

De bittere vergelding

OVER PERVERSE FINANCIËLE PRIKKELS IN DE ZORG

H.J.J.M. (Bart) Berden en A.J. (Andries) Baart

Dit artikel analyseert de prikkels die van de huidige inrichting van de zorg uitgaan. Zorg in het ziekenhuis is opgeknipt in oneindige reeksen van handelingen en deelhandelingen die onderdeel zijn van ketens, zorgpaden, -straatjes en -protocollen. Elke handeling heeft zijn eigen logica en kwaliteitsstandaarden. En aan elk van die handelingen hangt behalve een schatting van de zorgzwaarte, zo langzamerhand ook een prijskaartje. Deze handelingen zijn van groot belang omdat ze de basis voor declaraties van het honorarium vormen. Daarbij levert deze inrichting een perverse prikkel op. Drie factoren die hieraan ten grondslag liggen worden in dit artikel besproken: een meritocratische cultuur, taylorisme in het zorgproces en misplaatst marktdenken.

In het ziekenhuis is de zorg opgeknipt in bijna oneindige reeksen van handelingen en deelhandelingen die onderdeel zijn van zorgpaden, -straatjes, -protocollen en -ketens. Elke handeling heeft daarbij zijn eigen logica en kwaliteitsstandaarden: zó en niet anders moet die handeling verricht worden. En aan elk van die handelingen en deelhandelingen hangt, behalve een schatting van de zorgzwaarte, ook een prijskaartje. De marktwerking, wat daar ook onder mag worden verstaan, disciplineert vervolgens de zorggevers: wie zijn salaris wil verdienen, is verplicht heel wat van dergelijke afzonderlijke handelingen te verrichten en de bijbehorende bedragen te declareren. Dat is een niet onlogisch gevolg, maar brengt ook een perverse prikkel met zich mee, die hebzucht kan oproepen.

In dit artikel gaan wij in op 3 factoren die hieraan ten grondslag liggen: een meritocratische cultuur als betekenisvol maatschappelijk verschijnsel, taylorisme als wijze waarop zorgprocessen worden geordend en misplaatst marktdenken als reactie hierop.

MERITOCRATIE

In een meritocratie zijn aanzien, positie en honorering van het individu gebaseerd op zijn of haar gebleken verdiensten. Afkomst, geslacht, aanleg, ras, conventies en charisma spelen een ondergeschikte rol: je bent wat je verdient of wat je verdient te zijn. Wie geen verdiensten heeft, heeft weinig in de melk te brokkelen en heeft nog minder gezag. Die verdient dat ook niet.¹ De meritocratie leert zijn onderdanen dat ze 'het' moeten verdienen: zo zou je je klasse kunnen overstijgen.

Meritocratie als maatschappelijke ontwikkeling speelt breder dan in de zorg. Neem de klassieke arts, onderwijzer, priester of hoogleraar: die kreeg vroeger vanzelf en om niet het respect, het gezag, de achting en positie die

*St. Elisabeth Ziekenhuis,
afd. Raad van Bestuur, Tilburg.
Prof.dr. H.J.J.M. Berden, arts en bedrijfskundige
(tevens: Universiteit Tilburg, Tias Nimbas
Business School, Tilburg).
Universiteit Tilburg, faculteit
Geesteswetenschappen,
afd. Religiewetenschappen en Theologie, Tilburg.
Prof.dr. A.J. Baart, andraloog.
Contactpersoon: prof.dr. H.J.J.M. Berden
(b.berden@elisabeth.nl).*

bij zijn functie hoorden. De grondlegger van de legitimatietheorie, Max Weber, noemde deze legitimatie 'conventioneel', voortkomend vanuit de traditie: van oudsher werd zo tegen dergelijke ambten aangekeken en je moest het bont maken om je legitimatie en alles wat daarbij hoorde, zoals aanzien en macht, weer kwijt te raken. Als je aan die traditionele legitimatie nog bepaalde kwaliteiten kon toevoegen, zoals bijzondere expertise en charisma, dan zat je op fluweel.

