

vaak te voorkomen is door wat meer persoonlijke aandacht. Helaas hebben ze daar geen tijd meer voor als ze al die formulieren moeten invullen. Verpleegkundigen in ziekenhuizen vinden het vroege ontslag van mensen die geopereerd zijn heel vaak niet verantwoord, maar het protocol is dat dure bedden niet onnodig worden bezet.

Kostenbeheersing is het motto geworden in de zorg. Er moet zo efficiënt mogelijk uitvoering gegeven worden aan het product zorg. Dat moet ‘natuurlijk’ gecontroleerd worden, want anders kunnen we niet bepalen of er kwaliteit is. En de papieren kwaliteit is een leidraad voor het krijgen van geld. Is de papieren kwaliteit niet op orde, dan is uw buurman en concurrent-aanbieder wellicht beter en krijgt die het schaarse geld voor de broodnodige zorg. Het product zorg moet zo goedkoop mogelijk; dus een dure verpleegkundige laten helpen met douchen is niet efficiënt. Bezuinigen

op personeel, het wegmoffelen van de achterblijvende kwaliteit via formulieren maakt het er niet aantrekkelijker op om te werken in de zorg. Er zijn dikke personeelslagen ontstaan bij zorginstellingen met mensen die niets anders doen dan zorgen dat registraties op orde zijn. De handen aan het bed merken ondertussen dat ze tekortschieten door te weinig collega's.

Het roer moet om in de zorg. De kern moet zijn dat het gaat om mensen. Om mensen die zorg nodig hebben en soms permanent moeten leven in een zorginstelling. En het moet gaan om de mensen die het werk doen. Van mensen die werken in de zorg moeten we uitgaan van professionaliteit, maar zeker ook van inzicht in wat nodig is voor mensen. Geen dure indicaties meer, maar zeggenschap voor personeel. En dat kan inderdaad gewoon een extra halfuurtje aandacht zijn om het leven beter te maken. Als de zorg blijft draaien om formulieren, ‘outputregistratie’ (hoe effectief ziet de zorg er op papier uit voor een zo laag mogelijke prijs), efficiëntiekortingen, concurrentie op product, dan zal dat de beroepseer van het personeel geen goed doen.

Wanneer je het mensen vraagt, dan zegt een dikke meerderheid (van alle politieke gezindten) dat de zorg geen product is waarbij de laagste kostprijs het streven moet zijn. Vraag je ze naar een rijtje gewaardeerde beroepen, dan zit daar steevast de verpleegkundige en de verzorgende in. En juist deze zo gewaardeerde mensen worden door die zo ongewenste marktwerking in de hoek gedrukt. De zorg wordt onbetaalbaar, is het argument. Dat vind ik al heel lang: dat er mensen zijn die zorgen voor mensen en kiezen voor het mooie beroep in de zorg: dat is van onbetaalbare waarde.