

Kwaliteit door keuzevrijheid en concurrentie ***Een interview met Julian Le Grand***

JAN STEYAERT

'Als aan de voorwaarden voldaan kan worden, dan daagt de combinatie van keuzevrijheid en concurrentie tussen sociale dienstverleners uit tot kwaliteit.'

*We vragen ons vandaag af of marktwerking in de sociale sector wenselijk, nodig, nuttig is. Markt en welzijn leken nochtans een *contradictio in terminis*. Die spanning werd dertig jaar geleden al verwoord door Hans Achterhuis, die de sociale sector er van beschuldigde vooral haar eigen belang na te streven door haar eigen markt af te schermen. Terwijl dienstbaarheid aan kwetsbare burgers hoog in het vaandel moest staan. Daar paste eerder een nederige hulpverlener bij en geen commerciële verkoper van sociale diensten. Achterhuis' kritiek is weer actueel. Het Tijdschrift voor Sociale Vraagstukken publiceerde net een analyse van Jan Willem Duyvendak, geplukt uit een debat tussen beide heren eind juni 2009. Dat toont dat het denken in de sociale sector wordt nog steeds gedomineerd wordt door de idee dat de sociale dienstverlening van openbare, gesubsidieerde of gefinancierde organisaties door de overheid gedragen moet worden. En dat er een koude rilling over de rug van veel hulpverleners loopt bij de gedachte dat cliënten met eigen koopkracht hulp inkopen bij commerciële hulpverleners. We vroegen ons samen met Julian Le Grand af of die angst voor 'The other invisible hand' wel nodig is.*

THE CHAMPION OF CHOICE

Onze koude rillingen hebben we ook te danken aan het werk van Richard Titmuss (1907-1973), een selfmade Brits academicus. Die hoogleraar aan de London School of Economics drukte tijdens de opbouw van de verzorgingsstaat stevig zijn stempel op de bouwplannen en was een groot verdediger van hulpverlening door de overheid. Vandaar dat het Verenigd Koninkrijk bijvoorbeeld de National Health Service (NHS) kent, een volledig door de overheid georganiseerde gezondheidszorg. Vandaag wordt Richard Titmuss' leerstoel aan diezelfde London School of Economics bemand door Julian Le Grand. Hij neemt heel andere standpunten in en is een stevig pleitbezorger van keuzevrijheid voor gebruikers van publieke diensten. Het gaat hem daarbij in hoofdzaak om onderwijs en gezondheidszorg, maar bij uitbreiding ook specifiek over de sociale sector. The Guardian noemde hem 'champion of choice', de BBC had het in 2003 over de nieuwe goeroe van de publieke sector.

In de visie van deze Julian Le Grand krijgen we pas de hoogst mogelijke kwaliteit in publieke sociale dienstverlening als we keuzevrijheid en concurrentie tussen de sociale diensten stimuleren. In de jaren 2003 tot 2005 was Julian Le Grand in die zin een belangrijk adviseur van Tony Blair, die goed naar hem luisterde en zijn grondige hervorming

van de publieke sector door hem liet inspireren. Vóór die jaren, en ook nadien, publiceerde Julian Le Grand veel over het hoe en waarom van keuzevrijheid en concurrentie, ook in de publieke sector. Bij dit nieuwsgierige gesprek lieten we ons vooral leiden door zijn populaire boek 'The Other Invisible Hand' uit 2007.

In je boek hou je een pleidooi voor meer keuzevrijheid en concurrentie in publieke dienstverlening. Maar wat was eigenlijk het probleem waarvoor je dit als oplossing voorstelt?

We ondervonden een aantal behoorlijk ernstige problemen met onze publieke dienstverlening in het Verenigd Koninkrijk. Of we het nu hebben over onderwijs, gezondheidszorg of andere vormen van publieke dienstverlening die via overheidsgeld gefinancierd werden, telkens waren er vergelijkbare problemen. Zo waren dienstverleners geneigd nauwelijks te luisteren naar de wensen en behoeften van hun doelgroep, de burgers. Dus de ouders die een school nodig hadden voor hun kinderen, de patiënten die naar een ziekenhuis gingen en dergelijke. Diensten werden aangeboden met meer aandacht voor het comfort en de belangen van hulpverleners dan voor de cliënten. Daarnaast was publieke dienstverlening behoorlijk inefficiënt; men ging schijnbaar kwistig om met de beschikbare budgetten. In de gezondheidszorg hadden we bijvoorbeeld lange wachtlijsten, zelfs voor eenvoudige operaties van een cataract of een hernia. En dat terwijl er veel bedden en personeel op overschot waren.

