

Economisering van zorg en beroepsethiek

Achtergrondstudies uitgebracht door het Centrum voor Ethiek en Gezondheid/
Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Zoetermeer, 2004

Inhoudsopgave

	Woord vooraf	5
Deel I	Goeddoen met winst maken	7
	<i>Dr. M.T. Hilborst</i>	
	Samenvatting	11
1	Vraagstelling en opzet	15
2	Waarschuwing: heupoperaties in het buitenland	16
3	Kader: kansen en risico's	20
4	Het beroep van zorgverlener: een reëel beeld	24
5	Werken in een marktomgeving: een reëel beeld	28
6	Sturingsinstrumenten	31
7	De beroepsethiek als instrument	45
8	De beroepsethiek bedreigd?	56
9	Twee visies op wat wezenlijk is	63
10	Implicaties, conclusies en nawoord	67
Deel II	Marktwerking en ethiek in de kliniek	79
	<i>Dr. F.J. van Zuuren</i>	
	Samenvatting	83
1	Aard van deze studie	85
2	Schaarste als gevolg van ontwikkelingen in het recente verleden	86
3	Ethische aspecten van de huidige financiering	91
4	Beroepsethiek en reacties op het begrip 'marktwerking'	93
5	Privé-klinieken en ziekenhuizen: Hoe kijkt men tegen elkaar aan?	95
6	Ethische aspecten bij toenemende marktwerking	105
7	De gewenste rol van zorgverzekeraars, overheid en beroepsgroepen	108
8	Besluit	109
Deel III	De waarde van de norm	113
	<i>Dr. E.J.Th. van Hout en dr. K. Putters</i>	
	Samenvatting	117
1	Inleiding	121
2	Ethiek in de ziekenhuiszorg	123
3	Economisering	130
4	De invloed van economisering	132
5	Consequenties	149
6	Conclusies	153

Woord vooraf

Economisering van zorg speelt een steeds belangrijkere rol in het werken en denken van zorgverleners. Het plaatst hen in een krachtenveld van verschillende, soms tegenstrijdige belangen. Naast medische redenen spelen ook economische belangen van de zorgverlener of van de zorginstelling een rol bij beslissingen over welke patiënten voor een behandeling in aanmerking komen. Hoe gaan dokters daarmee om? Hoe ervaren zij de veranderende omstandigheden in de zorg? Worden ze er betere of slechtere dokters van? Gaan zij efficiënter en meer verantwoord zorgverlenend handelen? Welke invloed heeft economisering van zorg op hun beroepsethiek? Wat is de betekenis van de beroepsethiek als sturingsinstrument in deze veranderende omstandigheden? Biedt het dokters een houvast en behoedt het hen voor excessen van economisering? Of leidt economisering tot herziening van de gangbare beroepsethiek?

De invloed van economisering op de beroepsethiek van zorgverleners roept allerlei morele vragen op. Het Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG) liet daarom deze drie studies verrichten om economisering van zorg en de effecten daarvan op de beroepsethiek in kaart te brengen. Deze drie studies vormden tevens de basis voor het signalement Economisering van zorg en beroepsethiek dat is opgenomen in het jaarrapport van het CEG: Signalering ethiek en gezondheid 2004.

In zijn achtergrondstudie laat Medard Hilhorst zien wat de gangbare beroepsethiek inhoudt en hoe deze onder druk van veranderingen in de zorg zich zal houden en ontwikkelen. Hij laat zien dat dé beroepsethiek niet meer voldoet; een andere inbedding leidt ook tot meer gedifferentieerde beroepsethische visies. Wil de beroepsethiek voor professionals een functie behouden, dan zal ze zich moeten aanpassen. Economisering biedt de beroepsethiek nieuwe kansen, maar zet ook twee kernwaarden onder druk: het belang van 'vertrouwen' en het belang van de professionele standaard, vooral waar het kwaliteit van zorg betreft.

De interviewstudie van Florence van Zuuren laat zien hoe medisch-specialisten en managers in de praktijk denken over de ontwikkelingen van economisering in de zorg. De interviews bieden geen representatieve steekproef, maar geven een impressie hoe managers en medisch specialisten van dezelfde discipline in reguliere en in privé-klinieken denken en doen in

een situatie waarin economische belangen een belangrijke rol spelen. De interviews spitsen zich toe op marktwerking en de invloed daarvan op de beroepsethiek van dokters in het ziekenhuis.

De achtergrondstudie van Eelco van Hout en Kim Putters is een onderzoek vanuit bestuurlijke invalshoek naar economisering. Zij onderzoeken welk effect economisering van zorg heeft op medische, maatschappelijke en beroepsethische waarden en normen. Zowel Van Hout, Putters als Hilhorst komen tot de conclusie dat de klassieke beroepsethiek onder invloed van economisering hoe dan ook zal veranderen. Economisering is niet meer weg te denken uit de huidige zorg de beroepsethiek kan alleen een functie blijven houden als ze daarmee rekening houdt.

Deel I

Goeddoen met winst maken

Naar een economisering van zorg en
beroepsethiek?

Dr. M.T. Hilhorst
afdeling Medische Ethiek en Filosofie
Erasmus MC, Rotterdam

Inhoudsopgave deel I

	Samenvatting	11
1	Vraagstelling en opzet	15
2	Waarschuwing: heupoperaties in het buitenland	16
3	Kader: kansen en risico's	20
4	Het beroep van zorgverlener: een reëel beeld	24
5	Werken in een marktomgeving: een reëel beeld	28
6	Sturingsinstrumenten	31
6.1	Instrumenten zijn moreel niet-neutraal	31
6.2	Het marktinstrument: samenwerking op basis van overeenstemming	33
6.3	Het juridisch instrument: de zorgrelatie als contract	35
6.4	Het professionele instrument: deskundigheid en ethiek	39
7	De beroepsethiek als instrument	45
7.1	Ingrediënten	46
7.2	Gestalten	47
7.3	Dynamiek	51
8	De beroepsethiek bedreigd?	56
8.1	Casuïstiek: fundamentele waarden	57
8.2	Mogelijke gevolgen verschillend gewaardeerd	61
9	Twee visies op wat wezenlijk is	63
9.1	Zorgverlening in dikke morele termen	64
9.2	Zorgverlening in dunne morele termen	65
10	Implicaties, conclusies en nawoord	67
10.1	Implicaties	68
10.2	Conclusies	70
10.3	Nawoord: waarschuwing	72
	Literatuur	74

Samenvatting

Toenemende economisering plaatst zorgverleners in een sterker krachtenveld van belangen, met alle consequenties vandien voor het zorgverlenend handelen en de beroepsethiek. Zullen zij erdoor efficiënter, meer betrokken, meer verantwoord gaan handelen? Of strategischer en onverschilliger? Het antwoord luidt: het kan met de zorg en de beroepsethiek beide kanten uit. In deze studie worden de uitdagingen en de gevaren, de kansen en de risico's geschetst. Het gaat om een preciaire zaak. Beroepsethiek zal zich aanpassen aan zich wijzigende omstandigheden, maar deze aanpassing verloopt niet vanzelf. Beroepsethiek moet naar vorm en inhoud actief worden ontwikkeld en bevorderd om de zorg blijvend te kunnen dienen.

In de beroepsethiek van zorgverleners zijn twee kernwaarden door economisering in het geding:

- het belang van 'vertrouwen' in de zorgverlening en
- het belang van een 'professionele' standaard, met name wat de kwaliteit van de zorg betreft.

Economisering heeft tot mogelijk gevolg dat deze waarden meer onder druk komen te staan. De vraag is hoeveel waarde wij aan die waarden hechten.

Bij meer marktwerking zal sprake zijn van een andere professionaliteit en een andere beroepsethiek. Medisch-professionele standaarden zullen mogelijk een grotere variëteit te zien geven, waarbij kwaliteit en kosten tegen elkaar worden afgewogen en op elkaar in mindering kunnen komen. Wat de inhoud van het begrip kwaliteit van zorg zal zijn, is op de markt in hoge mate onbepaald en open voor heel verschillende invulling. Zien wij de klassieke beroepsethiek vooral als een intern instrument van de professie, dan zal daaraan bij toenemende economisering een geringe rol kunnen worden toegeschreven. Om kwaliteit te garanderen en vertrouwen te waarborgen zijn aanvullende instrumenten nodig met een minder intern (professioneel zelf-regulerend) en een meer extern (maatschappelijk) karakter.

Of wij die kant op willen is afhankelijk van de vraag welke visie wij op de (toekomstige) zorg hebben. Op de markt volstaat een in moreel opzicht 'dunne' invulling van zorg: zorg wordt er eenvoudig verleend op basis van overeenstemming. Fundamentele waarden, zoals rechtvaardigheid of de waarde van leven, zijn er minder vast omdat ze afgewogen kunnen worden tegen andere waarden. Betalen voor bijvoorbeeld ei-

celdonatie, voor een nier of voor voorrang op een wachtlijst is er op zichzelf niet taboe, mits dit ten voordele is van alle partijen. Ook kwaliteit is verruilbaar voor mindere kwaliteit, wanneer deze bijvoorbeeld goedkoper zou zijn, sneller te leveren of ruimer beschikbaar voor iedereen.

Veranderingen in de zorg dienen door het veld te worden gedragen. De innerlijke bereidheid daartoe is afhankelijk van de vraag of men ervan overtuigd is dat de kansen op betere zorg opwegen tegen de risico's die de veranderingen met zich meebrengen. Beleidsmakers staan voor de opgave duidelijk te maken – in termen van maatregelen – dat de risico's van meer markt voldoende kunnen worden ondervangen door andere beleidsinstrumenten, met name wet- en regelgeving en zelfregulering in het veld. Maar bovendien moeten zij aangeven – in termen van 'visie' – welke fundamentele waarden voor hen richtinggevend zijn voor de toekomstige zorg. De beleidsvraag naar de juiste instrumenten: "hoe krijgen we de zorg daar waar we die hebben willen" is in ethisch opzicht geen neutrale vraag. Ze veronderstelt een visie op deze zorg: "welke zorg willen we leveren en zijn de instrumenten die we daartoe willen inzetten ook in ethisch opzicht passend?" Voor het belang van deze vraag hebben medisch-ethici nog weinig oog gehad.

Ook beroepsethiek kan worden opgevat als een beleidsinstrument om veranderingen in de zorg te begeleiden, om risico's te ondervangen en idealen hoog te houden. Beroepsethiek is naar haar aard dynamisch. Klassieke normen, zoals de goede zorg voor de individuele patiënt, worden terecht aangevuld met moderne normen van goede zorgverlening, zoals transparantie en verantwoording. De waarden van de markt, zoals doelmatigheid en efficiency, vrijheid en eigen verantwoordelijkheid, prestatie en concurrentie, behoeven voor de beroepsethiek geen bedreiging te zijn, mits de (nieuwe) beroepsethiek op een goede wijze wordt ingebed in de organisatie van de zorg.

Leeswijzer

Wie vooral in de uitkomsten van deze studie is geïnteresseerd leze de hoofdstukken 1 en 10. Voor een beter begrip daarvan zijn ook de voorafgaande hoofdstukken 8 en 9 van belang. Zie hoofdstuk 3 voor de verantwoording van de vraagstelling en de beperkingen die ik mij heb opgelegd. Wie twijfelt aan zowel vraagstelling als opzet leze ook de hoofdstukken 4 en 5, waarin ik afstand neem van twee karikaturen: het beeld van een monsterlijke markt en een lieflijke zorgverlener.

In twee uitvoerige hoofdstukken bespreek ik de achtergrond waartegen deze studie is geschreven. Wie thuis is op het gebied van de beleidsfilosofie kan hoofdstuk 6 overslaan, wie begrijpt wat hier met beroepsethiek bedoeld wordt kan hoofdstuk 7 ongelezen laten.

1 Vraagstelling en opzet¹

“Wie nooit twiefelt, het de oge dich”
Achterhoeks spreekwoord, Spreukenkalender, 2004)

De organisatie van de zorg bestaat uit een ingewikkelde mix van professionele zelfregulering, beroepsethiek, wet- en regelgeving door overheid, en markt. Deze ‘instrumenten’ sturen de zorg. Hedendaagse veranderingen in zorgbeleid en zorgpraktijk hebben betrekking op die sturing. Grotere nadruk is komen te liggen op kostenaspecten en marktwerking. Ook zorgverleners krijgen daarmee te maken. Meer dan vroeger zien zij zich geplaatst in een krachtenveld van belangen. Zullen zij onder invloed van een zich wijzigende omgeving anders gaan handelen? Efficiënter, meer betrokken, meer verantwoord? Of strategischer, onverschilliger, met minder hart voor hun werk en hun patiënten? Richtinggevend voor wat volgt is de vraag wat de ‘economisering’ van de zorg voor hun beroepsethiek betekent.

Het gaat hier om een overwegend theoretische verkenning. In termen van ‘ethiek’ wordt het denken over zorg en economisering met het oog op het zorgverlenend beroep geschetst. De gedachtegang is als volgt:

- Sturingsinstrumenten, namelijk professionele zelfregulering, beroepsethiek, wet- en regelgeving door overheid, en markt, brengen hun eigen normativiteit mee. Bepaalde waarden worden erdoor sterker benadrukt dan andere. Om welke waarden gaat het?
- Vervolgens, wanneer de organisatie van de zorg uit een mix van instrumenten bestaat, vloeien daaruit onvermijdelijk waardenconflicten en morele dilemma’s voort. Om welke spanningen gaat het?
- Tenslotte is de vraag, gegeven de onvermijdelijkheid van de veranderingen in de richting van meer economisering, hoe die spanningen inwerken op de positie van zorgverleners. Welke implicaties zijn er voor hun beroepsethiek?

¹ Ik dank alle deelnemers aan de gesprekken binnen de afdeling Medische Ethiek en Filosofie (Erasmus MC), het Expert Centre Health Ethics (ECHE, Erasmus Universiteit) en het Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG) voor de gelegenheid die ik kreeg om met hen van gedachten te wisselen over deze complexe materie.

Deze verkenning heeft de volgende opzet. Eerst geef ik aan wat het kader is van mijn vraagstelling: wat de uitgangspunten en beperkingen ervan zijn (hoofdstuk 3). Vervolgens schets ik de contouren van het beroep van zorgverlener, door een zo reëel mogelijk beeld te geven van de omstandigheden waaronder in de huidige tijd professionele zorg wordt verleend (hoofdstuk 4) of zou worden verleend wanneer meer marktsturing zou worden toegestaan (hoofdstuk 5). Daarna breng ik de discussie over zorg en markt in kaart en wijs ik op de samenhang met andere sturingsinstrumenten (hoofdstuk 6). Na te hebben aangegeven wat de eigen aard is van ‘de beroepsethiek’ en wat de betekenis ervan is als instrument van beleid (hoofdstuk 7), laat ik zien in welke richting beroepsethiek zich zou kunnen ontwikkelen bij toenemende economisering, met alle kansen en risico’s vandien (hoofdstuk 8). Of we voor die richting kiezen is afhankelijk van de vraag welke visie wij op (toekomstige) zorg hebben (hoofdstuk 9). In de laatste paragraaf geef ik implicaties en conclusies weer, en wijs ik in het navoord op een eenzijdigheid in mijn opzet: “wellicht hebben we te veel vanuit beleidsperspectief, van buitenaf, naar de zorg gekeken en moet het échte onderzoek van binnenuit nog beginnen ...” (hoofdstuk 10). Maar ik begin bij de praktijk.

2 Waarschuwing: heupoperaties in het buitenland

“... the evaluation of health-care activities is an ethical minefield ... I think it is our duty to rush in where others fear to treat”
(Williams, 1992)

Wie het terrein van zorg en economisering betreedt, lijkt in een mijnenveld terecht te komen. Discussies zijn met eenvoudige argumenten gemakkelijk op te blazen, de kraters die achterblijven vormen gemakkelijke valkuilen. Voor subtiele bewegingen is weinig plaats. In vurige woordenwisselingen gaan voorbeelden over en weer, met evenzovele (voor)oordelen over de zorg, de markt, en het kwaad in de wereld. Ervaringen van misstanden zijn wel of juist niet illustratief voor wat de zorg te wachten staat als ... meer ‘marktwerking’ juist wel of juist niet wordt doorgevoerd. De discussie vraagt om nuancering en toespitsing. Maar achter een eenvoudig voorbeeld gaat al gauw een complexe werkelijkheid schuil.

De krant waarschuwt Nederlandse patiënten op haar voorpagina in ongewoon vette letters voor Duitse heupoperaties (Trouw, 12 januari 2004). De verzekering vergoedt en Duitsland werkt aanzienlijk goedkoper. De waarschuwing is afkomstig van een Nederlandse chirurg-hoogleraar (Van Dijk, AMC) en blijkt Robodoc-operaties te betreffen die volledig geautomatiseerd worden uitgevoerd. Door onherstelbare spierschade, niet voorkomen door de artsen die bij de operatie toezien, lopen sommige patiënten als gevolg ervan mank en zijn in Duitsland honderden rechtszaken gaande.

Ogenschijnlijk gaat het om een éénduidig bericht, maar voor mondige burgers is de informatie verwarrend. Men zal zich afvragen wat ervan waar is en wie men moet wantrouwen. Beleidsmakers benadrukken immers alsmaar de noodzaak van een goede *prijs-kwaliteit*verhouding in de zorg. Welnu, sneller geholpen worden zou iets meer mogen kosten, zou je denken. In Duitsland blijkt ‘sneller’ daarentegen ‘goedkoper’, tenminste voor verzekeraars. De werkelijke kosten betaalt de patiënt zelf: het risico van mankheid. De medische en financiële gevolgen van die invaliditeit zullen op de Nederlandse samenleving worden afgewenteld, met overigens positieve gevolgen voor de schadeletseladvocatuur.

Eén verzekeraar meldt in een later bericht dat men z’n twijfels had bij deze vorm van opereren en daarom de eigen patiënten er niet aan heeft blootgesteld. Een andere verzekeraar wijst erop dat bij elke heupoperatie, al dan niet met computer, het resultaat niet voor alle patiënten gunstig is. De vraag is dus gerechtvaardigd wie die prijs-kwaliteitverhouding bepaalt en aan wie prijs en kwaliteit ten goede komen en aan wie niet. Dat de verzekeraar het belang van de patiënt dient, is in deze casus allerminst vanzelfsprekend. Onduidelijk is of men bewust de risico’s genomen heeft. Als het te goeder trouw is gebeurd, is men dan door de Duitse artsen misleid bij gebrek aan voldoende eigen medische deskundigheid? En wat betekent dat dan weer voor ons vertrouwen in verzekeraars (en artsen)?