Deze sterke positie, geborgd door legitimatie en steunend op een mengeling van traditie, veronderstelde expertise en persoonlijke uitstraling, is nu tanende. Het informeel worden van de omgangsvormen speelt daarbij een rol, maar de opkomst van de meritocratie legt meer gewicht in de schaal.²⁻⁴ In een dergelijk samenleving – en Nederland heeft inmiddels sterke trekken van een meritocratisch bestel – is de positie van burgers gebaseerd op hun verdiensten. Dit bepaalt ook onze koers: je moet dát doen wat als verdienste geldt en alleen de idealist investeert nog in wat niet verdient. Mooie dingen doen die niet 'tellen' geldt als irrationeel, net als basale vormen van solidariteit.

De meritocratie als maatschappijvorm brengt een voortdurend rekenen in de samenleving, een discours van de verdienste(n) en van het verdienen. De mensen die zo gedisciplineerd worden, raken zelf bevangen van de geest van het verdienen. Verdienen is niet alleen de gewone manier van maatschappelijk bestaan, het is ook de manier om werkelijk iemand te zijn. Overigens is de vluchtigheid ervan de risicovolle keerzijde: als je verdiensten om welke reden dan ook ineens verdwijnen of niet meer tellen, is er weinig wat bescherming biedt. Dan tel je niet meer mee.

TAYLORISME

Een tweede factor die zorgt voor perverse financiële prikkels is het taylorisme, dat staat voor het ontleden van een proces tot op zijn samenstellende delen. Het is vernoemd naar Frederick Taylor (VS, 1856-1919) die begin 20ste eeuw het productieproces ontleedde in deelhandelingen en deze op een nauwgezet voorgeschreven wijze liet uitvoeren door in lijn geplaatste 'productiewerkers', het lopendebandwerk. Hij wordt om die rigiditeit nu bespot, maar het taylorisme wordt nog algemeen als een rationele en vruchtbare benadering beschouwd, inclusief de toewijzing van die afzonderlijke taken aan afzonderlijke functionarissen.

Als illustratie hiervoor mag de jeugdzorg dienen: waar enige tijd geleden 2 of 3 werkers volstonden om een kind naar goede hulp te leiden, is daar nu een tiental werkers voor nodig. Elke stap, zoals screening, intake, diagnostiek, trajectontwikkeling, therapie, casemanagement, evaluatie, enzovoorts, vraagt de inzet van andere professionals of specialisten. Voor wie het niet al vermoedde:

aan het verder uitsplitsen zit in principe géén limiet; het uitsplitsen kan en het zal tot in de diepste vezels van de praktijk geschieden.

Deze differentiatie geldt als het onvermijdelijke kenmerk van een samenleving die modern wordt, abstract en ontoeverd raakt, en die rationeel geordend en bestuurd moet gaan worden, maar levert ondertussen wel aanzienlijke problemen op.^{5,6} Op zichzelf vormen differentiaties een gegeven waartegen men net zo min bezwaar kan maken als tegen de regen. Echter, in de zorg is er meer aan de hand want de arts, of het nu gaat om een generalist, zoals de huisarts of algemeen internist, of een specifieke specialist zoals een cardioloog, heeft niet slechts last van de differentiatie, hij lééft er ook van: zijn verdiensten zijn onlosmakelijk verbonden met zijn 'eigen' differentiatie. Dat staat al gauw op gespannen voet met de collegiale samenwerking die een voorwaarde voor goede zorg is. Dit soort spanning komt zo vaak voor dat het woordenboek er inmiddels een term voor heeft: *conculega*. De situatie wordt verder gecompliceerd doordat elk terrein ingebed ligt in eigen, onvervreemdbare verantwoordelijkheden. De specialist wenst niet steeds verantwoordelijkheid te dragen voor wat er buiten zijn partje gebeurt. Als hij dat goed bewaakt, is hij dus ook gevrijwaard van vakinhoudelijke, juridische en financiële claims. Hij keert naar binnen.