Dus die wachtlijsten waren niet het gevolg van een gebrek aan middelen?

Nee, er was eerder sprake van overcapaciteit en dus van mismanagement. En daar bovenop kwam nog eens het probleem van sociale ongelijkheid. De dienstverlening werd, rekening houdend met hun respectieve behoeften, meer gebruikt door de middenklasse dan door de arme bevolkingslagen. We hadden dus te maken met een eigenzinnige, inefficiënte en ongelijke vorm van publieke dienstverlening.

Over welke tijdsperiode heb je het dan?

Deze analyse verwijst vooral naar de jaren zeventig en tachtig van de vorige eeuw, de hoogdagen van de verzorgingsstaat. Het geschetste probleem leidde tot grote zorgen over de kwaliteit van onze publieke sector. Internationale vergelijkingen, bijvoorbeeld over het Britse onderwijs, lieten zien dat onze scholen het niet erg goed deden op het vlak van wiskunde, taal of wetenschappen.

Diensten werden aangeboden met meer aandacht voor het comfort en de belangen van hulpverleners dan voor de cliënten.

Je zegt dat er toen te weinig keuzevrijheid was. Wat moeten we ons daarbij voorstellen, bijvoorbeeld een ouder die een school voor zijn kinderen zoekt?

Wat betreft onderwijs werd je kind in essentie toegewezen aan een bepaalde school door de lokale onderwijsraad. Vóór de beleidswijzigingen in 1989 hadden ouders dus zo goed als geen keuze inzake de school voor hun kinderen. Soms kreeg je een school in je onmiddellijke omgeving toegewezen, maar niet altijd. Scholen hadden zogenaamde 'catchment areas', vangstgebieden. Maar onderzoek toonde ook aan dat ongeveer de helft van de kinderen in een specifieke school van verderaf kwam. Dat systeem was dus fundamenteel verschillend van het Vlaamse systeem, waar ouders een behoorlijke vrijheid hadden en hebben in het kiezen van scholen. Toen wij onze pleidooien hielden voor meer keuzevrijheid was er dus grote belangstelling voor de ervaringen daarmee in België en Vlaanderen. Want je kan je nauwelijks voorstellen met welke afkeer onze voorstellen initieel onthaald werden. De argumenten tegen keuzevrijheid waren dat je toch wilde dat kinderen naar een lokale school gingen, dat je een gevoel van gemeenschap wilde behouden of creëren.

Was deze situatie vergelijkbaar met die in de gezondheidszorg, werd je bijvoorbeeld een huisarts of tandarts toegewezen zonder enige keuzevrijheid?

In theorie konden mensen wel kiezen voor en veranderen van huisarts of tandarts, maar in de praktijk gebeurde het weinig. En eens in het systeem had de patiënt weinig meer in de pap te brokken. We

hadden in feite een systeem van lokale monopolies, waar mensen als het ware vastgeketend waren aan hun lokale school of ziekenhuis. En als de kwaliteit daar slecht was, waren er eigenlijk maar twee opties. Je kon verhuizen naar een buurt waar de publieke dienstverlening beter was, en dat had natuurlijk als gevolg dat daar de huisprijzen omhoog gingen. Of je ging naar de private dienstverlening.

En dat verklaart wellicht waarom het Verenigd Koninkrijk zo veel private scholen telt. Dat was vanuit Vlaams perspectief eigenlijk altijd een beetje een vreemde situatie.