Het bericht vermeldt voorts dat in de orthopedische sector op 1 januari jl. in Nederland volledige marktwerking is doorgevoerd. De vraag is wat we met een dergelijke mededeling moeten. Komt daarmee de waarschuwing van de hoogleraar in een ander licht te staan? Het is moeilijk te beoordelen of diens kritiek op sommige van zijn Duitse collega’s terecht is. Wordt hij gemotiveerd door de waarheid of is het broodnijd dat hem drijft? Wil hij zijn bedreigde aandeel in de markt terugwinnen

en jaagt hij patiënten onnodig angst aan? Wie dergelijke vragen stelt twijfelt niet alleen aan de gegeven informatie maar gaat ook twijfelen aan de goede trouw van de informant. Staat hij als arts aan de kant van de patiënt of dient hij als ondernemer zijn eigen zaak? En ook aan de universiteit werken tegenwoordig erg ondernemende onderzoekers. Kan men nog vertrouwen in artsen en arts-onderzoekers hebben?

De cynicus zal zeggen dat deze arts vooral op de eigen beroepsgroep en het groepsbelang gericht is. Hij kwam met zijn waarschuwing naar buiten op een 'feestelijk' moment, namelijk bij het uitspreken van de jaarrede, als voorzitter van de Nederlandse Orthopedische Vereniging. Wie met zijn patiënten echt begaan is, wacht niet op dit moment, zou je denken, en kiest een ander forum. Zijn waarschuwing is bij nader inzien niet aan hen gericht, maar reikt veel verder. Zijn boodschap betreft de verhouding van de orthopedische beroepsgroep tot overheid en markt. Hij waarschuwt voor Duitse toestanden in Nederland.

De opleidingscapaciteit voor orthopedisch chirurgen is in Nederland recent sterk teruggebracht, terwijl er toch al een tekort aan capaciteit is. Mogelijk zal men ook in Nederland, onder de druk van wachtlijsten en kosten, voor de geautomatiseerde Robodoc-operatie kiezen. En nog een waarschuwing: straks worden wellicht heup- en knieoperaties uit de basisverzekering gegoooid. Zei onlangs een Duits christenpoliticus al niet dat het om welvaartsziekten gaat en dat men boven de 85 jaar daaraan geen gemeenschapsgeld moet besteden maar dat men zich daarvoor maar moet bijverzekeren?

Kortom, de arts is druk in de weer met de positionering van zijn beroepsgroep in de zorg. Onduidelijk is of hij bang is dat artsen gedwongen zullen worden in de toekomst mindere kwaliteit te leveren of dat ook sommige Nederlandse artsen, net als Duitse, hier welwillend tegenover staan en ertoe als echte ondernemers vrijwillig bereid zullen zijn. Of de kogel die hij vreest van rechts (de markt) of van links komt (de overheid), of van beide kanten tegelijk.

De casus vormt een wespennest aan belangenconflicten. Het is niet alleen voor de burger moeilijk hier orde in te scheppen en conclusies uit te trekken. Heel uiteenlopende reacties kan men als evenzovele plaagstootjes zien: "Artsen noch verzekeraars mogen professionele normen inruilen voor mindere kwaliteitsnormen." "Goed dat er concurrentie komt en artsen eens

openlijk hun verschillen van inzicht op kwaliteit uitvechten en elkaar niet meer de hand boven het hoofd houden.” “Eindelijk gaat het in de zorg eens over geld, want alles moet wel betaald kunnen worden.” “Het wordt tijd dat de opleidingscapaciteit aan de markt wordt overgelaten, en niet bepaald wordt door de overheid of de beroepsgroep zelf.” “Misstanden in de markt worden uiteindelijk vanzelf gecorrigeerd maar het is wel wrang voor patiënten die van deze marktfilosofie de dupe worden.” “Op de markt is winst maken eerder een zaak van korte termijn, kortzichtig dus.” “Bij deze transparantie is iedereen gebaat.” “We leven in Nederland niet op een eiland, Europese regelgeving schept ruimte voor een opener ontwikkeling, die kan en moet je niet willen tegenhouden”.

Inmiddels meldt het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde op 8 mei 2004 in een klein bericht dat de ‘Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik’ in Frankfurt met onmiddellijke ingang heeft besloten de techniek niet meer toe te passen. De zorginstelling zegt niet verantwoordelijk te zijn voor de letselschade. Men introduceerde het apparaat anderhalf jaar geleden met veel bombarie, zo zegt het bericht, ofschoon het – afkomstig uit de Verenigde Staten – daar nooit zou zijn goedgekeurd.

Ondertussen zitten we wel met een probleem. Van wie kan de patiënt nu zeggen: ‘mijn schuld en de betrouwen’: de verzekeraar, de arts, de overheid, de markt, de beroepsgroep, de beroepsethiek? Wie is de echte ‘advocaat’ van de patiënt? (Hilhorst, 1999c). Of moet hij of zij – beiden zijn mij even lief – voortaan zelf z’n boontjes maar zien te doppen? In de beroepsethiek zijn begrippen als professionele kwaliteit en professionele betrouwbaarheid sleutelbegrippen. In de geschetste casus ontbreekt het de leek aan kennis en inzicht, maar ook een zorgverlener kan in het oerwoud van regulering en deregulering nauwelijks de bomen van het bos onderscheiden. Wil men zich een oordeel vormen dan is niet alleen kennis van specifiek medisch-technische zaken nodig maar ook inzicht in de complexe organisatie van de zorg.

De discussie beweegt zich tussen de twee polen van wantrouwen en vertrouwen. Het is mogelijk, de ene pool, om de risico’s te benadrukken. Wanneer met economisering bedoeld wordt dat men belangentegenstellingen verder laat oplopen, dan moet bedacht worden dat ‘geregelde concurrentie’ hand in hand gaat met ‘georganiseerd wantrouwen’. Vertrouw nooit de eerste de beste arts, maar vraag een offerte bij tenminste drie van hen. Raadpleeg voor uiteenlopende opvattingen binnen de

beroepsgroep ook altijd even de Medische Consumentengids, gecertificeerd door de afdeling Medische Ethiek van het Erasmus MC'. Of het om 'gezond' wantrouwen zou kunnen gaan is nog een aparte vraag.

Het is ook mogelijk de andere pool, de kansen, te benadrukken. Wanneer met economisering bedoeld wordt dat van het zorgverlenend handelen transparantie verlangd wordt in termen van kwaliteit en kosten, dan mag men vertrouwen hebben in de goede afloop van het proces. Er zijn goede en slechte zorgaanbieders en het is terecht dat de patiënt verteld wordt wat het verschil is. Dat komt de zorg uiteindelijk alleen maar ten goede. Het beeld van de beroepsgroep die als in een gesloten bastion zelf kan uitmaken wat professionele normen zijn zou ermee worden doorbroken. De afweging van prijs en kwaliteit zal voor iedereen inzichtelijk worden.

3 Kader: kansen en risico's

"It is increasingly difficult to distinguish between the domains of the state and the market, between culture and mass media, and between what constitutes public and private arenas. Institutional boundaries have become fuzzy and overlapping" (Nowotny, 2001)

Ik ga er in deze verkenning vanuit dat het zinvol is oog te houden voor zowel de kansen als de risico's. In de orthopedische casus speelt geld een belangrijke, sturende rol. In dit opzicht dringt de economisering van de zorg zich eenvoudig op en beschouw ik haar als een gegeven. Het lijkt nauwelijks meer mogelijk om los van geld over zorg te spreken. Dat maakt de zorg niet opeens besmet of minderwaardig. De vraag is *hoe* geld een rol speelt en op welk soort kwesties we daarbij – in termen van ethiek – *bedacht* moeten zijn (Morreim, 1991; Polder, Hoogland en Jochemsen, 1996; Ubel, 2001).

Geld is inherent aan de zorg

Dat in toenemende mate de zorg (en de discussies erover) door geld wordt bepaald, heeft allereerst te maken met onze huidige kijk op zorg. Men kan ertoe het gegroeide ethisch inzicht rekenen dat mensen zelf moeten kunnen uitmaken welke zorg zij wensen en welke niet. Het 'rugzakje' (persoonsgebonden budget) is er een uitvloeisel van. Dit idee spoort met opvattingen over passende zorg. Men hoopt ermee mensen

meer ruimte – keuzevrijheid en flexibiliteit – te geven om ‘eigen’ zorg in te kopen, al valt dat in de praktijk nog tegen, wanneer men in een ondoorzichtige situatie met vele loketten z’n weg moet zien te vinden.

In de tweede plaats veranderen nieuwe medische inzichten en technieken, zoals prenatale screening, orgaandonatie bij leven, voortplantingstechnieken, cosmetische chirurgie of nieuwe geneesmiddelen de zorgverlening van binnenuit. In ethisch opzicht gaat het om een drievoudig probleem:

- in termen van grenzen: “Mag alles wat kan?”
- in termen van de juiste keuzen: “Keuzen in de zorg”
- maar ook in termen van organisatie: “Hoe krijgen we de zorg daar waar we die hebben willen?”

Voor het belang van met name deze laatste vraag hebben medisch-ethici tot dusver weinig oog gehad (Hilhorst, 1999-b).

In de derde plaats dringt de vraag naar de betaalbaarheid van het geheel zich op. Ook dit probleem vloeit voort uit de zorg zelf. Enerzijds loopt de betaalbaarheid gevaar omdat de zorgaanspraken sterk zijn toegenomen (vergrijzing maar ook mondigheid), anderzijds omdat het duo geneeskunde en gezondheidszorg een schier onuitputtelijke bron vormt van almaar meer en nieuwe ‘zorgproducten’. Wat betekent dit voor aanbod, vraag, beschikbaarheid, verdeling? Hoort de rollator nog in het pakket of de computergestuurde armprothese en wie maakt dat uit, overheid, verzekeraar, arts, onafhankelijk indicatieorgaan? Hoe het zij, zonder geld is er geen professionele zorg meer denkbaar.

Geen goede zorg zonder een goede organisatie

Goede zorg laat zich evenmin denken zonder een goede organisatie. Die organisatie blijkt lastig. Zo zijn de (centrale) regionale indicatieorganen-op-afstand nodig om vast te stellen welke thuiszorg geïndiceerd en rechtvaardig is (waarna de markt zijn werk mag doen) weinig flexibel gebleken. Kennelijk gaat het in de organisatie van de zorg om een complexe zaak en mag men er geen eenvoudige antwoorden verwachten. Geld kan men daarbij als probleem zien, maar ook als oplossing. Geld kan dienen als aansporing (‘prikkel’) om beter en gericht zorg te verlenen. Het is dan één van de sturingsinstrumenten om de juiste zorg op de juiste plaats te krijgen. Maar geneeskunde & gezondheidszorg als bron van mogelijkheden zien is nog iets anders dan er een markt van mogelijkheden van maken.

Een veelheid aan typering

Ik heb tot dusver het woord economisering gebruikt om de toenemende aandacht voor geld en kosten uit te drukken. In werkelijkheid is sprake van een veelheid aan globale typering van wat er in de zorgverlening gaande is (Polder et al., 1996; Morreim, 1991): verzakelijking, professionalisering, juridisering, economisering, vermarkting, commercialisering, autonomisering, bureaucrativering, individualisering. Deze begrippen hebben veelal een negatieve connotatie. Een eenzijdige nadruk op het één (geld; zakelijkheid; autonomie; wetgeving) zou ten koste gaan van andere zaken die men waardevol acht (aandacht; deskundigheid; belangeloosheid). Ofschoon de begrippen verschillen is er ook overlap en wederzijdse beïnvloeding, al is soms moeilijk te zien welke (Macklin, 1993; Tonkens, 2003; Jeurissen, RVZ, 2003). Economisering is niet alleen gaande op de markt, maar ook binnen de overheid. Op de markt wordt geconcurrereerd, maar niet noodzakelijk op winst. Meer marktwerking zou tot minder bureaucratie en regelgeving moeten leiden, of wordt het alleen maar meer? Impliceert een grotere mondigheid van burgers de beteugeling van de professionele autonomie en vrijheden van zorgverleners?

Sturingsinstrumenten in samenhang bezien

Alle aandacht richt zich momenteel op een specifieke vorm van economisering, de 'vermarkting' van de zorg. De overheid legt, zoals in zoveel westerse landen, meer nadruk op de markt als sturingsinstrument. Aldus hoopt men ruimte te creëren voor nieuwe initiatieven. Ook het winstoogmerk kan daarbij een stimulans vormen om de gewenste verschuiving van aanbodsturing naar vraagsturing te realiseren. De vraag of 'meer markt' het geëigende middel is, kan binnen het bestek van deze studie niet worden beantwoord. We gaan ervan uit dat meer marktwerking in het verschiet ligt.

De vraag welke problemen in de zorg men ermee denkt op te lossen, en hoe, en of die verwachting gerechtvaardigd is, is hier niet aan de orde. Of het marktinstrument de zorg werkelijk dient, is een praktische vraag. Het betreft de vraag naar het juiste instrument, waarop met name vergelijkend empirisch onderzoek licht zou kunnen werpen. Het beeld van veel oude patiënten die te lang in een ziekenhuis moeten blijven omdat er voor hen geen plaats in het verpleeghuis is, is wellicht symbolisch voor een organisatie die te veel van bovenaf is gestuurd en door vaste budgetten onflexibel geworden is. Vraagsturing betekent hier eenvoudig een betere afstemming van de

organisatie op werkelijke zorgbehoeften. Hoe men dat het beste kan doen, is geen vraag voor de ethiek.

Ik ga ervan uit dat het marktinstrument dat de overheid nu wil inzetten niet op zichzelf staat maar in samenhang met de andere sturingsinstrumenten die haar in beleid ter beschikking staan moet worden beoordeeld. Het heeft daarom weinig zin onze pijlen louter te richten op de markt. Het antwoord op de stelling: “De zorg is toch geen markt?”, kan alleen maar genuanceerd zijn: er zit niets anders op dan te “laveren tussen markt-falen en overheidsfalen” (Schut, 2003).

Goede zorg is de toets voor elke organisatievorm

Niettemin blijft er voor de ethiek een bescheiden taak. Om te weten wat een goede organisatie van zorg is, moeten we weten wat goede zorg is. Dat is een normatieve vraag. Systeemwijzigingen in de zorg kunnen immers geen doel in zichzelf zijn. Ze staan als het goed is in dienst van betere zorg. Niet alleen de zorgverlening zelf, maar ook de organisatie van de zorg moet daaraan getoetst worden. In de zorgverlening en de organisatie van de zorg gaat het om een en hetzelfde doel: *goede en nog betere zorg*. De uiteenlopende waarden die daarbij in het geding zijn kunnen met elkaar op gespannen voet staan. Ook goed-doen en winst maken liggen niet automatisch in elkaars verlengde.

Daarop meer zicht geven is het beperkte doel dat we ons stellen en we nemen, zoals gezegd, daarbij ons vertrekpunt in het beroep van zorgverlener en diens beroepsethiek.

4 Het beroep van zorgverlener: een reëel beeld

“Medical professionalism is an inherently conservative concept, building as it does on the moral traditions of physicians in response to social changes.”

“Why is ‘physician frustration,’ rather than health or access to health care, the anchor for this new statement of medical professionalism?”

(Miles, 2002, over een recent Handvest voor interne geneeskunde)

Veel van onze oordelen, ook de morele, staan of vallen met de voorstelling die we ons van een situatie maken. Dat geldt zowel voor ons beeld van de markt als van het beroep van de zorgverlener. Soms wordt de markt als kwaadwillig monster voorgesteld en de zorgverlener als goedmoedig knuffeldier. Onder zorgverleners ziet men het graag zo. Maar ook het omgekeerde zien we, de markt als veelgekoesterd speeltje en zorgverleners als een stelletje onwillige honden waarmee het slecht hazen vangen is. Die voorstelling treft men weer eerder – niet verwonderlijk – bij beleidsmakers aan. Beleidsmakers denken bij meer marktwerking bij voorkeur in termen van kansen, terwijl zorgverleners juist waarschuwen voor de risico’s. Beide voorstellingen vertekenen de werkelijkheid en wie versimpelt, creëert schijnzekerheid. Beter lijkt het om beide kanten niet uit het oog te verliezen: kansen én risico’s van de markt, welwillende en onwillige zorgverleners, en elkaar voor eenzijdigheden te behoeden. Ergens tussen ideaal en werkelijkheid.

Inherente moraliteit

Het is in de beroepsethiek gebruikelijk om van een inherente moraliteit te spreken. Met de praktijk van de zorg is een eigen moraal, in modern jargon: een eigen “logica”, gegeven (Freidson, 2001). Wie zorg geeft, handelt volgens bepaalde regels die eigen zijn aan wat men algemeen ziet als goede zorgverlening. Die eigen wijze van handelen maakt een zorgverlener tot zorgverlener, en niet tot marktkoopman of manager of ambtenaar. In elk beroep handelt men volgens eigen mores. Elke praktijk heeft z’n eigen spelregels van fatsoen en betamelijkheid: onderwijs geven, aan wetenschap doen, de openbare orde handhaven, producten maken. De regels drukken respect uit voor het goede dat wordt nagestreefd in die zo diverse praktijken.

De zorg is één zo'n praktijk, waarin een heel bijzonder 'goed', namelijk gezondheid, wordt gekoesterd. Voor de zorgverlener is de idee "mensen bijstaan wanneer hun gezondheid bedreigd wordt" richtinggevend, ook al spreekt de manager in de zorg vanuit diens perspectief nog zo vaak over zorgproducten die geleverd moeten worden. Het eigene van de zorgverlening is eenvoudig te omschrijven. Een zorgverlener gaat in op de individuele nood of behoefte van de patiënt en probeert die te lenigen. Verdeling van zorg vindt naar behoefte en urgentie plaats: zo snel als nodig, zoveel als nodig; ongeacht de achtergrond van die behoefte. Daarbij moet de zorgbehoefte het vertrouwen hebben dat de zorgverlener zich ("naar beste weten en vermogen," zoals de artseneed formuleert) volledig inzet en louter diens belang dient. De zorgverlener staat, kortom, in voor de patiënt. We moeten er echter voor waken dat deze op zichzelf juiste schets van het beroep van zorgverlener een karikatuur wordt (Hilhorst, 1999-a; Downie, 1988).

Altruïsme en weldoen

Soms wordt het voorgesteld alsof bij de zorgverlener slechts altruïstische motieven een rol spelen. Of sterker: slechts mógen spelen, wil het goede zorg zijn. Dat is natuurlijk zelden het geval. Het hoeft of kan ook niet. Zorgverleners zijn geen heiligen of weldoeners. Waarom zouden wij ze zo ophemelen? Het ideaalbeeld van Florence Nightingale of moeder Thérèse zet ons op een verkeerd been: dit kan geen ideaal van de moderne zorg zijn. Handhaving ervan leidt slechts tot schone schijn ("keeping up appearances").

De moderne zorgverlener behoort een behoorlijk inkomen te krijgen in ruil voor zijn diensten: "Geen gevaarlijker dokter, dan een arme dokter", luidt niet voor niets een bekend spreekwoord. Goede, voorbeeldige inzet mag best (extra) beloond. Het is bovendien voor de patiënt helemaal niet prettig om afhankelijk te zijn van charitas en goede wil (Den Hartogh, 2004). De patiënt is verzekerd en mag daarom op goede, passende zorg aanspraak maken. Ideaal is dus een goed zorgstelsel met gemotiveerde zorgverleners. Men verleent er diensten overeenkomstig professionele normen met het oog op het beste belang van de patiënt en ontvangt daarvoor in ruil een eveneens passende vergoeding. Niet meer en niet minder.