Het opdelen van zorgprocessen, met specialisten die daarbinnen een eigen gebied of deelgebied claimen dat juridisch is afgeschermd, heeft ook een relatie met de bekostiging. Je wordt betaald voor jouw handeling of deelhandeling en de andere, naastgelegen handelingen zijn van en voor anderen. Wordt de professional toch geacht die te verrichten, en legt bijvoorbeeld niet de verpleegkundige, maar de operator voortaan zelf zijn gerei klaar, dan zal die handeling door die professional (in dit geval de operator) ook in rekening gebracht worden. Daarmee aanvaardt deze declarant ook zijn aansprakelijkheid, en omgekeerd: geen aansprakelijkheid zonder declaratie.

Zo ontstaat een moeilijk te doorbreken spiraal van je eigen taak doen, dat financieel vertalen en het juridisch borgen. Of omgekeerd gezegd: als goede zorg vergt dat men ter wille van de patiënt naar het geheel kijkt, dan vormen de ineen gedraaide systemen van specialisering, stukgoedfinanciering en rigoreus afgebakende aansprakelijkheid een aanzienlijk beletsel. En hiervan lijkt toenevend sprake te zijn.

ORIËNTATIE OP DE MARKT

Op zichzelf is de meritocratie al een (neo)liberaal gekleurd bestel en lokt het genoemde taylorisme ongewenste rekenarij uit. Komt daar ook nog eens de ver doorgevoerde oriëntatie op het marktdenken bij, dan hebben we vlek op

vlek.^{7,8} In de jaren '90 van de vorige eeuw zijn neoliberalisme en marktwerking in de zorg als beleid gekozen. Men nam aan dat deze ordening meer kwaliteit en efficiency tegen geringere kosten zou bewerkstelligen. Onderdeel daarvan waren competitie en het maken van onderscheid en loon naar werken, het beroemde 'pay-for-performance'. Aan de kernbegrippen uit het overgewaaid 'New public management' werd veel waarde gehecht, zoals 'resultaat verantwoordelijke eenheid', 'businessplan' en 'kostenbeheersing'. Hoe belangrijk ook, deze focus heeft iets gedaan met de werkers in de zorg, al was dat weinig doordacht en onbedoeld. De diagnose-behandelcombinatie (dbc) is een mooie illustratie, waarbij een diagnose en behandeling via bestede tijd van de professional uitmonden in een kostprijs. Zo krijgt elke handeling een geldelijke waardering; zo is het beoordelen van een röntgenfoto door de radioloog € 25 waard: 10 min à € 2,5 per minuut.

Maar leidt deze koppeling van handeling aan geld werkelijk automatisch tot betere kwaliteit en meer efficiency, zoals de bedoeling was? Een recente studie van het ministerie van Economische Zaken kon dit niet aantonen.⁹ En dat is ook wel begrijpelijk: kwaliteit wordt mede bepaald door heel veel handelingen waarvoor niet steeds betaald wordt, bijvoorbeeld het bij onzekerheid laten meekijken van een collega-radioloog. Of de huisarts die bij een huisbezoek aan de zieke moeder terzijde een advies over het aanwezige kind geeft. Eigenlijk houden we voor dergelijke kwaliteit geen indicatoren bij, als die er überhaupt al zouden zijn. Probleem is dat het marktdenken – waar in de zorg ontegenzeggelijk ook belangrijke winst mee is geboekt – van morele actoren, van burgers met een moraal en met fatsoen, handelaren maakt. Als dat bovendien valt in een bedje van een meritocratische cultuur en een tayloristische ordening van het zorgproces, is er reden voor ongerustheid. Er zijn overtuigende studies die laten zien dat de strikte koppeling van de zorghandeling aan geldelijke waardering resulteert in egoïsme van de hulpverlener met een afkeer van afhankelijkheid. Deze koppeling gaat bovendien gepaard met een afnemende neiging om hulp te zoeken of samen te werken en met een verminderde bereidheid om collegiaal te helpen.¹⁰

De toenemende oriëntatie op marktwerking en geldelijke beloning heeft veel invloed op de opstelling van het individu, onder wie de professional. In een Amerikaans experiment werden zo'n 600 voorbijgangers gevraagd een man te helpen met het in de vrachtwagen tillen van een bank.¹¹ De eerste groep van 200 personen kreeg hier niets voor, terwijl een tweede groep van 200 vooraf 50 cent werd geboden. Anders dan men intuïtief zou verwachten, daalde de bereidheid tot helpen scherp bij het aanbieden

van geld. De waarschijnlijke verklaring ligt in het aanspreken op burger- of gemeenschapszin, zonder betaling, tegenover het aangaan van een zakelijke transactie, waarbij de koppeling van handeling aan een geldelijke waardering leidt tot calculerend gedrag. En dat zijn 2 essentieel van elkaar verschillende relaties. In de zorg zijn beide relaties aanwezig, maar heeft de oriëntatie op de markt de zakelijke kant verzaagd.