Correct. En natuurlijk bevoordeelde dat systeem de middenklasse. Zo komen we terug op het punt van sociale gelijkheid. Mensen uit de middenklasse konden verhuizen als ze dat wilden, of naar de private markt gaan. Bovendien waren ze erg goed in het manipuleren van bureaucratische procedures. Ze konden in beroep gaan. Als je echt met volle overtuiging je kind op een andere school wilde, kon je in gevecht gaan met de bureaucratie. Je had wel de juiste attitude en relevante vaardigheden nodig om daarvoor te kiezen. Zoals ik schrijf in mijn boek: 'The better off have louder voices: they also have better contacts and sharper elbows'.

Vanuit die context introduceerde je het idee dat publieke dienstverlening via keuzevrijheid en concurrentie betere kwaliteit zou opleveren.

Inderdaad. Maar dat verliep via een aantal tussenstappen. In 1989 werd er wat meer keuzevrijheid geïntroduceerd en in 1991 kwam er onder de conservatieven een soort van interne markt in de gezondheidszorg. Er kwam binnen het systeem een onderscheid tussen 'purchasers' en 'providers', tussen inkopers en leveranciers. Toen kwamen er snel verbeteringen, zowel in het onderwijs als in de gezondheidszorg. In 1997 kregen we een Labour-regering, die erg argwanend was ten aanzien van keuzevrijheid en concurrentie omwille van haar historische achtergrond en socialisme. Ze beschouwde markten in essentie als exploitatie- en ongelijk-

heidsbevorderend. En natuurlijk ook omdat de recente wijzigingen doorgevoerd waren door de conservatieven, de politieke tegenstrever. Ik heb toen als adviseur van de Labour-partij hard gevochten om een paar van die innovaties te behouden. In het onderwijs is dat redelijk gelukt, in de gezondheidszorg minder. Men wilde eerder een beroep doen op vertrouwen, in de dokter, in de professionals. We zagen toen helaas de productiviteit terugvallen en wachtlijsten opnieuw groeien. Er werden meer middelen beschikbaar gesteld, maar de verbeteringen lieten op zich wachten. En dan kantelde het beleid

naar het tegenovergestelde. Omstreeks 2000, 2001 ontstond er een houding van wantrouwen. Er kwam een 'beveel en controleer'-systeem van sturing, waar het beleid de uitvoerders instrueert wat te doen. Er werden 'targets' benoemd waaraan de publieke dienstverlening moest voldoen.

naar het tegenovergestelde.

De massale beschikbaarheid van informatietechnologie omstreeks die tijd zal daarbij wel geholpen hebben?

Goed punt. Het werd inderdaad veel gemakkelijker om informatie over het behalen van doelstellingen te verzamelen en te verwerken. De meet- en communicatiesystemen werden beter. Het soort doelstellingen dat men toen benoemde, was bijvoorbeeld dat iedere persoon die op de spoeddienst kwam binnen de vier uur geholpen moest zijn. In scholen moest x % van de leerlingen y % halen op wiskunde, taal of wetenschap. Het boeiende was dat deze aanpak werkte. De publieke dienstverlening slaagde erin veel van deze doelstellingen te halen. Maar wel tegen een kost. Er was veel meer budget nodig en er was nog steeds veel inefficiëntie. Het systeem werkte ook demotiverend voor het personeel, omdat het in essentie uitging van wantrouwen ten aanzien van hun professionaliteit. Bovendien was het halen van doelstellingen vaak meer symbolisch dan realiteit. In het voorbeeld van de spoeddienst werden patiënten, om te vermijden dat ze langer dan vier uur moesten wachten en de dienst dus slechte punten zou scoren, overgebracht naar

Het gevoel groeide dat sturing via meetbare doelstellingen op korte termijn wel vooruitgang kon boeken, maar onvoldoende was op langere termijn.

andere afdelingen van het ziekenhuis waar ze opnieuw moesten wachten. Op papier werd zo wel de doelstelling gehaald, terwijl de hulpverlening niet verbeterde. Het gevoel groeide dat sturing via meetbare doelstellingen op korte termijn wel vooruitgang kon boeken, maar onvoldoende was op langere termijn. Een zoektocht naar opties om te sturen op kwaliteit begon, waarbij een meer interne dynamiek richting kwaliteit op gang zou komen eerder dan externe controle op basis van wantrouwen. De meningen gingen snel richting 'voice' en 'choice', het laten horen van de stem van de burger en hem meer keuzevrijheid geven. Vreemd genoeg voor een Labour-regering werd er toch niet zo veel naar 'voice' gekeken.