Zorg-eigen versus zorg-vreemd

Een andere karikatuur ontstaat wanneer men de genoemde interne waarden van de zorg als 'echte' waarden beschrijft en

andere, externe waarden als vijandig aan de zorg voorstelt. In deze voorstelling ondermijnt de aandacht voor kosten en efficiency het 'echte' werk van de zorgverlener. Men beschrijft dan het werk van managers in de zorg als de invasie van een vreemde mogendheid (Reinders, 2003). De verantwoording 'naar boven' (van administratie of van een goed beheer van middelen) ziet men al gauw als ongepaste of oneigenlijke bemoeienis. Een dergelijke tegenstelling doet echter geen recht aan de werkelijkheid.

Individuele zorgverleners hebben niet alleen een verantwoordelijkheid voor individuele patiënten; hun professionaliteit (en dus ook hun beroepsethiek) omvat ook een collectief aspect. De wens van de patiënt is niet de enige norm die geldt. Medisch-professionele standaarden, die wetenschappelijke kennis en kunde representeren, hebben een bovenindividueel karakter. Ze betreffen de zorg als zodanig; de eigen aard ervan. Ook medisch-ethische normen hebben een sociaal-ethisch aspect. Niet meer weg te denken 'moderne' normen die iedere zorgverlener in de huidige zorg ter harte moet nemen zijn:

- de goede, gelijke toegankelijkheid van de zorg voor iedereen,
- het doelmatige gebruik en de rechtvaardige verdeling van (veelal beperkte) beschikbare zorg, en
- de transparantie en verantwoording van de gegeven zorg.

Ook die normen vertegenwoordigen een morele, of meer nog, een professionele plicht. Dat deze waarden (ten dele) nieuw zijn in de zorg, en (ten dele) van buitenaf worden binnengebracht betekent allermint dat ze vreemd of vijandig zijn aan de zorg en de zorg bedreigen (Polder, 1996). Het zijn immers waarden die de zorg als geheel en de continuïteit ervan betreffen. Ze maken evenzeer en wezenlijk deel uit van de definitie van goede zorg.

Zorg in vacuümverpakking

Het idealistische beeld van de zorgverlener met zijn eigen moraal is bovendien een karikatuur omdat het een a-historisch beeld is. Het verleden wordt geromantiseerd en tot norm voor vandaag verheven. Men stelt het voor alsof de zorgverlener en -ontvanger op zichzelf bestaan; alsof zorg in vacuümverpakking te verkrijgen is, los van tijd en omstandigheden, los van de context waarin de zorg gestalte krijgt (Miles, 2002). Daarmee wordt geen recht gedaan aan de aard van moderne geneeskunde en gezondheidszorg. Ook wordt voorbij gezien aan

de politiek-maatschappelijke omstandigheden en voorwaarden waaronder in de huidige tijd zorgverlening wordt beoefend.

Zonder goede, moderne organisatie van de zorg laat zich geen goede, moderne zorg denken. Trouwens, ook zorgverleners zelf organiseren hun werk en geven zo op hun wijze aan de zorgverlening vorm: in wisseldiensten en waarneming, in specialismen en werkvelden. Dat is niet pas van de laatste tijd, dat hebben ze sinds Hippocrates gedaan; de eed spreekt evenzeer over de relatie tot vakgenoten als tot patiënten. Indien zorgverleners onvrede hebben met de huidige organisatie van de zorg, laten ze dan ook “de hand in eigen boezem” steken (Van der Does, 2003). Zorgverleners dienen, kortom, met hun tijd mee te gaan en oog te hebben voor de verwachtingen die er in de huidige tijd met betrekking tot hun zorgverlening bestaan.

Kortom, de professie niet wegcijferen

Ik verbind aan deze schets van de professie de volgende conclusie. Voor goede zorg is een goede organisatie van die zorg onontbeerlijk. Zorgverleners dienen zich bewust te zijn van de moderne context waarbinnen zij de ruimte krijgen zorg te verlenen. Het is zo vaak gezegd (Keuzen in de Zorg, 1991): de middelen die zij daartoe krijgen aangereikt zijn voor een belangrijk deel collectieve middelen. Beroepsnormen overstijgen de individuele praktijk en hebben betrekking op zowel de zorgverlening als zodanig als op het geheel van de zorg. De moderne, westerse gezondheidszorg kenmerkt zich door complexiteit. Het betreft vaak hoog gespecialiseerde kennis en kunde en een zeer veel omvattende organisatie van zorgverlening.

Steeds keren dezelfde kernvragen terug:

- wat is eigenlijk goede zorg (en wie bepaalt dat), en
- hoe krijgen we de zorg daar waar we die willen hebben: de juiste zorg op de juiste plaats (de vraag naar het passende instrument)?

Het is dus niet juist om de zorgprofessie te idealiseren en te isoleren, maar het is evenmin juist om haar rol weg te cijferen. Voor professionaliteit is in de literatuur hernieuwde aandacht en waardering. Het belang van professionaliteit wordt ingezien. Zorgverleners beschikken over gespecialiseerde kennis en kunde en hebben in hun nauwe contacten met patiënten *first hand* ervaring. Bovendien zal men in beleid met hen nadrukkelijk rekening dienen te houden: zij moeten het in de praktijk uiteindelijk doen. Tenslotte, in hun beroepsethiek liggen fun-

damentele overtuigingen opgeslagen en kan men een houding aantreffen van professionele betrokkenheid – ofschoon niet tijdloos – met betrekking tot wat goede zorgverlening zou moeten zijn (Koehn, 1994; Polder, 1996; Hilhorst, 1999-a; Maister, 2000; Freidson, 2001; Tonkens, 2003). Maar onvermijdelijk dient ook deze beroepsethiek uiteindelijk getoetst te worden aan onze huidige, moderne opvattingen over goede zorg.

5 Werken in een marktomgeving: een reëel beeld

“The extraordinary reactions ... – especially the more hostile ones – arose in large part because the issues at stake were perceived to be not just technical ones of the ‘what’s best is what works’ variety, but ones involving values and morality. However, the latter were not always made explicit ...” (Le Grand, 2001)

Als we ons een bij-de-tijdse voorstelling proberen te maken van de omstandigheden waaronder zorgverleners zorg moeten verlenen, is het zaak ons daarvan een zo reëel mogelijk beeld te vormen. Terwijl voorstanders van meer marktwerking vooral hun idealen koesteren, benadrukken critici overwegend gevaren.

Idealen

De idealen die in het marktinstrument besloten liggen beschrijft men vaak in termen van waarden. Met meer marktwerking hoopt men doelmatigheid, kwaliteit, keuzevrijheid, gelijkheid, toegankelijkheid en kostenbeheersing te realiseren. En het liefst allemaal tegelijk. Mooie waarden, waar maar weinigen op zichzelf bezwaar tegen zullen hebben. Het is een misverstand om te denken dat het in de markt alleen om geld en winst maken zou gaan. Betrouwbaarheid en continuïteit zijn evenzeer onmisbaar voor het voortbestaan van goede zorg. Niettemin wordt de markt, ook in de ethische literatuur, dikwijls als monster voorgesteld. Tussen ideaal en werkelijkheid bestaat nu eenmaal een grote kloof. Er bestaat geen ideale markt in de zorg, maar bovendien mag in de zorg de markt nooit ons ideaal zijn, zo luidt de tweeledige kritiek.

Massieve kritiek ...

Heel treffend is de massieve kritiek op de markt als volgt samengevat:

“The suggestion that the market offers significant protection for individual liberty, scientific excellence and virtue in health care is met with considerable skepticism in contemporary bioethics. Market-based financing and distribution of health care, it is more typically claimed, fails to protect the most fundamental interests of patients. The market is perceived as decreasing altruistic sentiments, eroding a sense of community, lowering scientific standards, limiting personal freedoms, limiting professional freedoms, as well as legalizing hostility between patients and physicians. Moreover, profiting from the provision of health care is viewed as morally suspect. In short, the forces of the market, it is believed, bring on more harm than benefit. The profit motive is not regarded as leading to the wise use of resources, nor is the market considered a place that rewards responsible free decision-making, while providing tutelage concerning the limitations of the human condition. As a result, the call for significant, wide-ranging, and extensive governmental regulation is ubiquitous” (Cherry, 2003).

Kortom, in plaats van meer zal er minder vrijheid zijn, in plaats van minder regels meer regels, een groter wantrouwen tussen arts en patiënt, lagere professionele standaarden, minder solidariteit, minder efficiency, etc.

... maar relatieve kritiek

Door welk idee van de markt laten wij ons leiden bij ons oordeel: ideaal of monster? Karikaturen doen geen recht aan de werkelijkheid. De idee van de markt als ‘invisible hand’ die vereist dat niemand ingrijpt, zodat de partijen in vrijheid tot goed zakendoen kunnen komen en alles vanzelf goed komt, kan onmogelijk in de zorg bedoeld zijn. Nog steeds bepalen heel veel regels het speelveld en is de kernvraag veeleer wáár wij met een gerust hart (beperkte) marktwerking in de zorg (maar beter) kunnen toelaten en waar niet. In de huidige discussie gaat het om een heel specifieke ‘geleide’ concurrentie, die stap voor stap en zeer geleidelijk wordt doorgevoerd (Schut, 2003). Elk instrument, ook de markt, heeft sterkere en zwakkere kanten. Het is juist de specifieke mix met andere (aanvullende, flankerende) instrumenten die de uiteindelijke uitkomst bepaalt en om een beoordeling vraagt.

Van karikaturen is sprake, wanneer een eenzijdige voorstelling gegeven wordt die eenvoudig niet met de werkelijkheid strookt. Eenzijdigheden zijn er legio. Er is de voorstelling dat

het in de markt alleen om geld draait. Maar zou het niet ook om kwaliteit kunnen gaan? Er is de voorstelling dat op de markt altijd de zwaksten ten onder gaan, maar wat is er tegen als slechte zorgaanbieders hun plaats moeten afstaan aan betere? Trouwens, zijn op de markt niet de consumenten de sterksten, wijzelf dus, en moet het zo uiteindelijk niet zijn?

Er is ook de voorstelling dat het op de markt veelal inefficiënt toegaat: klanten kopen meer dan ze echt nodig hebben, aanbieders produceren te veel, maken grote kosten aan reclame en onderlinge wedijver, gaan failliet, en de negatieve effecten worden afgewenteld op anderen. Vaak draait de gemeenschap voor de kosten op.

Dat kan allemaal waar zijn, maar de vraag is of andere instrumenten, bijvoorbeeld de overheidsbureaucratie of een woud aan formele regelgeving het zoveel beter doet. Of is het alternatief dat we de organisatie van de zorg voortaan louter aan zorgverleners overlaten? De wijde en veelzijdige kritiek op de markt mag terecht zijn, maar het is relatieve kritiek: relatief ten opzichte van alternatieve organisatievormen. Deze kritiek kan op zichzelf nooit voldoende reden voor de afwijzing van 'meer markt'.

Kortom, van ideologie naar waarden

Het is dus te simpel en weinig zinvol om van de markt een veelkoppig monster te maken. De markt is één instrument om de zorg te organiseren en de zorg daar te krijgen waar we die hebben willen. Daarbij gaat het om een mix en zullen marktelementen bestaan náást andere elementen, zoals juridische en professionele. Zelden hebben we te maken met een ideale (zuivere) markt. De vraag is vervolgens of meer markt een (relatief) beter of slechter instrument is dan de andere om de gewenste zorg te realiseren, in de termen die men voor ogen heeft: beter of slechter qua doelmatigheid, kwaliteit, keuzevrijheid, gelijkheid, toegankelijkheid en kostenbeheersing. Opnieuw, geen ethische vraag maar vooral een praktische: naar het juiste instrument bij een (nauwelijks te betwijfelen) voorgegeven doel van goede zorg (Le Grand, 2001). Te veel nog draagt de discussie een ideologisch karakter, waarin standpunten massief tegenover elkaar blijven staan en men elkaar vanuit ingegraven stellingen bestrijdt. De ideologische discussie valt te begrijpen als we zien dat sturingsinstrumenten niet louter een technisch karakter hebben. Op de achtergrond spelen visies een rol die te maken hebben met de waarden die in deze instrumenten besloten liggen. Het is van belang voor de dis-

cussie om beter zicht te krijgen op die waarden. Sturingsinstrumenten zijn moreel niet neutraal en stempelen de zorg op een moreel niet-neutrale wijze.

6 Sturingsinstrumenten

“Being a doctor is a way of making a living, and a highly respected one. Some doctors are effectively small businessmen; ... doctors ... do not pay for the time of patients; ... the resources that cost them nothing can be used freely. Patients, therefore, sit around waiting for doctors and nurses. Doctors and nurses do not sit around waiting for patients” (Williams, 1998)

Het ligt voor de hand om te veronderstellen dat zorg op meerdere manieren georganiseerd kan worden. We hebben het (traditioneel) zó georganiseerd, maar het kan wellicht ook heel anders. In dit opzicht is de organisatie contingent aan de zorg, dat wil zeggen, zij vloeit er niet noodzakelijk uit voort. In principe dienen we daarom steeds open te staan voor een mogelijk andere vormgeving en aansturing van de zorgverlening (Applebaum, 1999; Williams, 1998)

6.1 Instrumenten zijn moreel niet-neutraal

“Van een ingreep willen we niet alleen weten of hij mensen beter maakt, maar veel meer – namelijk welke idealen hij al dan niet dichterbij brengt en voor wie” (Berg en Mol, 2001)

Zorg in een veranderende omgeving

In de oude beroepseed van 1878 worden de genees-, heel- en verloskunst onderscheiden; in de nieuwe formulering van de eed in 2003 is dit niet meer ter zake. Ook was in ons land de zorg van oudsher sterk verzuild georganiseerd; het belang ervan is vandaag lang niet meer zo groot als vroeger. Wanneer we een patiënt toch laten betalen wanneer deze niet op een afgesproken spreekuur verschijnt, waarom zou dan een arts zijn patiënten niet moeten betalen wanneer zijn spreekuur aanzienlijk uitloopt? Goede zorg laat zich denken in verschillende omgevingen. Van oudsher was er geen overheid die zich ermee bemoeide, zorgverleners konden hun eigen gang gaan. In de moderne tijd is er wel overheidsbemoeienis, maar de vraag hoe en in welke mate die gewenst is, wordt in de diverse

westerse landen verschillend beantwoord en is volop in discussie. Kennelijk is niet een eenduidig antwoord te geven; daarvoor is de wereld van de zorg tegenwoordig te complex.

Toch is het spreken in termen van ‘sturingsinstrumenten’ (van professionele zelfregulering, beroepsethiek, wet- en regelgeving door overheid, of markt) bedrieglijk. Instrumenten drukken hun stempel op de zorg. Ze ‘kleuren’ de zorg op eigen wijze. Het juridische begrippenkader verschilt bijvoorbeeld hemelsbreed van dat van de markt, de manager of de zorgverlener. Net als medische technieken geldt ook voor organisatie-technieken dat zij ‘ingebouwde normen’ kennen (Berg en Mol, 2001).

Instrumenten stempelen de zorg

De implicaties hiervan zijn cruciaal. Sturingsinstrumenten geven niet alleen aan de zorgverlening maar ook aan de definitie van goede zorg een bepaalde invulling en richting. Ze structureren ons denken en handelen. Sommige waarden zullen meer worden benadrukt dan andere; sommige zullen naar voren geschoven worden, andere naar de achtergrond. Als over de zorg in markttaal, producttaal of consumententaal wordt gesproken, zal ook onze kijk op wat goede zorg is veranderen. Dat zal zeker ook gelden voor wie met de zorg te maken heeft: een marktomgeving ‘doet wat’ met mensen. Zorgverleners worden (ook) zorgaanbieders, zorgbehoeftegen zorgconsumenten en de zorg een product, al zou het te ver gaan om van algehele reductie te spreken: van ‘louter’ product, consument of aanbieder.

De vraag naar het juiste instrument is een vraag naar de juiste omgeving. Waar gedijt (floreert) de zorg het beste; waar komt zij het best tot haar recht? (Polder et al., 1996). Welke omgeving is (onder de huidige omstandigheden) het meest adequaat of passend? Of in termen van de zorgverlener: welke omgeving spoort het beste met diens beroepsethiek? Voelt men zich eerder thuis bij de taal van de overheid en wetgeving dan bij die van markt of manager? Of bij geen van beide? In het antwoord dat wij geven speelt onontkoombaar een idee mee over wat goede zorg is.

6.2 Het marktinstrument: samenwerking op basis van overeenstemming

“Understood as social space for peaceable consensual human interaction, the market does not draw moral authority from appeals to consensus, ideal theories of rational action, or even deep moral intuitions regarding appropriate consequences, human rights or cardinal moral concerns. So understood, the market draws moral authority from the agreement of the parties to collaborate – that is, moral authority is created through free consensual agreement. Collaborators need not agree regarding the background ranking of values or moral principles, cultural or religious assumptions, or even regarding the importance of health care vis-à-vis other goods; they need only affirm the content of their agreement. No value standard or order must be presumed, just the recognition that collaboration is possible through agreement” (Cherry, 2003)

Marktwerking geeft aan de zorg en de definitie van wat goede zorg is een eigen invulling en richting. De markt bepaalt zo tevens op haar eigen manier wat ‘kwaliteit’ is. De ruimte die de markt biedt heeft ook haar keerzijde.

De ruimte van de markt

De voordelen van de markt, in bovenstaand citaat door Cherry in ethisch perspectief omschreven, zijn kortweg: de markt stelt in staat vreedzaam samen te werken; het is voldoende dat partijen het op vrijwillige basis eens worden; daaraan ontleent de markt haar morele gezag; voor de rest is het volstrekt niet nodig dat men elkaar op andere punten kan vinden (op het gebied van moraal, geloof, achtergrondovertuigingen, het belang van het ‘goed’ gezondheid naast andere goederen, etc.).

Hij onderkent dat de markt veel toelaat dat zij strikt genomen niet onderschrijft. Zij staat mensen toe in de zorg dingen in te kopen die anderen op z’n mooist voor afwijkend houden en wellicht in moreel opzicht voor volstrekt verwerpelijk. Waarop hij het oog heeft, zegt hij niet. We kunnen denken aan gangbare, meer en minder breed geaccepteerde zorg (zwangerschapsafbreking, euthanasie, hulp bij voortplanting, plastische chirurgie, transseksuele operaties, orgaandonatie bij leven, etc.) maar ook aan zorg die minder vanzelfsprekend of zelfs controversieel is: beenamputatie op verzoek zonder ‘medische’ indicatie, legale betaling aan orgaandonoren, betalen voor snellere hulp in bedrijvenpoli, de verstrekking van gezondheidsschadende

stimulerende middelen, de creatie van embryo's voor medisch onderzoek, etc.

Keerzijde

Op de markt krijgt zorg een bepaalde kleur. Aan de voordelen die het marktinstrument meebrengt, zit ook een keerzijde. De kritiek zou ik in termen van waarden als volgt willen beschrijven.