CONCLUSIE

In dit betoog zijn wij kritisch over de dreigende transitie van menselijke zorg naar zakelijke zorg, want een al te verzakelijkt klimaat in de zorg doet afbreuk aan wat patiënten als goede zorg ervaren. In deze bijdrage hebben we dat verzakelijkt klimaat vanuit 3 onderling verweven invalshoeken trachten te begrijpen. Het is tegelijk een pleidooi voor minder nadruk op de eenzijdige waardering van verdiensten, voor meer kans om integraal te werken en voor het vinden van een zorgvuldige balans, waarbij het zwaartepunt weer wat weg mag bewegen van de ruilrelatie en markt oriëntatie en de professional weer terug kan bewegen naar de inhoud van de zorg, de kwaliteit, de samenwerking, het nemen van verantwoordelijkheid en, ook, naar altruïsme.

Het is de vraag of we daarmee de doelen van de markt oriëntatie, namelijk meer kwaliteit en efficiency, verder weg of juist dichterbij brengen. Voorlopig is dat moeilijk te zeggen. Zeker is in elk geval dat het verbeteren van kwaliteit vaak loont, bijvoorbeeld in het terugbrengen van de ligduur of het aantal complicaties. Ook is het aannemelijk dat je met een goede balans tussen zakelijke oriëntatie en gemeenschapszin nieuwe mensen in de zorg op juiste motieven aantrekt. De professional die we graag willen, komt niet voort uit de onbehouden kritiek op zorgprofessionals die momenteel bon ton is; wel uit werken aan een betere, moreel verkieslijkere opstelling, resulterend in een professional die zich bewust is van de vitale balans tussen oriëntatie op de markt en zakelijkheid enerzijds en op menslievendheid en maatschappelijk fatsoen anderzijds. Alles kun je uitdrukken in geld – maar als je het doet, betaal je er een te hoge prijs voor. Dat is de bittere vergelding van de zorg.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 21 juli 2010

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2010;154:A2172

 [Meer op www.ntvg.nl/perspectief](http://www.ntvg.nl/perspectief)

LITERATUUR

- 1 Miller R, McNamee SJ. *The Meritocracy Myth*. Maryland: Rowman & Littlefield; 2009.
- 2 Wouters C. *Informalising*. Amsterdam: Uitgeverij Bert Bakker; 2008.
- 3 Young M. *The rise of the meritocracy, 1870-2033: An essay on education and equality*. London: Thames and Hudson; 1958.
- 4 Swierstra T, Tonkens E. *De beste de baas? Prestatie, respect en solidariteit in een meritocratie*, Amsterdam: Amsterdam University Press; 2008.
- 5 Ritzer G. *Contemporary Sociological Theory and Its Classical Roots*. New York, NY: McGraw Hill; 2007.
- 6 Blom C. *Complexiteit en contingentie: een kritische inleiding tot de sociologie van Niklas Luhmann*. Kampen: Kok Agora; 1997.
- 7 Ankersmit F, Klinkers L. *De tien plagen van de staat. De bedrijfsmatige overheid gewogen*. Amsterdam: Van Genneep; 2008.
- 8 Chavannes, M. *Aan de vleeshaken van het marktdenken*. NRC Handelsblad 29 mrt. 2008.
- 9 Anonymus. *Onderzoek marktwerkingsbeleid*. Den Haag: Ministerie van Economische zaken; 2008.
- 10 Vohs KD, Mead NL, Goode MR. *The psychological consequences of money*. *Science*. 2006;314:1154-6.
- 11 Heyman J, Ariely D. *Effort for payment: a tale of two markets*. *Psychol Sci*. 2004;15:787-93.