Hoe zou 'voice' concreet uitgewerkt kunnen worden, bijvoorbeeld in het onderwijs?

Er kwamen schoolbesturen waarin ouders een rol speelden, als 'parent governor'. In de gezondheidszorg werd dan weer gewerkt met zogenaamde 'public and patient forums', vergaderingen waar mensen hun stem konden laten horen. Maar zo kwam natuurlijk opnieuw die middenklasse vooral aan bod, want die hebben de relevante houding en vaardigheden om hun stem te laten horen. En, laten we eerlijk zijn, ook de bejaarden, want die hebben de tijd om aan dit soort vergaderingen deel te nemen. Werken met 'voice' geeft dus vooral kracht aan diegene met de luidste stem, en dat zijn voornamelijk de hogere inkomensgroepen. Zo kwamen we terecht bij de optie om meer met keuzevrijheid voor burgers en concurrentie tussen dienstverleners te werken. Daardoor wordt ook 'voice' krachtiger. Als je in gesprek gaat met de school of je huisarts, en je hebt de macht om naar een andere school of huisarts te gaan, zal er beter naar je geluisterd worden dan wanneer je die keuzevrijheid niet hebt. Als keuzevrijheid budgettaire consequenties heeft, als het vertrek van een leerling of patiënt verlies van inkomsten als gevolg heeft, wordt er geluisterd naar

klachten of signalen over kwaliteit. Dan heeft het gedrag van burgers onmiddellijk gevolg.

En hoe werd de optie 'choice' uitgewerkt?

Op verschillende manieren, zowel in het onderwijs, de gezondheidszorg als andere delen van de publieke dienstverlening. Om één voorbeeld te noemen: in de gezondheidszorg werkt men sinds zomer 2004 met het systeem 'choose and book'. Stel: je gaat naar je huisarts met een hernia, en die geeft aan dat een operatie noodzakelijk is. Op zijn of haar computer kan de huisarts dan een lijst laten zien van de ziekenhuizen die de operatie kunnen uitvoeren, inclusief informatie over wachtlijsten, wanneer een operatie geboekt kan worden, en binnenkort ook over het aantal geslaagde operaties in dat ziekenhuis en andere info over de kwaliteit. Ongeveer de helft van de patiënten werkt nu via dit systeem en krijgt zo meer keuzevrijheid.

Klinkt goed, maar als je daar bij de huisarts zit met pijn van je hernia, dat is toch niet een moment waarop je echt een kritische consument bent. Je wil vooral af van die pijn. En volgt de huisarts in wat die voorstelt.

Dat is gedeeltelijk waar. Nu is een hernia niet noodzakelijk erg pijnlijk, maar dat is het punt niet. Patiënten maken wel degelijk keuzes, ze gaan niet noodzakelijk naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis maar kiezen voor kwaliteit. Belangrijk is echter dat om te bereiken dat keuzevrijheid bij burgers een kwaliteitsverhogende stimulans wordt voor publieke dienstverleners, je eigenlijk niet zo heel veel actieve kiezers nodig hebt. Niet alle burgers moeten expliciete keuzes maken. Vanuit de economie weten we dat vijf tot tien procent actieve consumenten al voldoende is om te bereiken dat producenten efficiënt werken en luisteren naar de doelgroep. Het gaat dus vooral om de perceptie die publieke dienstverleners hebben van de kritische houding van burgers en de budgettaire consequenties van hun keuzegedrag.

Vanuit de economie weten we dat vijf tot tien procent actieve consumenten al voldoende is om te bereiken dat producenten efficiënt werken en luisteren naar de doelgroep.

Om zo'n groep kritische consumenten te krijgen, is de beschikbaarheid van onafhankelijke informatie over kwaliteit natuurlijk belangrijk.