Intrinsiek versus instrumenteel

Niet genezing of gezondheid is het uiteindelijke doel, maar een tevreden patiënt. Waarden die velen als 'intrinsiek' aan de geneeskunst zien (de waarde van het leven; de integriteit van het lichaam; gezondheid) ziet men op de markt als louter 'instrumentele' waarden: leven, lichaam en gezondheid zijn er kennelijk niet de laatste of hoogste waarde. Wat telt is de wens van de patiënt en diens bereidheid of mogelijkheid om te betalen, niet het medisch oordeel. Op de markt kan elke waarde worden afgewogen tegen of opgeofferd aan andere waarden.

Gelijkheid en rechtvaardigheid

Datzelfde geldt voor een andere intrinsieke waarde, 'rechtvaardigheid'. Ook die is op de markt niet heilig. Volgens een bepaalde invulling van rechtvaardigheid (op basis van een bepaald idee van gelijkheid en respect voor mensen) zou een bedrijvenpoli, waar werknemers tegen betaling met voorrang behandeld worden, onrechtvaardig zijn. Daarentegen getuigt het van goed marktdenken wanneer deze bedrijvenpoli's wel op de markt geaccepteerd worden: zij genereren immers extra geld en kunnen zo werknemers sneller helpen, waardoor uiteindelijk ook anderen sneller aan de beurt zijn. Op de markt kan men geld verdienen door bepaalde, schaarse zorg aan te bieden en kan met geld voorrang worden gekocht. Een bepaald idee van 'fairness' moet dan worden opgeofferd voor 'efficiency'. Iedereen is beter af in de betekenis van 'sneller' geholpen, maar sommigen wat sneller dan anderen. Hoe zwaar tilt men, tillen zorgverleners en zorgbehoeftigen, aan die ongelijkheid?

Een dunne invulling

In ethisch opzicht biedt het marktinstrument een 'dunne' invulling van zorg. Een smalle morele basis van overeenstemming is er voldoende. Op de markt wordt uitgegaan van de mondigheid van consumenten. 'Goed' is wat direct betrokkenen overeenkomen. De verkoop van een nier, de amputatie van een been, hulp bij zelfdoding bij levensmoeheid, is in

moreel opzicht niet dubieus zolang het om vrijwilligheid gaat (en derden niet geschaad worden). De markt legt dus geen bijzonder idee over zorg aan mensen op. Betrokkenen mogen zelf uitmaken hoe zij aan hun eigen visie op zorg invulling wensen te geven. De vraag mag hier het aanbod sturen, net als bij de andere goederen op de markt (veiligheid; onderwijs; voeding). Of men op de markt kwetsbare patiënten voldoende bescherming kan bieden is uiteraard een belangrijke vraag. Vaak zijn aanvullende instrumenten nodig (bijvoorbeeld wet- en regelgeving) om die bescherming te realiseren.

6.3 Het juridisch instrument: de zorgrelatie als contract

“Gezien de ongelijkheid in status en kennis, en gezien de feitelijke afhankelijkheid van de patiënt, is het doorgaans voor de patiënt te verkiezen om zich niet op zijn rechten te beroepen” (Huibers en Van der Burg, 1994).

Ik gaf aan dat sturingsinstrumenten in hun onderlinge samenhang moeten worden beoordeeld. Het juridisch instrument beoogt de bescherming van betrokken partijen in de zorg, maar stempelt eveneens de zorg op eigen wijze. Het is zinvol de discussie over economisering ook in dit licht te zien. Veranderingen in de richting van meer kostenbewustzijn, vraagsturing en marktwerking staan niet op zichzelf. In een belangrijk opzicht spoort het juridische kader van de nog vrij recente WGBO (Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst) met de benadering die ook op de markt geldt. En valt vergelijkbare kritiek te beluisteren.

Het ideaal van de WGBO

In de WGBO is het grote belang dat gehecht wordt aan de autonomie van de patiënt uitgewerkt in een steviger juridische positie (Legemaate, 1995; Macklin, 1993). Ten grondslag aan de wet ligt de idee van een *contractmodel*. Net als op de markt moeten we in de zorg leren denken in termen van contractuele afspraken van wederzijdse rechten en plichten, waarin partijen op basis van gelijkwaardigheid en vrijwilligheid overeenkomen welke zorg gewenst en gegeven wordt. ‘Overeenkomst’ is dus ook hier een sleutelbegrip. Daarbij wordt de patiënt net als een klant als mondige burger tegemoet getreden. De wet beoogt een meer evenwichtige, minder asymmetrische zorgverleningsrelatie. Het model zal de praktijk en het denken over zorg

veranderen, hoe is nog moeilijk te zeggen. In het contractmodel liggen kansen en risico's besloten.

Keerzijde

Vergelijkbare kritische vragen die ten aanzien van de markt worden gesteld, bestaan ook hier (Huibers en Van der Burg, 1994).

- Wat betreft 'het eigene' van de zorg: leent de zorgverlening zich naar haar aard wel voor een juridische benadering en is het contractmodel dat men koos hier passend?
- Wat betreft de 'effecten' van het instrument: zal in de praktijk meer (eenzijdige) nadruk komen te liggen op de juridische normen en minder op de morele normen?

Ik laat enkele aspecten die naar voren worden gebracht de revue passeren.

Feitelijke asymmetrie

De wet heeft symbolische betekenis. De wenselijkheid en noodzakelijkheid van een gelijkwaardiger positie van zorgverlener en zorgvrager wordt ons voorgehouden. Niettemin blijft in de praktijk sprake van feitelijke ongelijkheid. Deze heeft zowel te maken met de kennis en kunde van de arts als met de veelal afhankelijke, kwetsbare positie van de patiënt. Het begrip 'informed consent' bijvoorbeeld is op zichzelf al de erkenning van een asymmetrische relatie: de arts weet, de patiënt moet (via de arts meestal) zien te weten komen. Weliswaar wordt het ideaal van de mondige burger in stelling gebracht tegen ongepaste afhankelijkheid en paternalisme, maar dit ideaal strookt dikwijls niet met de sociale realiteit. Sterker, kan daarmee nauwelijks stroken: "Gezien de ongelijkheid in status en kennis, en gezien de feitelijke afhankelijkheid van de patiënt, is het doorgaans voor de patiënt te verkiezen om zich niet op zijn rechten te beroepen" (Huibers en Van der Burg, 1994).

Geen vrije markt

De arts-patiëntrelatie functioneert slechts in beperkte mate in een omgeving die als een vrije markt kan worden gekarakteriseerd. Voor het afsluiten van 'contracten' zijn de keuzemogelijkheden veelal begrensd, geografisch, verzekeringstechnisch en psychologisch. Naast 'voice' mogelijkheden ontbreekt het meestal aan 'exit' mogelijkheden.

Vage normen

De inhoud van de materieel-rechterlijke normen is niet scherp afgebakend. Veel bepalingen zijn vaag en open geformuleerd: 'voorzover noodzakelijk', 'niet onevenredig', 'gewichtige rede-

nen’, ‘ernstig nadeel’, etc. Een nadere invulling is nodig voordat werkelijk van bescherming door rechten kan worden gesproken. In het recht verwijst men gewoonlijk naar de normen die binnen de medische professie zijn vastgesteld en zoekt men daarin juridisch houvast.

Minimalistisch handelen

De patiënt is niet meer afhankelijk van de goedheid of menslievendheid van de arts. Hun samenwerking is gebaseerd op welbegrepen eigenbelang. De arts kan alleen maar bestaan bij de gratie van patiënten (zorg geven en inkomen ontvangen gaan samen) en van de gemeenschap die zorgverleners de middelen, scholing en infrastructuur aanreikt om hun werk te kunnen doen. De professie wordt meer tot een gewoon beroep, waarbij noch altruïsme noch weldoen als kernwaarden behoeven te worden gezien. Dat alles is winst. Echter, wanneer beide partijen louter eigenbelang zouden nastreven, kan dit negatieve gevolgen voor de kwaliteit van de zorgverlening hebben. In dat geval vat men de contractuele verplichtingen slechts minimalistisch op: doet men niet meer dan volgens contract strikt nodig is. Persoonlijke inzet en bijzondere aandacht voor een patiënt kunnen dan nauwelijks nog ‘professioneel’ heten: eerder onnodig en dus onprofessioneel.

Een ‘dikker’ ethische visie. Een ethische visie op de relatie zorggever-zorgontvanger gaat gewoonlijk uit boven een dergelijke minimummoraal van calculerende wederkerigheid. Het is een empirische vraag of het juridisch instrument deze visie frustriert. Leidt ‘juridisering’ tot defensieve geneeskunde, tot verschraving van de zorgverleningsrelatie, tot niet meer doen dan nodig is? Tot morele erosie? Waarden als persoonlijke aandacht, een zorgzame attitude en wederzijds vertrouwen zijn toch van groot belang? Zorg wordt toch veelal verleend in situaties waarin de patiënt afhankelijk en kwetsbaar is? Eerder dan van een contract, is sprake van – wat vaak genoemd wordt – een ‘convenant’. Met dit *verbondsmodel* benadrukt men dat zorggever en zorgontvanger voor dezelfde zaak staan, vanuit een gemeenschappelijkheid, maar dat beiden beslist niet gelijkwaardig behoeven te zijn.

De ene norm is de andere niet

Ethisch gesproken mag de juridische logica, “the vocabulary of rights” nooit tot allesbepalende norm worden (Huibers en Van der Burg, 1994). De medisch-professionele norm en de medisch-ethische norm vallen er niet mee samen. Een goede hulpverlener heeft de verantwoordelijkheid en dient de vrijheid

(‘autonomie’, Den Hartogh, 1997) te hebben om de zorg te geven die voortvloeit uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard. Deze zorg omvat meer dan wat is vastgelegd in regels en standaarden. In de praktijk moet blijken hoe het juridisch instrument uitwerkt. In onze beoordeling worden we steeds terugverwezen naar de vraag welke morele visie wij hebben op goede zorgverlening en op de rolmoraal van zorgverleners. Vanouds zijn zij ‘heilige noch koopman’.

Ideaal en werkelijkheid

Onderzoek zou laten zien dat de WGBO de positie van de patiënt in veel opzichten niet heeft versterkt: ‘het ideaal is nog niet gerealiseerd’. Met betrekking tot minderjarigen bestaan bijvoorbeeld onduidelijkheden over ouderlijke zeggenschap en doet men de aanbeveling hierover een publiek debat te voeren (Dute et al., 2000). Welke conclusie verbinden wij aan deze evaluatie? We kunnen twee kanten op. Is het antwoord: “We moeten harder aan het ideaal werken, zodat de patiënt echt een mondige en gelijkwaardige partij wordt in de zorg”? Of is ons antwoord: “Met dit idee van gelijkwaardigheid wordt de plank misgeslagen. Het past niet in een situatie waarin men kwetsbaar, hulpbehoevend en afhankelijk is. De gegeven ongelijkheid kunnen we niet, of beter, moeten we niet willen gladstrijken” Waar sommigen dus over de zorg spreken in termen van overeenstemming (markt) en contract (WGBO) als fundamentele morele categorie voor (idealiter) gelijkwaardige partijen, en bescherming waar nodig aanvullend geregeld moet worden, spreken anderen daarentegen over een ‘convenant’. Daarmee wordt uitgedrukt dat:

- ongelijkheid (feitelijk, fundamenteel) ‘eigen’ is aan de zorgverlening, en uitgangspunt moet zijn;
- de zorgrelatie gebaseerd is op ‘gemeenschappelijkheid’: betrokkenen staan voor dezelfde zaak, de bevordering van het goed dat gezondheid heet en alles wat daarmee te maken heeft;
- ‘vertrouwen’ ten grondslag ligt aan deze relatie: zorgverleners ‘staan in’ voor hun patiënten waar zij dat zelf niet kunnen.

6.4 Het professionele instrument: deskundigheid en ethiek

“Studenten medicijnen, gesteld voor een lastige beslissing, hoor je nogal eens zeggen: ‘Je moet er zelf achter kunnen staan’. Dat wordt hen kennelijk al vroeg geleerd. Deze vuistregel lijkt voor hen een belangrijke, zelfs essentiële en laatste toetssteen voor hun medische handelen te zijn” (Hilhorst, 1999-a).

“I feel most of the time as if we are sandwiched between ethics and economics” (DeAngelis, 1993). “The ethics of health care and the ethics of the market don’t mix” “... the market does not work for health care” (Taft, 1999).

Voor zorgverleners is de eigen professionele omgeving wellicht de meest betrouwbare en veilige omgeving. Hier immers vormt deskundigheid de norm bij uitstek. De vraag is in hoeverre deze professionaliteit in de huidige omstandigheden sturend en richtinggevend kan zijn. Kan men er terugvallen op ‘vaste’ normen en waarden?

Professionaliteit: verwachtingen en twijfels

Het advies ‘Marktwerking in de medisch specialistische zorg’ (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2003) ziet belangrijke voordelen van marktwerking, zoals een grotere toegankelijkheid en doelmatigheid. Maar het onderkent ook een aantal beperkingen en zwakheden. Men noemt er twee. Zo kan de zelfregulering binnen de sector en de beroepsgroep onder druk komen te staan. Ook acht men patiëntselectie niet denkbeeldig, dat wil zeggen: de keuze voor de gezondere, goedkopere en makkelijkere patiëntengroepen. Ten aanzien van dit laatste wordt opgemerkt:

“Er zijn ook tegenkrachten. De normen en waarden van de betrokken partijen bijvoorbeeld. De beroepsethiek zal zich blijven verzetten tegen patiëntselectie. De ziekenhuizen, die zichzelf presenteren als maatschappelijke ondernemingen, zullen selectie eveneens willen voorkomen” (p. 49, 50).

De zinsnede is opmerkelijk. Wat de markt laat liggen, zal door de professie worden aangevuld. Of nog sterker: datgene waartoe de markt wellicht zelfs uitlokt, zal door de beroepsbeoefenaars worden weerstaan. De vragen liggen hier voor de hand. Is de medische professie van specialisten geschikt om deze taak, die het advies haar toekent, te vervullen? Waarop baseert

men deze verwachtingen? Meer marktwerking met het oog op een beter functionerende zorg is voor alle betrokkenen in feite een experiment, met alle kansen en risico's vandien en een onzekere uitkomst. Niet voor niets wordt over een geleidelijke invoering gesproken. Vanwaar dan dit vertrouwen in de professie? Als ankerpunt verwijst men naar 'de' beroepsethiek. Vanuit beleids oogpunt ziet men in dit verband de beroepsethiek kennelijk als sturend en richtinggevend instrument dat medebepalend is voor 'good health care delivery'. Kan beroepsethiek die rol inderdaad vervullen?

Opvallend is dat in één adem beroepsbeoefenaars en zorginstellingen, zoals ziekenhuizen, worden genoemd. Onduidelijk is hoe men de verhouding van zorginstellingen en zorgverleners, met name op het punt van de ethiek, ziet. Sporen beide met elkaar of staan ze op gespannen voet? Zijn ze ondergeschikt of nevenschikt? Het ligt voor de hand dat zorginstellingen hun eigen stempel op de zorg zetten die spoort met de visie of signatuur van de instelling of het beeld dat men van de eigen toekomst als instelling heeft. De managementethiek die past bij het 'maatschappelijk ondernemen' waarop de RVZ doelt valt niet vanzelfsprekend samen met de beroepsethiek van zorgverleners. Het zou onjuist zijn om hiervan uit te gaan. Ook de aanname dat beide – zorginstellingen en beroepsgroep – zich aan de kant van de patiënt en niet aan de kant van de markt zullen scharen, is niet vanzelfsprekend.

Krachtenveld van belangen

De geluiden die zorgverleners in de praktijk laten horen, moet men zeer ernstig nemen. Of zij nu gelijk hebben of niet, hun ervaringen geven te denken. Er klinken niet alleen hun frustraties in door (Miles, 2002), maar ook hun motivaties. In die motivaties spreekt een visie op zorg. Hun ervaringen verwijzen naar het complexe krachtenveld van belangen waarin zij zich geplaatst voelen. In dit krachtenveld blijkt het moeilijk om een ideaal van zorg hoog te houden. Enkele geluiden uit het buitenland (DeAngelis, 1993; Taft, 1999):

Medische zorgverlening een bijzonder goed

De zorg verschilt van andere goederen, zoals een goede voedselvoorziening of goed onderwijs. Daarom gaat het er anders aan toe dan in een bedrijfsmatige onderneming of in de publieke dienst. Er wordt verdeeld op basis van deskundigheid naar individuele behoefte en urgentie.

Aanbod manipuleert de vraag

Zorgbehoefte weten vaak niet welke zorg zij werkelijk nodig hebben. Bovendien is deze zorg voor niet-ingewijden moeilijk te beschrijven en beschikken zorgverleners, anders dan op de markt, over de toelating ertoe. De consumptie van zorg kan daarom door het aanbod gemakkelijk worden gemanipuleerd en dit aanbod is schier grenzeloos. Of de zorgverlener het belang van de patiënt voorop stelt wordt dan een kwestie van vertrouwen. Bevelen zorgverleners iets aan omdat de patiënt het werkelijk nodig heeft of omdat zij er zelf beter van worden? Let men in een instelling vooral op de wensen van het management en de aandeelhouders en minder op de klanten? Strategisch handelen is het onvermijdelijke gevolg: minder of juist meer zorg, of andere zorg, dan die welke voortvloeit uit louter medisch-professionele en medisch-ethische normen. Met als gevolg ondermaatse kwaliteit.

Kwaliteitsverlies

Geconstateerd wordt dat zorginstellingen met winstoogmerk aantoonbaar slechtere kwaliteit leveren (de voorbeelden zijn borstkanker en nierdialyse) dan zorginstellingen zonder winstoogmerk, met als conclusie: "The decade old experiment with market medicine is a failure" en "The drive for profit is compromising the quality of care". De private, commerciële eigendomsverhoudingen zijn de boosdoener. Het betreft HMO's in de Verenigde Staten en verwezen wordt naar onderzoek in gerenommeerde tijdschriften, zoals JAMA en N.Eng.J. (Taft, 1999).

Belangenverstrengeling

Vaak heeft de zorgverlener persoonlijk belang bij bepaald zorgverlenend handelen. Het kan direct financieel gewin zijn (maximalisering van het inkomen), maar ook gewin in termen van prestige, carrière of imago. Wat bij een ambtenaar in publieke dienst nooit zou mogen, neemt men hier waar: vanuit een publieke instelling (ziekenhuis) koopt men contractmatig zorg in bij een private onderneming waarvan men zelf tevens eigenaar of belanghebbende is. Of men ontvangt een tegen-

prestatie wanneer men als zorgverlener verwijst naar een collega-aanbieder.

Ondoelmatigheid

Men noemt voorbeelden waaruit blijkt dat de zorg er soms trager en duurder is (oogklinieken, USA). En voorbeelden waarbij door 'market-based reforms' de bestedingen enorm zijn toegenomen. Het betreft hier het National Health System in Engeland sinds 1995. Een instelling die op winst gericht is zou zoveel extra kosten hebben in vergelijking van een publiek gefinancierde instelling (winst terug naar investeerders; marketing; hoge salarissen; belastingen; verzekeringen) dat de kosten er 30-40% hoger zouden moeten liggen, tenzij men de kwaliteit navenant naar beneden bijstelt.

Nieuwe bureaucratie

Wil de overheid greep houden op marktontwikkelingen dan vraagt dit om nieuwe bureaucratie en veel extra geld. Monitoring en assessment van individuele private contracten is immers nodig. Zorgverleners krijgen in hun dagelijks werk met talloze nieuwe regels te maken.

Inefficiënte competitie

Of er nu sprake is van een ideale markt of niet, private klinieken kopen dure middelen in, halen nieuwe technieken in huis, scheppen faciliteiten en willen die dan vervolgens gebruiken: de markt drijft in de richting van een hogere productie en overconsumptie, naar maximalisering in plaats van optimalisering van het zorgaanbod. Tegelijkertijd is men niet bereid deze middelen met andere organisaties te delen, samen te werken en kennis en kunde uit te wisselen.

Een genuanceerde werkelijkheid

De beoordeling van deze bezwaren is complex. Tegenover de slechte voorbeelden staan goede voorbeelden. Sommige landen lijken het goed te doen (Duitsland, België). Mogelijke negatieve effecten zouden kunnen worden ondervangen door goede afspraken of betere regelgeving. Zo wordt aan Duitse instellingen de eis gesteld dat zij niet louter de gunstige, goedkope en gezonde patiënten opnemen maar ook de minder gunstige. Niet meer dan 12% van de patiënten mag particulier verzekerd zijn. Ook stelt de overheid eisen aan de breedte van het pakket aan behandelingen dat een ziekenhuis moet leveren. Het gaat om gevaren die de wetgever tijdig dient te ondervangen (Mulders, 2003). Daar komt bij dat landen en gezond-

heidssystemen zich moeilijk laten vergelijken. De zorg in de USA staat bekend als inefficiënt en ondoorzichtig. Verzekeringsmaatschappijen mogen mensen afwijzen en grote groepen mensen vallen tussen wal en schip. Sommigen zullen de slechte voorbeelden afdoen als voorbijgaande kinderziekten of als een ongelukkig incident. Al gauw krijgt de interpretatie van de feiten weer een ideologisch karakter: in de markt moet men een beetje vertrouwen hebben en wie minder te spreken is over de huidige zorg zal eerder bereid zijn de stap naar 'meer markt' te omarmen.

Het ligt voor de hand om te nuanceren. Wat in de USA slecht is kan goed werken bij ons. Wat in de 'care' sector goed is kan in de specialistische zorg verwerpelijk zijn. Concurrentie zal eerder werken bij eenvoudige ziekenhuiszorg, met grote aantallen patiënten en lage financiële risico's dan bij de algehele zorg voor kleine aantallen patiënten met hoge financiële risico's. In de thuiszorg kunnen mensen zelf aangeven welke zorg zij nodig hebben en heel goed zelf beoordelen of de geleverde zorg naar wens is. Zo weet ook iedereen dat één pyjamadag per week niet normaal is en niet geaccepteerd hoeft te worden: er is nu eenmaal "a bottom line in patient care."

Zorgverleners en hun ethiek

Naarmate geld een grotere rol speelt in de dagelijkse zorgverlening, komen zorgverleners in een sterker krachtenveld van belangen terecht. De risico's voor de zorg zullen toenemen omdat strategisch handelen verleidelijk wordt. Wie verstandig handelt heeft niet alleen het belang van de patiënt op het oog maar ook andere belangen (Rodwin, 1993). Naast goeddoen moet immers ook in termen van geld worden gedacht.

Belangenverstrengeling kan betrekking hebben op heel verschillende dingen: op puur eigenbelang ('self-regarding': inkomen, carrière, imago), maar ook op het (dikwijls korte termijn) belang van derden (de continuïteit van de eigen maatschap of de instelling, de tevredenheid van aandeelhouders). Zorgverleners uiten terecht hun zorgen over een dergelijke verwarring van belangen. Hun waarschuwingen zijn op zichzelf reeds een vorm van beroepsethiek. Oprecht gemeend zijn ze een uiting van hun morele en professionele visie op ontwikkelingen in de zorg. Strategisch handelen staat met professioneel handelen op gespannen voet.

Of zorgverleners aan die verleiding tot strategisch handelen weerstand kunnen bieden is onzeker. We zullen nog zien of en hoe de beroepsethiek daarin een rol kan spelen. In het voor-

beeld van de heupoperaties in het buitenland kan men twee kanten op: vasthouden aan de hoogste professionele standaard voor kwaliteit of deze norm bijstellen en ook een mindere kwaliteit accepteren in het licht van wachtlijst en kosten. Het gaat daarbij niet om een keuze tussen ethisch en onethisch. Een mindere kwaliteit is niet noodzakelijk ook minder professioneel. Op de markt blijft ook sprake van beroepsethiek, het gaat alleen om een andere professionele ethiek.

In het algemeen geldt dat het niet verstandig is een al te zwaar beroep te doen op deugdzaamheid, zoals integriteit of de bereidheid tot welwillend handelen (altruïstisch, ‘other-regarding’). Zorgverleners zijn ook maar mensen: “... all but the most extreme moral saints become non-compliers.” (De Wispelaere, 2003). Was het waar dat zorgverleners eenvoudig betrouwbare rotsen in de branding zijn, dan zou een beetje meer belangendruk in de zorg niemand kwaad doen. “Je kunt in organisaties, bedrijven en in de politiek niet zonder integere mensen. Doe echter je uiterste best er zo weinig mogelijk van nodig te hebben.” (Musschenga, 2004). Beroepsethiek heeft weliswaar net als alle ethiek een bovenindividueel karakter, maar stelt pas wat voor als zij is ingebed in haar omgeving en daar breed gedragen en ondersteund wordt. Intern: binnen de beroepsgroep, en extern: in instelling en samenleving. Beroepsethiek moet georganiseerd worden wil zij een effectief instrument zijn (Van Dartel et al., 2002). Een andere omgeving (bijvoorbeeld met ‘meer markt’) vraagt om een aan die omgeving aangepaste beroepsethiek. De beroepsethiek van zorgverleners kan daarom niet losgezien worden van de ethiek van het zorgmanagement. Er is sprake van onethisch management wanneer zorgverleners te zeer in een krachtenveld van tegenstelde belangen geplaatst zouden worden. De verleiding of druk om strategisch te handelen, ten koste van de zorg, wordt dan te groot.

Essentieel element in de beroepsethiek is dat zorgverleners zich laten leiden door het verlangen om ‘goede zorg’ te verlenen. Het gaat om een professioneel motief waaraan men een grote persoonlijke en professionele voldoening kan ontleen: ‘het gevoel dat je een lastige klus goed hebt geklaard’. Goed betekent hier goed volgens de regels van geneeskunst en zorgverlening; volgens de logica van het specialisme en overeenkomstig de gerechtvaardigde verwachtingen van patiënt en maatschappij. Voor dit onafhankelijke, eigenstandige handelen hebben zorgverleners een zekere mate van professionele vrijheid nodig. Om die onafhankelijkheid veilig te stellen zijn

(professionele) instituties nodig – waarvan in bovenstaand RVZ-citaat sprake is – met bijbehorende vrijheden: opleiding en scholing, voortgaand medisch-wetenschappelijk onderzoek, professionele zelfregulering, kwaliteitsborging en toetsing, sancties en tucht, etc.

Wat er op het spel staat is duidelijk. Wanneer meer ‘zorgproducten’ via de markt worden aangeboden, moeten we ons afvragen of:

- deze professionele onafhankelijkheid nog wel sterk genoeg zal zijn en de professionele instituties die daarbij horen voldoende gegarandeerd;
- de professionele norm zich zal kunnen handhaven in het krachtenveld van belangen (en andere, concurrerende normen) en nog dezelfde centrale rol kan spelen die zij tot dusver speelde;
- er, kortom, onder gewijzigde omstandigheden voldoende basis voor vertrouwen blijft in het handelen van zorgverleners.

Kortom, markt vraagt om tegenwicht

Op de markt kunnen we volstaan met een in ethisch opzicht ‘dunne’ invulling van zorg. Overeenstemming vormt de morele basis. Voorzover daaraan ook nadelen kleven, kan men aan de andere instrumenten een tegenwicht ontlenuen. Juridische kaders en professionele normen kunnen aan de markt grenzen stellen en richting bieden. Het rapport van de RVZ noemt ook ‘de’ beroepsethiek in de zorg een tegenwicht. Of dat terecht is moet duidelijk worden door na te gaan wat de aard en betekenis van deze beroepsethiek is.

7 De beroepsethiek als instrument

“... A morally legitimate relation between a client and a professional is grounded in the professional’s adherence to his or her promise to promote a specific client good” (Koehn, 1994).

Op verschillende manieren kan over beroepsethiek worden gesproken. Wat bedoelen we ermee en wat mogen we er wel en niet van verwachten? Ik typeer het begrip door een schets te geven van respectievelijk

- de belangrijkste ingrediënten,
- de verschillende gestalten,

- de essentiële dynamiek.

7.1 Ingrediënten

“... we should all see ourselves as members of a collectively responsible society ...a community with a communal good not entirely reducible to the individual goods” (Downie, 1990).

De term beroepsethiek verwijst naar het goede handelen van zorgverleners. Dit handelen bevat een aantal ingrediënten (Koehn, 1994):

- *Individueel belang*: de zorgverlener handelt met het oog op het (beste) belang van de zorgbehoefte die aan hem of (meestal) haar zijn toevertrouwd.
- *Expertise*: de zorgverlener verlaat zich in wat goed handelen is niet louter op wat de zorgbehoefte vindt wat goed (in diens belang) is, maar bezit een eigen, specifieke deskundigheid; deze expertise verbindt en deelt de zorgverlener met andere zorgverleners.
- *Vertrouwen*: de zorgbehoefte moet zich op de zorgverlener kunnen verlaten, vertrouwen op diens inzet, op diens deskundigheid, op diens belangeloze gerichtheid op het goed (het belang) van de zorgbehoefte.
- *Publiek goed*: dit handelen heeft een bovenindividueel karakter. Het is gericht op het bevorderen van gezondheid of het bestrijden van ziekte (het voorkomen van leed, ziekte, vroegtijdige dood), van bijzondere waarde voor zowel individu als gemeenschap. Men dient dus niet slechts een individueel maar ook een publiek belang.
- *Eed*: de openbare belofte zich hiervoor in te zetten, verbindt de zorgverleners (symbolisch) aan dit individuele en publieke goed, men mag hen er te allen tijde op aanspreken. In die zin is sprake van een ‘roeping’, men belooft publiekelijk zich ‘naar beste weten en vermogen’ te willen inzetten voor dit bijzondere goed.
- *Zelfregulering*: gezien de specifieke expertise die nodig is ligt het voor de hand dat zorgverleners zichzelf organiseren (opleiding; verwerving/onderzoek en verspreiding van kennis en kunde). Niet verwonderlijk is dat van een historisch gegroeide professionele autonomie sprake is en dat de professionalisering nog steeds toeneemt.
- *Draagvlak of maatschappelijke legitimatie (public trust)*: zelfregulering en professionele autonomie kunnen slechts bestaan zolang en voorzover er daarvoor in de maatschappij draagvlak bestaat. De professionele vrijheden kunnen in

de huidige samenleving slechts als verleende (geschonken; gedelegeerde) vrijheden worden gezien. Machtsmisbruik, eigenbelang en paternalisme kunnen leiden tot ondergraving van dit draagvlak en tot inperking van professionele vrijheden.

- *Variatie, eigen invulling en discretie*: medisch handelen heeft vanwege het expertise karakter een grote, voor zichzelf sprekende mate van uniformiteit. Wat goede zorg is wordt (ten dele; in belangrijke mate) door expertise uitgemaaakt; het betreft het professionele oordeel over wat goede zorg is. Daarbij geven zorgverleners onvermijdelijk een eigen invulling aan hun rol (zoals zij die zien) en aan hun zorgverlening in het individuele geval. Zo bestaat er een zekere mate van variatie in het handelen tussen zorgverleners. De eigen verantwoordelijkheid die men voor dit handelen draagt, ook in ethisch opzicht, vereist voldoende vrijheidsruimte (discretionaire bevoegdheid), zonder welke men niet verantwoord kan handelen.
- *Verantwoording*: deze vrijheidsruimte is geen ruimte waarbinnen de zorgverlener het alleenrecht heeft en naar eigen goeddunken kan handelen; inzichtelijkheid en verantwoording zijn er onmisbare ingrediënten.

7.2 Gestalten

“Het klinkt als een hoogstaand ideaal om te zeggen dat de dokter voor de gezondheid of het welzijn van zijn patiënt moet zorgdragen, maar in feite is dit eenvoudig de definitie van het werk van een dokter. De schaapherder moet als schaapherder zorgen voor zijn schapen, de tuinman als tuinman behoort voor zijn bloembedden en het gras te zorgen, en de piloot als piloot behoort zijn passagiers veilig te vervoeren.” (Downie, 1988; in Hilhorst, 1999-a).

Ongeschreven regels

Een gangbare definitie van moraal luidt: het geheel van zeden en gewoonten met betrekking tot wat ‘behoort’, voorzover dit aan fundamentele waarden raakt zoals veiligheid en gezondheid, respect, waarheid en waardigheid, vrijheid en rechtvaardigheid. In ethiek als reflectie op moraal gaat het dus om zaken waarover men spreekt in termen van goed en kwaad, juist en onjuist, maar ook in termen van meer en minder wenselijk. Ethiek vindt haar uitdrukking in zowel geschreven als ongeschreven regels, het betreft regels die meer of minder expliciet in een samenleving bestaan.

Morele regels worden aangeleerd en doorgegeven in opvoeding en opleiding en worden vaak als vanzelfsprekendheid gezien. Ze kunnen weliswaar niet worden afgedwongen zoals dat met juridische regels het geval is, maar niettemin heeft ethiek haar eigen gezag. Ethische regels dragen een eigen karakter, ze worden als algemeen geldend en verplichtend gezien. Ethiek kent haar eigen 'instrumenten' van drang en dwang, in de vorm van:

- sociale druk (lof en blaam, afkeuring en toejuicing, morele reputatie en afbreukrisico's),
- afspraken (overeengekomen regels en eventuele sancties), en
- het persoonlijk geweten.

Langs deze wegen kan de ethiek zijn invloed tot gelding brengen en het handelen sturen.

Geschreven regels

De regels voor het medisch handelen zijn steeds meer expliciet gemaakt, ook in ethisch opzicht. We kunnen spreken van een proces van professionalisering. De beroepsgroep stelt 'intern' orde op zaken, maakt onderlinge afspraken en bindt zo individuele beroepsbeoefenaars aan professionele normen (die op hun beurt weer kunnen worden uitgewerkt in richtlijnen, standaarden, protocollen, etc.). Ook de moderne eisen van efficiency en de noodzaak van kostenbesparingen nopen daartoe, want "als wij zorgverleners het niet zelf doen, doet de overheid het" (Gezondheidsraad, 1991). Voorts werd het zorgverlenend handelen in toenemende mate wettelijk ingekaderd: maatschappelijke normen bepalen hoe zorgverlening dient plaats te vinden (wet WGBO, WMO, etc.). Er is dus sprake van een 'dynamiek', van steeds bijgestelde normativiteit.

De beroepsethiek heeft langs twee verschillende lijnen vorm gekregen.

- Er zijn 'de eed', beroepscode, gedragsregels, standaarden en protocollen, etc. Deze weerspiegelen vooral een interne beroepsethiek van en voor de professie. We zouden van een traditioneel spoor van zelfregulering kunnen spreken.
- Daarnaast heeft beroepsethiek een uitwerking gekregen waarbij de maatschappelijke inkadering voorop staat. Het gaat hier om een overwegend modern, extern spoor. Beroepsethiek krijgt er een plaats in een breder verband.

De eed

De artseneed zoals die sinds 1878 werd afgelegd heeft inhoudelijk niet veel om het lijf: de beginnend arts belooft zich aan de wet te houden, maar dat mag van iedere burger worden verwacht, ook zonder dat men de eed aflegt. Men belooft zich aan het beroepsgeheim te houden: datgene vertrouwelijk te bewaren wat men in vertrouwen bij de uitoefening van het beroep te horen krijgt (tenzij de wet anders zegt), maar ook dit is wettelijk geregeld, de eed doet daaraan niets toe of af. Belangrijk is wellicht de symbolische waarde die van de eed uitgaat: publiekelijk belooft men aanspreekbaar te zijn op de verantwoordelijkheden die voortvloeien uit de kennis en kunde die men zich eigen heeft gemaakt. Men belooft met die verantwoordheden het publieke belang te dienen, naar beste weten en vermogen. Ofschoon de inhoud van dit handelen gemarkeerd wordt door de kaders van de wet, wordt de inzet van de zorgverlener in de eed nadrukkelijk als een persoonlijke inzet en verantwoordelijkheid opgevat.

De les die ik eruit trek: hart voor de zaak, goede intenties en persoonlijke inzet, worden als onontbeerlijk gezien. Zonder dat alles kan geen goede zorg bestaan. Erachter gaan idealen schuil over goed hulpverlenerschap die niet in de regels te vangen zijn en ook niet voor iedereen gelijk zijn. (Hoe vaak bezoekt men een stervende thuis en een nabestaande nadien, en drinkt men koffie mee?) Voor de herschreven eed uit 2003 is dat nog steeds zo. De eed veronderstelt persoonlijke vrijheid en verantwoordelijkheid. Zonder dat verliest de arts-patiëntrelatie haar morele (en professionele) karakter. Dit morele karakter dient nadrukkelijk te worden gezien als een aspect van kwaliteit, waarover men in de organisatie van de zorg moet waken op straffe van morele erosie en morele burn-out.

Gedrags- en erecodes

Veel inhoudelijker zijn de gedragscodes die voor veel beroepen zijn ontwikkeld. Ze hebben de vorm van een reeks van expliciete regels, zoals de klassieke joodse tien geboden. De hippocratische artseneed is daarvan eveneens een voorbeeld, waarbij destijds een wettelijk kader zoals wij dat nu kennen ontbrak maar goden en godinnen de toon zetten. Ook de – in mijn ogen weinig geslaagde – moderne formulering van de eed in 2003 heeft (veelmeer dan de eed uit 1878) de vorm van een lijstje regels gekregen.

Deze zijn zo vaag en dubbelzinnig dat ze niet veel meer dan ‘aandachtspunten’ genoemd kunnen worden. Codes hebben als

kenmerk dat ze zijn opgesteld als een soort ‘intern’ keurmerk, meestal door en voor de beroepsgroep zelf. De codes bestaan tegenwoordig naast of in aanvulling op wetgeving, in de vorm van KNMG-gedragsregels of het Modelreglement arts-patiënt van KNMG en LPCP. Men kan denken aan de regel dat arts en patiënt ernaar moeten streven om in diagnose en behandeling te streven naar beheersing van kosten in de spreekkamer (Hilhorst, 1991-1). Hoezeer deze codificering ook van belang kan zijn, in praktisch en ethisch opzicht hebben ze beperkte betekenis.