Correct. Je wil bereiken dat burgers hun keuze ten aanzien van publieke dienstverleners baseren op informatie over kwaliteit. Je wil nadrukkelijk niet in Amerikaanse toestanden terechtkomen, waar patiënten voor ziekenhuis X of Y kiezen op basis van het mooie marmer in de inkomhal. Dat kan wel mooi zijn, maar het zegt weinig over de medische resultaten. Daarom is ook de huisarts als gesprekspartner in het keuzeproces belangrijk. Die begrijpt het medische jargon, weet welke elementen belangrijk zijn en kan de hoofdzaken van de triviale dingen onderscheiden.

Voor de commerciële sector is er onafhankelijke consumenteninformatie beschikbaar via bijvoorbeeld het tijdschrift 'Which?'. Bestaat er iets vergelijkbaars voor de publieke sector?

De overheid verplicht scholen om informatie over onder andere examenresultaten openbaar te maken. De Britse kranten maken daar dan tabellen van die iets vertellen over de kwaliteit van scholen. In de gezondheidszorg hebben we 'The Good Hospital Guide', die door de commerciële organisatie 'Dr. Foster' geproduceerd wordt. In samenwerking met de overheid is dat ook omgezet naar een website. De ervaring is dat patiënten die informatie niet zo veel gebruiken, maar dat hospitalen, huisartsen, tandartsen wel erg in de gaten houden wat daarin over de kwaliteit van hun werk gezegd wordt. Hetzelfde bij scholen. Professionals houden er niet van ergens onderaan een kwaliteitslijstje te bengelen. Ze concurreren met elkaar op het vlak van reputatie en kwaliteit. Bovendien heeft dat natuurlijk op langere termijn effect op de toestroom van patiënten of leerlingen.

Marktwerking wordt wel eens gelijk gesteld aan een omgeving van op winst gerichte organisaties, maar dat is een te eenvoudige voorstelling.

Onafhankelijke informatie over kwaliteit is een noodzakelijke voorwaarde om keuzevrijheid en concurrentie goed te laten functioneren in de publieke sector. Zijn er nog andere voorwaarden?

Ja. Zo moet er natuurlijk concurrentie mogelijk zijn, er moeten meerdere aanbieders zijn van vergelijkbare diensten. Dat wil in landelijke gebieden nog wel eens een probleem zijn, als er maar één school of ziekenhuis is. Er wordt echter erg overdreven hoe relevant dat is. Slechts ongeveer tien procent van de bevolking woont in dergelijke gebieden. In Vlaanderen zal dit punt nog minder aan de orde zijn, gezien de bevolkingsdichtheid. Daarnaast moet het mogelijk zijn dat nieuwe dienstverleners tot de markt toetreden of bestaande dienstverleners groeien als ze meer leerlingen/patiënten/cliënten krijgen. En slechte dienstverleners moeten uit de markt kunnen verdwijnen. In de praktijk loopt dat stroef. Nieuwe dienstverleners worden niet toegelaten, het is erg moeilijk om bijvoorbeeld een nieuwe school te starten. En falende organisaties worden om politieke of strategische redenen nog wel eens gered. Je kan een slecht draaiend ziekenhuis natuurlijk niet sluiten als er geen alternatief aanwezig is. Maar door falende organisaties steeds overeind te houden, haal je natuurlijk wel in belangrijke mate de uitdaging weg om kwaliteit te leveren.

Het is nuttig ook aan te geven dat het geen noodzakelijke voorwaarde is dat er commerciële organisaties dienstverlening gaan aanbieden. Marktwerking wordt wel eens gelijk gesteld aan een omgeving van op winst gerichte organisaties, maar dat is een te eenvoudige voorstelling. Voorzien in publieke dienstverlening via commerciële organisaties opent trouwens een nieuwe reeks voor- en nadelen. Het risico is dat die organisaties de kosten omlaag brengen, en daarmee ook de kwaliteit. Bovendien zien we in ons onderzoek dat commerciële organisaties zich meer richten op koopkracht dan op behoefte, al doen alle organisaties dat wel. We gaan nu ook onderzoeken welk effect het type organisatie heeft op de motivatie van het personeel.