- *Sancties.* Stellen ze meer voor dan goede bedoelingen, dan zijn betrouwbare en effectieve mechanismen nodig om de naleving te waarborgen (opleiding; controle; toetsing; tucht; sancties).
- *Monopolie.* Ze kunnen machts- en monopolievorming versterken, wanneer niet ook anderen bij opstelling en naleving betrokken zijn. Niet exclusiviteit maar inzichtelijkheid en transparantie versterken het vertrouwen in de beroepsgroep.
- *Botsende regels.* Meestal worden de regels naast elkaar gepresenteerd, zonder veel samenhang en krijgen ze het karakter van goede bedoelingen en punten die aandacht verdienen. Men moet bijvoorbeeld vertrouwelijkheid in acht nemen en loyaal zijn jegens cliënten, collega’s, de instelling, de beroepsgroep, de samenleving, maar hoe te handelen wanneer regels strijdig met elkaar zijn, wordt zelden aangegeven. Ze bieden onvoldoende invulling en helpen dan weinig verder. Het wordt moeilijk om gedrag als onjuist aan te merken en daaraan sancties te verbinden. De regels roepen dan meer vragen op dan ze beantwoorden.
- *Strijdige ethieken.* Regels vragen om concrete invulling, maar zodra dat gebeurt worden zelfs volledig strijdige ‘beroepsethieken’ zichtbaar. Een zorgverlener staat aan de kant van het leven en niet van de dood. Maar het “Gij zult niet ... doden” bijvoorbeeld, in de hippocratische traditie een vanzelfsprekendheid, heeft desondanks in de huidige abortus- en euthanasiewetgeving een heel eigen invulling gekregen. Onder zorgverleners wordt (niet anders dan in de maatschappij als geheel) over die invulling totaal verschillend gedacht. Deze ethieken zijn niet op één noemer te brengen en het gaat daarbij niet om een bijzaak maar om ‘het hart’ van de beroepsethiek. Een onoverbrugbaar verschil in opvatting, zo lijkt het, waarvoor instrumenten als sancties of tucht (harde hand), opleiding en socialise-

- ring (sociale druk) of afspraken om 'afwijkende' opvattingen uit te bannen uiteraard niet passend zijn.
- *Aanpassing aan de tijd.* De regels moeten worden toegepast in nieuwe omstandigheden. Ze zijn – hoe kan het anders – tijdgebonden, ze dragen het stempel van hun tijd. Dat vraagt om aanpassing. In de eed uit 1878 was nog sprake van een nu achterhaalde indeling in genees-, heel- en verloskunst. De goden en godinnen vielen af en wetgeving is ervoor in de plaats gekomen. Begrippen als leven en dood (orgaandonatie; IVF; embryo-onderzoek), kwaliteit van leven, zinvol en zinloos handelen vragen in de huidige tijd om een veel specifiekere invulling dan vroeger.

Conclusie

Beroepsethiek bestaat niet uit een vaste, tijdloze set regels maar is inherent dynamisch. Evenmin is sprake van koekoekseenzang: geheel strijdige opvattingen tot in het hart van de beroepsethiek konden niet worden uitgesloten. Voorts bestaat naast consensus op vele terreinen ook een grote 'intervariatie' in de zorg: deze vloeit (mede) voort uit een verschillende invulling die zorgverleners aan hun beroepsrol geven. Er bestaan nu eenmaal uiteenlopende ideeën over wat goede zorg is. Dat is onder zorgverleners niet anders dan onder zorgvragers.

7.3 Dynamiek

*“... voor de werkers in de gezondheidszorg kunnen de veranderingen ingrijpend zijn. Mogelijk sporen nieuwe opvattingen over hun werk minder met de oorspronkelijke opvatting die zij ervan hadden.”...
 “Kan een hulpverlener er nog wel hulpverlener bij blijven?”
 (Hilhorst, 1999-a).*

Verdergaande protocollering

Aan genoemde zwakten van een beroepscode-ethiek kan ten dele tegemoet gekomen worden door een versterking van de medisch-professionele normering van de zorg. We kunnen spreken van een wending naar binnen als 'way-out'. Daarmee beoogt men door interne kwaliteitsbewaking een vergroting van de kwaliteit van de zorg. 'Professioneel' handelen betekent er handelen volgens de regels van de kunst van het vak, en deze regels krijgen gestalte in wetenschappelijk goed onderbouwde, evidence-based standaarden, vastgelegd in nauwkeurig omschreven protocollen, richtlijnen al dan niet bereikt via consensus in speciale consensusmeetings.

Met name de specifieke kennis en kunde, kenmerkend voor het bijzondere karakter van het beroep, wordt op deze wijze naar voren gehaald. De zorgverlener wordt er vooral in zijn rol als medisch-technisch deskundige getekend. Inperking van onnodige variatie en vergroting van uniformiteit geldt als belangrijk doel. Toetsing van kwaliteit zal ook met name in die termen plaatsvinden. Wie onprofessioneel handelt, handelt niet goed, dat wil zeggen in strijd met deze regels van het beroep. Maar handelt men ook in ethisch opzicht niet goed? Het volgende moet bedacht worden.

- *Professioneel versus ethisch.* Professioneel handelen is niet per definitie moreel goed handelen. Een crimineel kan een zeer professioneel uitgevoerde liquidatie verrichten of bank kraken. Hij heeft op perfecte wijze het doel dat hem voor ogen stond bereikt, maar noch doel noch middelen kunnen ethisch door de beugel (Applebaum, 1999).
- *Noodzakelijk, maar niet voldoende.* Noodzakelijke voorwaarde is dat het middel deugt: dat een operatie vakkundig wordt uitgevoerd of een diagnose bekwaam gesteld, en medisch-professionele normen vormen hier terecht de toets. Maar het is niet een voldoende voorwaarde voor goede zorg. Of diagnose en behandeling worden ingesteld met het oog op een bepaald doel en of dit doel een goed doel is wordt niet (louter) door medisch-professionele normen bepaald. Hier komt men op het terrein van medisch-ethische en sociaal-ethische normen: het belang van de patiënt, eerlijke verdeling van zorg. De morele rechtvaardiging hiervan ligt buiten het 'vak' van zorgverlening. Wat goede zorg is, in de zin van wat goede doelen zijn om medische kennis en kunde in te zetten, wordt door alle betrokken partijen samen uitgemaakt en is niet louter voorbehouden aan zorgverleners. Een professional zal dus altijd buiten het eigen medisch-technische vakgebied moeten kijken naar de bredere context waarbinnen hij zijn diensten aanbiedt: het moet om goede en gewenste diensten gaan. Alleen dan is zijn (of haar) handelen moreel gelegitimeerd.
- *Individueel oordeel.* Algemeen wordt erkend dat zorgverleners een eigen ruimte hebben, vrij en verantwoordelijk zijn om in individuele gevallen een eigen afweging te maken, waarbij kan worden afgeweken van de regel. Uniforme naleving van de regels kan nooit een doel op zichzelf zijn, het gaat niet om de regels, maar om de patiënt. Regels kunnen steun bieden, willekeur tegengaan, kwaliteit verhogen, mits ze niet in hun tegendeel verkeren: luiheid

- in de hand werken (kookboek-geneeskunde), veiligheid bieden bij angst voor claims (defensieve geneeskunde).
- *Morele variatie.* Met uniforme standaarden kan men uiteraard geen fundamenteel verschil van ethisch inzicht beslechten. Beroeps-ethische verschillen, ook in gradueel opzicht, zullen altijd bestaan. De rol van zorgverlener wordt door zorgverleners nu eenmaal niet op een en dezelfde wijze ingevuld. Voorzover het om respectabele overtuigingen gaat, die aansluiten bij de overtuigingen van de patiënten zelf, kunnen we ze in de zorg verwelkomen. De nadruk op professionalisering is nogal eens ten koste gegaan van de honorering van individuele verschillen, ook in ethisch opzicht. In dat geval snijdt men mensen op maat en wordt het morele aspect als irrelevant weggefilterd. In mijn gedachtegang kan morele variatie ook positief worden gewaardeerd en dient de morele dimensie in de relatie zorgverlener-zorgbehoefte te worden gezien als een belangrijk aspect van kwaliteit (Hilhorst, 1999).

De les die hieruit kan worden getrokken: het is een misverstand te denken dat met professionaliteit en kwaliteitseisen voor professionaliteit alles is gezegd. De wending ‘naar binnen’ is een zinvolle bijdrage aan de verdere ontwikkeling van goede beroepsmatige zorgverlening. De beroepsethiek wordt er echter niet geheel door gedekt en is er soms zelfs niet erg mee gediend. Op de risico’s van morele erosie, morele onverschilligheid en morele burn-out is in dit verband gewezen, wanneer wij de morele dimensie in de zorgverleningsrelatie onvoldoende zouden onderkennen. Kwaliteit omvat ook morele kwaliteit. In beleid is een prudente omgang ermee geboden. Nader onderzoek naar de preciaire waarden die hier in het geding zijn verdient nadrukkelijke aandacht. Denk daarbij met name aan de persoonlijke en professionele motivaties die voor een goede zorgverlening onmisbaar zijn.

Verdergaande maatschappelijke inkadering

Een andere stap voorwaarts geeft een wending ‘naar buiten’ te zien. In dit geval zoekt men de legitimiteit van goed zorgverlenend handelen buiten de beroepsgroep. Men overstijgt de ‘eigen’ kring van zorgverleners in een breed overleg waarin alle betrokkenen deelnemen. De ontwikkeling van de euthanasiewetgeving kan men als zodanig aanmerken. Politiek draagvlak moest nadrukkelijk gezocht, zorgvuldigheidsregels kwamen tot stand in nauw overleg met zorgverleners en toetsing geschiedt in regionale toetsingscommissies van brede, dat wil zeggen ook niet-medische samenstelling (juridisch, ethisch). Meest uitge-

werkt kan men deze wending naar buiten waarnemen op het gebied van het medisch-wetenschappelijk onderzoek bij proefpersonen (gezonden en zieken).

Naast nationale wetgeving op dit terrein bestaat een gedetailleerd Europees richtsnoer volgens welke onderzoek op uniforme en zorgvuldige wijze dient plaats te vinden en getoetst te worden. Op deze wijze worden aan Good Clinical Practice op vergaande wijze 'ethisch' handen en voeten gegeven. Het lijkt de meest volwassen gestalte van een moderne beroeps-ethiek: zorgverleners en onderzoekers krijgen ruimte en verantwoordelijkheid toegedeeld naast en in aansluiting op die van andere betrokkenen (proefpersoon, instelling, industrie, sponsor, overheid).

De winst van deze benadering is dit:

- *Persoonlijke ethiek.* Ingezien wordt dat het in deze omstandigheden geen pas geeft louter te vertrouwen op de goede bedoelingen en integriteit van de zorgverlener of medisch onderzoeker. Voorts dat men hen niet zomaar, zonder gedetailleerde regelgeving, mag plaatsen in een krachtenveld van enorme (commerciële) belangen. Dat zou onethisch zijn. Diens handelen dient – juist ook in diens eigen belang – beveiligd en gewaarborgd te worden tegen onaanvaardbare druk of verleidelijke prikkels. Goed vertrouwen is in dit verband naïef, deugdeethiek een slechte raadgever. Persoonlijke moraal is daartegen eenvoudig niet bestand, bovenpersoonlijke richtlijnen en toetsingsmechanismen zijn er geboden. De richtlijn Good Clinical Practice biedt een complete systematiek voor het gehele veld, waarbij alle partijen een eigen plaats en verantwoordelijkheid krijgen toegewezen.
- *Transparantie en toetsing.* Voorwaarde voor goede controle is transparantie. Algemeen wordt erkend dat alle in het geding zijnde belangen, ook persoonlijke, en eventuele andere motieven voor het handelen, inzichtelijk gemaakt moeten worden en in gecertificeerde commissies getoetst, om onaanvaardbare afhankelijkheid en belangenverstremming uit te sluiten.
- *Gedeelde verantwoordelijkheden.* Niet het handelen van één partij wordt vastgelegd maar de rol van alle partijen in samenhang, met de specifieke verantwoordelijkheden die erbij horen: proefpersonen, onderzoekers, sponsors, onderzoeksinstellingen, industrieën, overheden. Alle worden op gebalanceerde wijze beschermd en ondersteund door wet- en regelgeving. Het accent ligt dus niet op de be-

roepsethiek van zorgverlener/medisch-onderzoeker, maar op het ethisch handelen van alle betrokkenen. De beroepsethiek van zorgverleners heeft een plaats binnen een omvattender kader dat de ethiek voor een specifiek terrein omlijnt, hier: het klinisch-wetenschappelijk onderzoek. De richtlijn gaat uit boven het strikt juridische: het biedt een kader (en is dus voorwaardenscheppend) voor zo verantwoord mogelijk onderzoek en een mix aan instrumenten die daartoe kunnen bijdragen (wie draagt welke verantwoordelijkheden; welke procedures gelden voor het zorgvuldig opzetten van onderzoek en voor toetsing en controle: transparantie en archivering, monitoring, auditing en certificering).

Nadelen zijn er ook. Genoemd worden de risico's van bureaucrativering (zijn de procedures doorlopen) en formalisering (staan de goede namen, data en handtekeningen erop), de papierwinkel en het verwarren van werkelijkheid en schijnwerkelijkheid (hoe relevant is dit alles voor de werkelijke praktijk?). Het gevaar bestaat dat meer aandacht gegeven wordt aan het vormelijk naleven van de richtlijn en minder aan de materieel-inhoudelijke kant: de werkelijke praktijk, de ethische aspecten van het onderzoek, en het eigene van specifieke onderzoeksvragen en locale situaties.

Conclusie

Met betrekking tot de eigen aard en betekenis van de beroepsethiek trek ik deze conclusie. De 'body of knowledge' die we beroepsethiek noemen laat zich niet fixeren. Zij is inherent dynamisch. Zij verandert mee met de omstandigheden en moet dat doen wil zij effectief en ter zake zijn voor de ethische problemen waarvoor tijd en situatie zorgverleners stellen. Met alle respect voor de interne logica of moraliteit van de zorgverlening, de uiteindelijke morele legitimatie van goed zorgverlenend handelen is een externe. Zorgprofessioneel handelen vindt zijn oorsprong en rechtvaardiging in de dienstbaarheid aan een 'goed' (gezondheid) waarvan de betekenis en waarde buiten zichzelf ligt (Applebaum, 1999; Koehn, 1994). In dit opzicht is de zorgverlening instrumenteel aan datgene wat buiten het vakgebied van zorgverlening als goede zorg wordt gezien. Goed vakbekwaam handelen is geen voldoende voorwaarde voor het verlenen van goede zorg maar een noodzakelijke voorwaarde. De normen van de beroepsethiek liggen niet in de zorg maar in de samenleving verankerd. Wat goed handelen is kan dus niet louter binnen de zorg uitgemaakt worden. Daarbij moet tevens bedacht worden dat het niet mogelijk is

om de waarde gezondheid te isoleren en te beoordelen los van andere waarden, zoals onderwijs, huisvesting, veiligheid of milieu.

8 De beroepsethiek bedreigd?

“... the very identity of medicine is under threat – it is, in fact, already in flux. A framework of values once universally accepted within the western medical tradition has begun to slide into disuse. The twilight of the Hippocratic tradition is seen as a small matter, as if the medical enterprise could very well survive with any set of values it chose” (Cameron, 1991)

Het antwoord op de vraag of de beroepsethiek door economisering wordt bedreigd, is in feite een vraag met een dubbele bodem. We hebben geconstateerd dat beroepsethiek niet vast en statisch is maar met haar tijd mee verandert. De vraag is dan of we de veranderingen die zich voordoen met betrekking tot het zorgverlenend beroep positief dan wel negatief waarderen. Maar waarop moeten wij ons oordeel baseren?

Het is niet zo dat beroepsethiek van zorgverleners voor alle tijden een vast gegeven is, we moeten er als samenleving zelf actief vorm en inhoud aan geven. Als we er daarbij van uitgaan dat meer economisering onvermijdelijk is, hoe denken we dan aan beroepsethiek onder nieuwe omstandigheden gestalte te geven? Hoe dient deze ethiek zich te ontwikkelen? Welke plaats en rol kennen we eraan toe? Om die vragen te kunnen beantwoorden hebben we een visie nodig op de toekomst van de zorg. Aan de hand van enkele casus, waarin fundamentele waarden ter discussie staan, wil ik laten zien voor welke uitdagingen de beroepsethiek staat. Vervolgens geef ik aan dat een antwoord op de vraag naar ‘de bedreiging van de beroepsethiek’ in verschillende richtingen gezocht kan worden.

8.1 Casuïstiek: fundamentele waarden

*“Today, therefore, by accepting liberal abortion, contemplating experimentation on the human fetus, being ambivalent about the question of allowing the handicapped neonate to die and about euthanasia, is medicine abandoning Hippocratism?
In many respects the answer, obviously, is yes. The medical profession has found it increasingly difficult to maintain its hitherto ethical practice in these areas against the pressures of an increasingly agnostic state, and public attitudes” (Cameron, 1991).*

Non-directiviteit: een professionele norm

Steeds meer blazen patiënten als mondige burgers hun partijtje mee. Niet alleen spelen patiëntenorganisaties vaak een krachtige rol, maar ook maken mensen individueel, goed geïnformeerd, steeds meer zelf uit wat zij willen. Op allerlei terreinen zijn zij heel goed in staat dat zelf te bepalen. Denk aan zo uiteenlopende wensen op het gebied van voortplanting en zwangerschap, plastische chirurgie, ondersteunende thuiszorg of het levenseinde (Hilhorst, 2002).

Het gaat hier om een principiële ethische kwestie: de fundamentele zelfbepaling met betrekking tot het leven dat men wil leiden. Hier kunnen anderen per definitie niet uitmaken wat voor de betrokkene goed is. Wel of geen kinderen, afbreking van de zwangerschap, een neus- of oorcorrectie, ondersteuning bij het dagelijkse wassen en aankleden, de wijze waarop men naar het onvermijdelijke sterven wil toeleven. Non-directiviteit is er de bepalende, professionele norm. In dit verband is het bijvoorbeeld tegendraads wanneer de overheid regulerend optreedt wanneer een uitbreiding van screeningsmogelijkheden tijdens de zwangerschap beneden 36 jaar (de bloedtest) bepleit wordt. In veel landen laat men dit aan zorgvragers en zorgverleners of aan de markt over. De beroepsethische norm richt zich naar wat mensen zelf als hun zorgbehoefte zien.

Meer variëteit in professioneel handelen: IVF

Verwarrender wordt het wanneer onder de druk van kostenbesparing – IVF-behandelingen niet meer volledig vergoed – gewaarschuwd wordt voor ongewenste praktijken (Van Heurck, Achtergrondstudie RVZ, 2003). Sommigen vrezen dat in de toekomst soms meer dan twee embryo's in de baarmoeder zullen worden teruggeplaatst om de succeskans op zwangerschap te vergroten. Bij meervoudige zwangerschap kan vervolgens embryo-reductie worden toegepast. In Nederland is

het maximum van twee (of moeten we zelfs terug naar één?) de medisch-professionele norm. Meer dan twee embryo's terugplaatsen bergt immers grotere risico's van complicaties in zich. Onder de druk van financiële overwegingen zouden artsen ertoe kunnen komen aan de wens van ouders te voldoen. Wellicht accepteren zij een meerlingzwangerschap en de risico's die ermee verbonden zijn van harte.

Marktwerking kan aan die ontwikkeling, bekend uit de USA, gemakkelijk bijdragen. Ook kunnen buitenlandse zorgaanbieders in hun strijd om de gunst van de klant afwijken van de norm die thans (nog) binnen de beroepsgroep gangbaar is. De vraag is wat er overblijft van de vroegere medisch-professionele norm. Verwacht mag worden dat IVF en andere voortplantingstechnieken, zoals hormoonbehandelingen, op de markt minder terughoudend zullen worden toegepast: meer bij vrouwen op hogere leeftijd, bij minder goede indicaties (minder succes, hogere risico's) en bij vrouwen die aanbieden draagmoeder te zijn. Het gevolg zal een grotere intervariatie in professioneel handelen zijn. De gedachte dat er één eenduidige professionele standaard zou zijn wordt dan losgelaten.

Grotere vrijheidsruimte: betaling bij orgaandonatie

In de transplantatiegeneeskunde wordt naarstig gezocht naar nieuwe wegen om het aanbod aan schaarse organen te vergroten. Nierdonatie bij leven is een succesvolle optie gebleken en steeds vaker wordt in medische en medisch-ethische kringen een regeling bepleit waarbij donoren hun nier tegen betaling kunnen afstaan. De overheid zou bijvoorbeeld een fatsoenlijke (vaste) vergoeding-zonder-winstoogmerk moeten bieden en op een zorgvuldige werving en verdeling van organen moeten toezien (Steiner, 2004; Erin en Harris, 2002; Cherry 2000; Radcliffe-Richards, 1998).

Aan ethische bezwaren van onvrijheid en exploitatie zou tegemoet gekomen kunnen worden. Vanuit economisch, maar ook ethisch perspectief lijkt deze optie aantrekkelijk omdat ermee een illegale praktijk van orgaanhandel met alle bezwaren die ermee verbonden zijn (exploitatie van arme mensen; oncontroleerbare kwaliteit) wordt tegengegaan. Binnen de beroepsgroep bestaan tegengestelde opvattingen over de wenselijkheid van een dergelijke optie. Ethische bezwaren die moeilijker zijn weg te nemen liggen op het vlak 'intrinsieke' waarden, zoals de waarde van de integriteit van het lichaam. Het ligt in de verwachting dat onder marktcondities een dergelijke praktijk van economisering meer ruimte zal kunnen krijgen en

dat een dergelijke waarde (of een bepaalde invulling daarvan of visie erop) naar de achtergrond zal verschuiven.

Het gelijkheidsideaal: werkelijke preferenties en tweedeling in de zorg

De principiële discussie rond bedrijvenpoli's speelt zich af rond het begrip tweedeling. De gedachte dat sommigen (werkenden) sneller geholpen zouden worden dan anderen (niet-werkenden) wordt vanuit het oogpunt van gelijkheid verwerpelijk geacht, ook al zou iedereen erop vooruitgaan en de toegankelijkheid van de zorg erdoor verbeteren. Is het terecht dat zo'n gewicht aan de waarde gelijkheid gehecht wordt? Men kan erop wijzen dat daarmee voorbijgezien wordt aan andere belangrijke waarden.

Vanwaar deze gefixeerde op gelijkheid? (Cherry, 2003). Voorbeelden spelen ook elders in de zorg. Cherry noemt het lage gebruik van MRI in Canada. Aan veel mensen is deze optie onthouden omdat men de eis van universele gelijke toegang te zeer heeft benadrukt. In de discussie over de bedrijvenpoli zien we iets soortgelijks. Vanwege een dreigende ongelijkheid (het ideaal: 'geen tweedeling in de zorg') wordt onder het mom van 'gelijke monniken, gelijke kappen', voor een oplossing gekozen die iedereen slechter af maakt: geen toegang tot deze zorg (MRI) of een lange wachttijd (geen bedrijvenpoli). Het draait lang niet altijd om geld.

Het pleidooi (Den Hartogh, 2004) om postmortale orgaandonatie te regelen op basis van een alleszins verdedigbaar idee van wederkerigheid (een hogere plaats op de wachtlijst indien men zich heeft laten registreren als postmortaal donor) lijkt om dezelfde reden geen kans te krijgen. Ook al zou iedereen op de postmortale wachtlijst er beter van worden, het feit dat in de toegang tot de zorg sprake zou zijn van enige ongelijkheid, hoe klein ook, zou reeds een voldoende reden zijn om het pleidooi af te wijzen. Alsof er niet tevens andere waarden in het geding zijn, zoals de efficiënte werving van organen (een zekere aansporing tot donorschap) en de solidariteit die men van elkaar mag verwachten (wederzijds verzekerde hulp).

Op goede gronden wordt aan de allesbeheersende norm gelijkheid en de allesbepalende rol die de overheid daarbij speelt getornd. Die bemoeienis van de overheid met de gezondheidszorg wordt sterk gemotiveerd door een gelijkheidsideaal: de voor iedereen gelijke toegang tot de zorg en gelijke kansen op

een goede gezondheid. Veel bezwaren tegen een te grote overheidsbemoediging zijn, volgens Cherry, hiertoe te herleiden.

Bezwaaar 1: Het ideaal staat ver van de praktijk, waarin van die gelijkheid weinig terecht komt. Voor velen (armen, lager opgeleiden, allochtonen) is de gelijke toegang tot de zorg en het gebruik ervan problematisch. Door het ideaal overeind te houden (en bijvoorbeeld bedrijvenpoli's te verbieden) suggereren we ten onrechte dat die gelijkheid bestaat.

Bezwaaar 2: Waarom speelt het gelijkheidsideaal zo'n grote rol als het om gezondheid gaat en veel minder op andere terreinen? Voor arme mensen geldt soms dat zij liever eerst andere goederen dan zorg zouden verwerven, zoals werk, inkomen, huis, onderwijs of woonmilieu. Niet iedereen prioriteert die verschillende goederen op dezelfde wijze. Mensen denken immers niet alleen verschillend over die goederen maar bevinden zich nu eenmaal ook in heel verschillende omstandigheden. Met haar gelijkheidsideaal in de zorg legt de overheid (bemociezuchtig, paternalistisch) haar idee van gelijkheid en gelijke zorg van bovenaf aan iedereen op, met voorbijzien aan deze verschillende preferenties en waarderingen van de mensen zelf.

Bezwaaar 3: Men kan zijn twijfels hebben over het democratisch gehalte van deze overheidsbemoediging. Worden de overheidskeuzen in de zorg werkelijk door de bevolking gedragen? Dat zou zo zijn wanneer mensen goed geïnformeerd zouden zijn over alle consequenties. Maar de gevolgen in termen van kosten voor andere sectoren (huisvesting, onderwijs, milieu) zijn zo weinig doorzichtig dat men zich met recht kan afvragen of overheidskeuzen in de zorg samenvallen met de preferenties die binnen de bevolking leven. Minder overheidsbemoediging en meer nadruk op de markt zou die preferenties weer aan het licht kunnen brengen. Zoals een econoom het formuleerde: wanneer je ouders voorhoudt dat het groeihormoon dat hun te kleine kind krijgt bijvoorbeeld 25.000 euro per centimeter groei kost, dan laten ze zich wat betreft de laatste centimeters die hun kind nog zou kunnen groeien vaak liever 'cash' uitbetalen.

Kortom, de norm 'gelijkheid' verhult en onderdrukt de werkelijke preferenties en waardenoriënteringen die mensen erop nahouden. Een (te) paternalistische overheid verhindert mensen te kiezen wat zij zelf willen. Te grote nadruk op het formele (vaak sterk juridisch gekleurde) ideaal van gelijkheid in de

zorg leidt daarom tot suboptimale uitkomsten, terwijl de aanvaarding van verschillen en een zekere mate van ongelijkheid zouden kunnen leiden tot meer vrijheidsruimte en gunstiger uitkomsten. Het ideaal staat een goede, betere zorgverlening in de weg.

8.2 Mogelijke gevolgen verschillend gewaardeerd

“Believe passionately in what you do, never compromise your standards and values, and care about your clients.” ... “Notice that when I use the word values, I’m not trying to be moralistic or religious: it’s nothing more than a strict set of standards which make up your theory of how you are going to win” (Maister, 2000).

Ontwikkelingen in de zorg, zo laat bovenstaande casuïstiek zien, raken aan fundamentele waarden. De discussie daarover is allerminst beslecht. Hoe moeten we dan nu, in het licht daarvan, dergelijke ontwikkelingen waarderen? Ik bespreek drie reacties.

Ten goede veranderd, niet bedreigd.

Het klassieke paternalisme in de beroepsethiek, waarbij de arts het beste weet wat in het belang van de patiënt is, is allang vervangen door de nadruk op de autonomie van de patiënt. Non-directiviteit is op veel terreinen de norm. De beroepsethiek is veranderd, maar velen zijn dat gaan zien als winst en niet als verlies. Het gaat in het zorgverlenen nog steeds om dit beste belang van de patiënt, dat is de constante, maar het antwoord op de vraag wie daarover gaat is verschoven. Alleen wie de oude beroepsethiek aanhangt zal dit als bedreiging zien.

Uiteraard is over de ethische nadruk op ‘de autonomie van de patiënt’ het laatste woord niet gesproken. Beroepsethiek is dynamisch. Het gaat erom een juiste balans te vinden tussen zeggenschap en je laten gezeggen, die past bij tijd en omstandigheden. Wanneer we de zorg vooral zien als ‘samenwerking op basis van overeenstemming’ tussen zorgaanbieder en zorgvrager, dan is marktwerking niet snel een bedreiging voor zorg of ethiek. Op de markt kunnen dingen gebeuren die sommigen zouden afwijzen (het kopen van een nier; meer embryo’s terugplaatsen; beenamputatie zonder ‘medische’ indicatie), maar dat betekent niet dat er geen ethiek meer zou bestaan. Ook zorgaanbieders op de markt zullen hun normen voor goede zorg hebben en hun kwaliteit willen garanderen. Het vaststel-

len van deze normen is echter niet voorbehouden aan overheid of beroepsgroep.

Het einde van de (gedeelde) beroepsethiek

Rondom vragen van dood en leven, voortplanting en embryo-onderzoek, bestaan fundamentele verschillen van opvatting die het spreken over één door allen gedeelde beroepsethiek onmogelijk maken. Zorgverleners zijn hier tot in het hart van de klassieke beroepsethiek verdeeld. Zij verschillen van inzicht over de invulling van de waarden ‘respect’, ‘heiligheid’ en ‘beschermwaardigheid’ van leven, precies over datgene waarvoor een zorgverlener zich juist sterk zegt te maken. Sommigen zullen in die moderne ontwikkelingen ‘het einde van de beroepsethiek’ zien, of in ieder geval (maar misschien is dat hetzelfde) van een door allen ‘gedeelde’ beroepsethiek (Cameron, 1991).

Meer markt zal dat beeld alleen maar nog verder versterken. Ethiek wordt nog slechts gefragmenteerd aangetroffen, al dan niet georganiseerd in verzuilde of geprivatiseerde instellingen. Er zit in deze visie niets anders op dan zich op het eiland van het eigen gelijk, de eigen normen en waarden, terug te trekken: ieder z’n eigen zorg overeenkomstig z’n eigen ethiek (Hilhorst, 1999-a). Gemeenschappelijkheid is ver te zoeken.

Concurrentie maakt een ethische en professionele code onmogelijk

Volgens anderen zullen veel gedragsregels als gevolg van bepaalde marktontwikkelingen overboord gaan (Polder et al., 1996). Door concurrentie zullen zorgverleners niet meer één gesloten front kunnen vormen: er zullen verschillende tarieven komen, men zal onder elkaars duiven willen schieten, men zal kennis en kunde niet zomaar meer met collega’s willen delen en niet bereid zijn elke patiënt van de ander over te nemen. Dit alles is in strijd met (nu) nog geldende gedragsregels, bijvoorbeeld van de KNMG. Voorts zal men wedijveren om de gunsten van patiënten en verzekeraars. De professionele autonomie zoals die vroeger geldig was en die men beschouwde als ‘eigen’ aan de professie en de professionele ethiek – naar men zei in het belang van de patiënt – zal aan haar eind komen. Zorgverleners zullen zich minder gebonden voelen aan professionele groepsregels. De professie zal onderling verdeeld raken en niet meer als geheel aanspreekbaar zijn op een algemeen geldende ethische en professionele code. ‘De traditionele inhoud van het professiebegrip wordt overgeleverd aan de vrije

krachten van de markt, teneinde de zorgverlening te verbeteren en tevens goedkoper te maken.’

Het probleem is duidelijk: tegen ‘goedkoper’ kan niemand wat hebben. Zie hier de spanning tussen ‘professie en profijt’, de lastige afweging van zo verschillende grootheden. Polder et al. waarderen deze ontwikkelingen negatief. In een krachtenveld van belangen en belangenconflicten botsen op de achtergrond fundamentele waarden. Er zal een aanbod komen van verschillende diensten, waarbij het vertrouwen in de zorgaanbieders in de gevarenszone terecht kan komen. De risico’s van discontinuïteit in de zorg en van opportunistisch handelen zijn reëel. Informatie over verzekeringspolissen zal uit halve waarheden, oppervlakkige beschrijvingen en overdrijvingen bestaan. Het zal moeilijk zijn om werkelijke kwaliteitsverschillen zichtbaar te maken. Promotionele activiteiten leiden tot overspannen verwachtingen en een toenemende vraag. Duurdere diensten worden beperkt. Een commerciële houding van de zorgverlener kan doorwerken in contacten met andere zorgaanbieders. Bij doorverwijzing kan op allerlei manieren sprake zijn van belangenverstrengeling (verdienen aan doorverwijzing, door onder één hoedje te spelen).

Gedrag zal, kortom, strategisch zijn en mede gemotiveerd zijn door andere zaken dan het directe patiëntenbelang. De tucht van de markt nodigt daartoe uit, het is de ‘spirit of competition’, op straffe van faillissement. Profijt staat op gespannen voet met professie, winst (*benefit*) tegenover welwillendheid en weldoen (*benevolence* en *beneficence*). Het winstoogmerk ondergraaft uiteindelijk, zo luidt hier de conclusie, verantwoord medisch handelen.

9 Twee visies op wat wezenlijk is

“Health is not in any sense a commodity. Health and well-being are in the end a set of relationships among citizens” (Downie, 1990)

Om deze uiteenlopende reacties op de veranderingen in de zorg op hun waarde te kunnen schatten is het van belang te zien dat ze gebaseerd zijn op een opvatting over wat wezenlijk is voor het zorgberoep en de beroepsethiek.

9.1 Zorgverlening in dikke morele termen

“... *health promoters are committed by their profession to believing that there are right and wrong attitudes to life and its values*”
(Downie, 1990).

Voor Polder et al. is de inhoud van het professiebegrip met name moeilijk te verenigen met concurrentie. In het zorgstelsel is volgens hen een aantal elementen van wezenlijk belang, dat te allen tijde tot gelding moet worden gebracht.

- *Kwaliteit*: dit is (mede) een ethisch begrip, waarvan de inhoud niet door de markt bepaald mag worden.
- *Allocatie*: deze moet plaatsvinden naar behoefte, niet naar marktvraag of koopkracht.
- *Vertrouwen*: een zorgverlener gebruikt zijn competentie in het voordeel van de patiënt en geeft eerlijke en volledige informatie.
- *Professionele normen*: deze mogen niet worden losgelaten uit overwegingen van opportunisme.

In beginsel is marktwerking in beperkte mate mogelijk, mits de markt zo is ingericht dat zij aan genoemde wezenlijke inhoud van het professiebegrip dienstbaar is. Maar het is nog maar de vraag of de markt zelf (door geregelde concurrentie) of gecorrigeerd door de overheid (via wetgeving) het hoofd kan bieden aan de risico's die in de ontwikkeling naar 'meer markt' besloten liggen. Polder et al. zijn daarover niet optimistisch. Asymmetrie is kenmerkend voor de arts-patiëntrelatie; daarom is vertrouwen een fundamenteel en onmisbaar concept.

Juridisering, gebaseerd op het contractmodel, vormt evenzeer als economisering een gevaar omdat het geen recht doet aan de eigen aard van de zorgverlening: het specifieke karakter van de arts-patiëntverhouding en de bestemming van de medische praktijk. Daarin gaat het om een bijzondere waarde (gezondheid) die eigenlijk buiten discussie is. Bedreiging van gezondheid maakt van het medisch handelen een noodzaak. Een paar dingen vallen op:

- In de visie van Polder et al. wordt veel waarde gehecht aan de eenheid van de (medische) professie. Het vertrouwen in de professie is daarmee nauw verbonden. Men vindt steun in de opvatting dat het in de zorg om 'noodzaak' dient te gaan. Zorgbehoeften zijn in die visie duidelijk en noodzakelijk. De 'echte' beroepsethiek localiseren zij dus met name in het 'hart' van de zorg. Het betreft de medisch-noodzakelijke zorg, onbetwistbaar doel van genees-

- kunde en gezondheidszorg. Daarbij is de expertise van zorgverleners beslissend omdat zij bij uitstek weten hoe te handelen om in die zorgbehoefte te voorzien.
- Over de zorgverlening wordt in ethisch opzicht in nogal ‘dikke’ termen gesproken. De organisatie van de zorg dient dienstbaar te zijn aan ‘de bestemming van de medische praktijk’. Men stelt zich de vraag in welke omgeving de zorg het beste tot haar bestemming kan komen, zo dat zij kan zijn wat zij ‘naar haar aard’ is of ‘behoort’ te zijn. In dergelijke formuleringen wordt duidelijk dat hier sterk moreel-normatieve opvattingen op de achtergrond een rol spelen over wat geneeskunde en gezondheidszorg ‘is’. En wat niet.

Hiermee is deze visie getypeerd. Nadruk ligt in sterke mate op de interne moraliteit die de geneeskunst vanouds kenmerkte. Deze wordt tot uitgangspunt genomen voor de beoordeling van huidige ontwikkelingen. Men erkent daarbij overigens de noodzaak om deze klassieke normen aan te vullen met eigentijdse, ‘moderne’ normen, zoals rechtvaardigheid, doelmatigheid, transparantie en de plicht tot verantwoording. Zorg (lijden verlichten, ziekte genezen) wordt als tamelijk ‘objectief’ en noodzakelijk voorgesteld, de medisch-professionele rol staat er vanzelfsprekend centraal. In deze visie staat de professie er- gens voor, louter op grond van haar eigen, specifieke kennis en kunde en is men niet uitgeleverd aan andermans wensen, voorkeuren en oordelen. Het goed gezondheid heeft er, anders dan andere goederen, een bijzonder, exclusief en gewichtig karakter.