Als aan de voorwaarden voldaan kan worden, dan is de combinatie van keuzevrijheid en concurrentie tussen dienstverleners een hele sterke om de publieke sector uit te dagen tot kwaliteit. Vanzelfsprekend zijn daarbij de andere sturingsinstrumenten zoals vertrouwen, controle op doelstellingen en 'voice' ook nog nodig. Het is niet mijn streefdoel om alleen maar te werken met keuzevrijheid en concurrentie, maar wel in veel grotere mate dan nu het geval is. We hebben het daarbij nu voornamelijk gehad over onderwijs en gezondheidszorg, maar mijn pleidooi is ook relevant voor de sociale sector.

ANDERE PERSPECTIEVEN

Een uur voor bovenstaand interview afgenomen werd, liep een e-mail binnen met de inhoudsopgave van het nieuwe nummer van 'Policy & Politics', met daarin een artikel van onder meer Julian Le Grand. De auteurs doen er verslag van de ervaringen met zogenaamde 'direct payments', persoonsgebonden budgetten voor mensen met functionele beperkingen. Meer dan 10.000 burgers maken daar nu al gebruik van in het Verenigd Koninkrijk. Een schril contrast met de paar honderd Vlamingen die deelnemen aan het experiment met persoonsgebonden budgetten. Julian Le Grand en zijn co-auteurs beschrijven hoe de Britse ervaringen overwegend positief zijn en houden een pleidooi om het werken met persoonsgebonden budgetten uit te breiden tot delen van de gezondheidszorg.

Het kan bijna geen toeval zijn, maar tijdens het uitkijken van dit interview kregen we de nieuwe editie van 'Socialisme&Democratie' toegestuurd, een the-

manummer over marktwerking in de publieke sector onder de titel 'De zichtbare hand'. Diverse auteurs bekijken er marktwerking vooral in de context van de nakende besparingen in de publieke sector. De Nederlandse overheid kondigde immers aan vanaf 2011 zo'n 35 miljard euro te gaan bezuinigen; dat is meer dan tien procent van het overheidsbudget. De focus van dit themanummer van Socialisme&Democratie is dus anders dan die van Julian Le Grand. Waar Le Grand argumenteert dat er met dezelfde middelen meer kwaliteit kan behaald worden via keuzevrijheid en concurrentie, bekijken de auteurs in het S&D-themanummer of er via marktwerking een efficiëntieverhoging te bereiken is. Dan zou bij kostenbesparing toch de kwaliteit van de dienstverlening op peil gehouden kunnen worden. Het verrassende is dat alle auteurs daar hoopgevend over schrijven, het nuttige is dat al deze auteurs ook randvoorwaarden benoemen waaraan marktwerking dan moet voldoen. Een aantal daarvan lopen gelijk met de randvoorwaarden die Julian Le Grand in zijn publicaties beschrijft. Op die manier kan de vraag of marktwerking in de publieke sector, in de sociale sector, nuttig is genuanceerder beantwoord worden dan met een al te eenvoudig ja of nee.

Jan Steyaert is Alert-redacteur en lector bij Fontys Hogeschool Sociale Studies (Eindhoven). Tevens is hij verbonden met University of Southampton en Universiteit van Antwerpen (master sociaal werk). Julian Le Grand is hoogleraar op de Richard Titmuss leerstoel aan de London School of Economics. De auteur is voor reacties bereikbaar via j.steyaert@fontys.nl.

Verwijzingen

- Glasby, J., Le Grand, J., & Duffy, S. (2009), *A healthy choice? Direct payments and healthcare in the English NHS. Policy & Politics*, 37(4), pp. 481-497.
- Le Grand, J. (2003), *Motivation, agency and public policy: of knights and knaves, pawns and queens*. Oxford: Oxford University Press. 191 p.
- Le Grand, J. (2007), *The other invisible hand, delivering public services through choice and competition*. Princeton: Princeton university press. 208 p.
- Socialisme&Democratie* (oktober 2009), *themanummer de zichtbare hand*, pp. 14-43 (zie <http://www.wbs.nl/>)