9.2 Zorgverlening in dunne morele termen

“...the content of the role of doctoring is largely conventional, not natural “ ...”... over time, under various market and institutional pressures, those with medical training may come to question whether they are bound by the rules of doctoring, which they did not shape and did not choose. Instead, they may come to see themselves as schmooctors ...And if enough of them think so, it will become so: a new set of social meanings surrounding a new actual role, the role of schmooctor, will have emerged. For the role of doctoring is not discovered in the natural order of things” (Applebaum, 1999)

Moeten we in zulke zware ethische (of ‘ontische’) termen over de zorg spreken, als in de vorige paragraaf gebeurde, of kan het (ethisch) met minder toe? Ik meen van wel. Een voorbeeld

hiervan zagen we in de benadering van Cherry, die eenvoudig als uitgangspunt voor de zorg samenwerking op basis van overeenstemming ziet. Welke redenen zouden we kunnen hebben om een dunnere omschrijving van zorg te verkiezen boven de dikkere? Ik geef enkele overwegingen.

De vraag is of we in de moderne zorg nog een dergelijk 'klassiek', eenduidig en onproblematisch gezondheids- en ziektebegrip tot uitgangspunt kunnen nemen als doel van de zorg: zorg als noodzaak en de professe die de zorgbehoefte en kwaliteit van de zorg bepaalt. De discussies van de afgelopen jaren hebben laten zien dat het niet eenvoudig is een definitie van zorg – van noodzakelijke zorg en goede zorg – te geven. De zorg is niet meer wat zij was, of liever: omvat veel meer dan zij ooit omvatte. De dikkere visie mag nog geldig zijn voor de meer 'objectieve', natuurwetenschappelijke kant van de geneeskunde, zij lijkt niet goed meer bruikbaar voor veel moderne zorgverlening. Als dat zo is moeten we ons ervoor hoeden 'de beroepsethiek' vast te leggen op wat ooit gold als noodzakelijke en onvermijdelijke zorg en moderne ontwikkelingen daarop vast te pinnen.

Een andere typering van moderne zorg ligt meer voor de hand: 'de' zorg, 'de' professe, 'de' geneeskunde bestaat niet meer. De praktijk bestaat uit een zeer geschakeerd geheel van meer en minder nodige, meer en minder samenhangende, uiterst gespecialiseerde en uiteenlopende praktijken (Lantos, 1997). Er bestaat wedijver tussen specialismen en verkokering tussen zorgvelden (Gezondheidsraad, 1991). De zorg lijkt vooral een in zichzelf verdeeld huis, de eenheid van de professe is veeleer een fictie. Sommige 'dokters' (of kunnen we ze met Robert Nozick beter 'schmoctors' – afgescheiden dokters – noemen?) werken voor verzekeraars, bedrijven, de politie, of cosmetische klinieken, of voor zichzelf en verfraaien ogen met een juweeltje. Ze werken 'op de rand' van het beroep of erover heen.

Binnen de zorgverlening bestaat grote ongelijkheid in ruimte en budget voor wat aan zorg gegeven kan worden ('pyjamadagen') en worden zorgverleners zeer ongelijk gehonoreerd. Daarbij gaat het om gegroeide verhoudingen waarvan moeilijk kan worden volgehouden dat ze gerechtvaardigd zijn. Ze hebben een traditionele achtergrond en zijn bepaald door historische contingenties en toevallige machtsverhoudingen.

Ook ons moderne gezondheids- en ziektebegrip is een complex, meerduidig begrip en de wijze waarop zorgverlening

daaraan beantwoord is weinig eenduidig. Gezondheid kan voor mensen een heel verschillende betekenis hebben (Hilhorst, 1999; Downie, 1988).

- Sommigen zien de waarde gezondheid als intrinsieke waarde (als een goed dat om zichzelf nastrevenswaardig is), soms zelfs als morele waarde, die men behoort na te streven of niet in gevaar te brengen (“Gij zult gezond zijn: zorg ervoor maakt je tot een beter mens”).
- Anderen vatten de waarde gezondheid louter instrumenteel op (“Gezondheid heb je om wat mee te doen, langer te werken of meer te genieten”).

In dit laatste geval is het in ethisch opzicht gemakkelijker om aan gezondheid afbreuk te doen: een riskante leefstijl (roken, werken, reizen) kan immers positief bijdragen aan andere waarden (genot, zingeving, levensvervulling). Maar ook opgevat als intrinsieke of morele waarde is gezondheid niet onaanastbaar. Het is onmogelijk om deze waarde te isoleren en los te zien van andere waarden: goed onderwijs, een duurzaam milieu, veiligheid.

Het gezondheidsbegrip is tenslotte ingebed in heel uiteenlopende opvattingen over het lichaam en het persoonsbegrip. Voor de een zal bijvoorbeeld orgaandonatie postmortaal problematisch zijn, voor een ander donatie bij leven, voor een derde de financiële transactie waarbij de donor betaald wordt. Niet goed is in te zien hoe deze pluraliteit aan morele opvattingen nog kan worden herleid tot een eenduidig zorg- of gezondheidsbegrip en een algemene en vaste beroepsethiek.

Ik concludeer daarom op grond van deze schets dat de ‘boei’ waaraan men een beroepsethiek nog hoopte te vast te haken met behulp van een moreel dikkere invulling van de zorgpraktijk, in de moderne tijd geen duidelijk ethisch anker meer heeft.

10 Implicaties, conclusies en nawoord

“... all but the most extreme moral saints become non-compliers”
(De Wispelaere, 2004)

De gevolgen liggen voor de hand. Ik wijs, samenvattend, op de mogelijke implicaties: de ruimte die deze ontwikkeling biedt en

de gevaren die eraan verbonden zijn, en verbind daaraan tevens mijn conclusies. In het nawoord wijs ik, terugblikkend, op een zekere eenzijdigheid in deze studie. De innerlijke motivatie die in de zorgverlening alsook in de beroepsethiek onontbeerlijk is, is geen vanzelfsprekend gegeven.

10.1 Implicaties

“Insofar as persons are free to venture and fail, the market encourages the development of individual responsibility. It provides tutelage regarding the limits of the human condition and individual ability ...” (Cherry, 2003)

Wie kiest voor de tweede visie, een dunnere morele invulling van zorg, zal pleiten voor minder overheidsbemoediging en meer ‘samenwerking op basis van overeenstemming’. De gevolgen daarvan kunnen verregaand zijn. Ik vat hier de in ethisch opzicht het meest in het oog springende implicaties samen:

- De overeenstemming tussen zorgvrager en -aanbieder zal richtinggevend zijn voor wat goede zorg genoemd wordt.
- Er is minder noodzaak om naar consensus te streven binnen de beroepsgroepen.
- Er zal een grotere variatie aan zorgverlening ontstaan, passend bij de pluriformiteit aan opvattingen die niet alleen onder zorgvragers maar ook onder zorgverleners bestaat.
- De ethiek van zorgverleners beweegt zich in de richting van een ethiek van de markt, waarbij een tevreden klant, een goed product, een betrouwbaar imago, uitmuntende expertise, vlotte dienstverlening, alle van belang kunnen zijn.
- Er zal een grotere bereidheid bestaan om waarden af te wijken (kwaliteit; zorgvuldigheid) en af te wijken van professionele standaarden: meer en minder risico's nemen, meer en minder zinvolle zorg bieden, rekening houdend met individuele situaties en persoonlijke preferenties.
- Ook financiële motieven kunnen in die afweging een rol spelen: kwalitatief minder maar goedkoper, minder goede maar snellere hulp.
- Waarden als gelijkheid en rechtvaardigheid (in een bepaalde invulling: gelijke toegang, geen tweedeling, geen ‘unfaire’ voorrang) zullen eerder worden losgelaten en afgewogen, niet omdat men er onverschillig tegenover staat, maar omdat andere waarden om voorrang strijden (doelmatig-

heid; efficiency; betere uitkomsten in termen van bijvoorbeeld wachttijd, ofschoon niet voor iedereen in gelijke mate).

Beroepsethiek krijgt, samengevat, een andere inbedding, wanneer zij minder door de professie en meer door de markt wordt geleid. Dit maakt haar tot een andere beroepsethiek, niet noodzakelijk een slechtere ethiek. Aan zo'n nieuwe ethiek moet actief vorm en inhoud gegeven worden. Die verandering voltrekt zich niet vanzelf. Een beroepsethiek 'op de markt' heeft een eigen karakter en brengt eigen risico's voor de zorgverlening met zich mee. Rondom een dergelijke ethiek moeten daarom waarborgen geschapen worden, wil goede zorg gegarandeerd zijn. Uitgaan van de deugdzzaamheid van de individuele zorgverlener is naïef en onethisch. Ook ten aanzien van deze beroepsethiek geldt dat strakke regulering haar werk moet doen binnen een omgeving die deze ethiek ondersteunt. Voor de kwaliteit kan men minder dan vroeger vertrouwen op in de beroepsgroep bereikte consensus en standaarden. Waar ooit volstaan kon worden met interne (zelf)regulering, is nu externe toetsing nodig.

Op de risico's en gevaren is hiervoor reeds voldoende geweest. Polder et al. wijzen, in navolging van Goudzwaard, terecht op de eenzijdige wijze waarop op de markt met waarden wordt omgegaan. Op de markt telt slechts wat een prijs draagt. Daarom worden veel waardevolle zaken door de markt niet (of onvoldoende) opgemerkt.

Op de markt zijn sommige mensen kwetsbaarder dan andere. Mondigheid is niet voor iedereen weggelegd en niet in alle situaties te verwachten. Zorgbehoeften worden op de markt alleen onderkend wanneer er ook koopkracht is; wie zal de stem zijn van degenen die zich niet kunnen laten horen omdat ze onvoldoende koopkracht hebben of omdat hen de vereiste mondigheid ontbreekt? Ook zijn sommige waarden kwetsbaarder dan andere.

Tijd en goede communicatie zijn schaarse goederen geworden in de zorg. Het vertrouwen in de zorgaanbieder als voorwaarde voor goede zorg kan onder druk komen te staan wanneer door concurrentie georganiseerd wantrouwen overheerst. Waarden op de markt (zoals gezondheid) worden vooral instrumenteel opgevat: in termen van zorgproductie- en zorgconsumptie; over de kwaliteit als zodanig spreekt de markt zich niet uit. Voorts kan men zich afvragen of op de langere termijn zorg

op de markt veilig is. Wanneer aandeelhouders en management meer leven bij de waan (de beurskoers) van de dag en zorgverleners vooral bij korte termijn successen, dan loopt men het risico van ondermijning van de zorg op termijn.

Kortom, hoe gaan we om met ‘alles wat kwetsbaar is’, wanneer dit op de markt onvoldoende wordt gesignaleerd? Om die risico’s het hoofd te bieden zal men, zoals gezegd, niet meer kunnen vertrouwen op zelfregulering door de beroepsgroep. De andere wijze van kwaliteitsborging en -toetsing die men op de markt aantreft, vraagt om sterkere externe controle en sturing van zorgaanbieders.

10.2 Conclusies

“Je kunt in organisaties, bedrijven en in de politiek niet zonder integere mensen. Doe echter je uiterste best er zo weinig mogelijk van nodig te hebben” (Musschenga, 2004)

‘De’ beroepsethiek staat op zichzelf het streven naar meer marktwerking in de zorg niet in de weg. De aanpassing aan nieuwe omstandigheden vraagt om een andere ethiek, die zich niet vanzelf zal ontwikkelen, maar die actief naar vorm en inhoud bevorderd moet worden. De vraag of ‘het veld’, al degenen die in de zorgverlening werken, tot die veranderingen bereid zijn – de karikatuur: ‘met onwillige honden is het immers slecht hazen vangen’ – is een heel andere vraag, die nader onderzoek verdient.

Het ligt voor de hand dat de bereidheid in het veld toeneemt, naarmate men beter inziet dat de veranderingen ten goede komen aan de zorg. Beleidsmakers wacht de taak om zorgverleners duidelijk te maken dat de kansen opwegen tegen de risico’s. Het gaat om een taak in tweeërlei opzicht.

- *In termen van maatregelen:* men zal de bezwaren die er leven onder ogen moeten zien en moeten aangeven hoe men denkt de gevaren en risico’s van ‘meer markt’, die hier genoemd zijn, te ondervangen.
- *In termen van visie:* men zal duidelijk moeten maken welke fundamentele waarden, zoals ik die ter sprake bracht, richtinggevend zullen zijn voor de zorg en welk normatief beeld men van de toekomstige zorg heeft.

Mijn vraag luidde: Wat betekent ‘de economisering’ van zorg voor met name de beroepsethiek van zorgverleners?

In die beroepsethiek lijken twee kernwaarden door economisering in het geding te zijn. Allereerst het belang van ‘vertrouwen’ en in de tweede plaats het belang van een professionele standaard, met name van de kwaliteitsstandaarden. De vraag is wat ze ons waard zijn. Economisering, ruim opgevat als ‘geld mag een rol spelen in de zorg’, zet deze waarden onder druk.

Vertrouwen kan bij toenemende economisering niet meer op eenzelfde wijze worden geborgd. Meer geregelde concurrentie impliceert meer georganiseerd wantrouwen. Professionele standaarden zullen een grotere variatie te zien geven, waarbij kwaliteit en kosten tegen elkaar worden afgewogen en op elkaar in mindering kunnen komen. Nodig zijn aanvullende instrumenten met een minder intern (zelfregulerend) en een meer extern (maatschappelijk) karakter. Zien we de klassieke beroepsethiek vooral als een intern instrument, dan zal daaraan bij toenemende economisering een geringe rol kunnen worden toegeschreven. Het alternatief is meer externe aansturing en controle om ‘kwaliteit’ en ‘vertrouwen’ te kunnen garanderen. Wat de inhoud van het begrip kwaliteit van zorg zal zijn, is op de markt in hoge mate onbepaald en open voor heel verschillende, maar niet noodzakelijk slechtere invulling.

Het zou mooi zijn als het in de zorg wat meer om de patiënt en wat minder om de zorgverlener zou draaien. Dat vraagt om een andere organisatie van de zorg, waarbij de zorgbehoeften (‘vraagsturing’) van de patiënt uitgangspunt zijn. Patiënten kunnen vaak zelf niet beoordelen wat goede zorg is, anderen moeten voor de kwaliteit ervan zorgdragen. De vraag is nu of men de bepaling van kwaliteit aan zorgverleners moet overlaten. Zijn zij bij uitstek degenen die hiervoor in de beste positie zijn? Zorgverleners kunnen elkaar lelijk in de weg zitten. ‘De’ professie bestaat uit een meervoud van zorgprofessies. Ze lijkt soms meer op een in zichzelf verdeeld huis van uiteenlopende specialismen en zorgvelden, met alle verkokerdheid en wedijver vandien. Dat zou nopen tot een meer externe bepaling van kwaliteit. Dit impliceert echter niet een mindere kwaliteit en een mindere zorg.

10.3 Nawoord: waarschuwing

“In recent years scholars have warned against the tendency of policy makers to focus solely or even primarily on external incentives – principally financial incentives – to ensure compliance, arguing that a system that relies heavily on such external incentives runs a serious risk of crowding out intrinsic altruistic motivations”
(De Wispelaere, 2004).

In deze verkenning is veel aandacht gegeven aan de instrumenten die de zorgverlening moeten ‘sturen’. Ik ben me van de eenzijdigheid daarvan bewust geweest. Wellicht hebben we te veel vanuit beleidsperspectief, van buiten af, naar de zorg gekeken en moet het échte onderzoek van binnenuit nog beginnen. Mijn conclusie, dat ‘meer markt’ om meer ‘externe’ sturing vraagt, en minder kan vertrouwen op het professionele ‘instrument’ van zelfregulering, maakt deze eenzijdigheid nog groter. Voor professionele zorgverleners is wellicht deze bureautilaas reeds sterk vervreemdend. Waarom, en door wie, zouden ze zich laten sturen?

Ik hoop duidelijk te hebben gemaakt dat een onmisbare voorwaarde voor goede zorgverlening een ‘interne’ motivatie is: het verlangen anderen te helpen vormt de grondslag van elke beroepsethiek in de zorg. Wie als beleidsmaker dit morele aspect van kwaliteit veronachtzaamt, stevent rechtstreeks af op morele erosie of morele burn-out (Hilhorst, 1999-a). Goede zorg dient zo ingericht te zijn dat zorgverleners in de alledaagse praktijk gemotiveerd hun werk kunnen doen. Ik heb dit aspect nadrukkelijk belicht en op het precaire karakter ervan gewezen. De vraag of een andere, meer marktgerichte omgeving gunstiger dan wel ongunstige gevolgen zal hebben voor de motivatie van zorgverleners is hier gesignaleerd, maar niet beantwoord. Alleen nader ethisch en psychologisch onderzoek kan hierop meer licht werpen.

De volgende overwegingen kunnen hiervoor het uitgangspunt vormen (Le Grand, 2001 en 2004; Head, 2003; De Wispelaere, 2004).

- De publieke sector is niet per definitie moreel beter dan de private sector. De gedachte dat de zorgverlening in de publieke sector vooral geïnspireerd is door altruïstische motieven (‘other-regarding’) en de zorgverlening in de private sector door overwegend motieven die op eigenbelang gebaseerd zijn (‘self-regarding’) is onjuist. Men kan dus niet zeggen dat op dit punt, naar haar aard en uitkom-

- sten, de publieke sector in ethisch opzicht voorkeur verdient boven de private sector.
- Het altruïstische motief, het 'concern for others', is ook in de zorg van groot belang. Wanneer door beleidsmakers in toenemende mate gebruik wordt gemaakt van sturingsinstrumenten die op externe aansporing gebaseerd zijn – veelal financiële 'prikkelers' met op de achtergrond abstracte beleidsconcepten zoals 'prestatie-indicatoren' en 'diagnose-behandelings-combinaties' als zoet- of zuurstok – om zich van medewerking te verzekeren ('compliance' betekent letterlijk 'inschikkelijkheid'), loopt men ernstig risico dat altruïstische motivaties verdrongen worden. Beleid dient oog te hebben voor die (mogelijke) effecten.
 - Mensen, ook zorgverleners, worden gewoonlijk gedreven door een mix van uiteenlopende motieven. Sommigen zullen zich meer dan anderen door ethische motieven laten leiden: er bestaan nu eenmaal edelen en ridders, schelmen en schurken. Hoe welwillend zij zullen zijn hangt voor een belangrijk deel af van de omstandigheden waarin men hen plaatst. Naarmate meer mensen niet 'compliant' zijn (en zich aan regels weinig gelegen laten liggen), zal ook de motivatie van de anderen om zich aan de regels te houden ondergraven worden. De meest uitzonderlijke morele heiligen kunnen in een situatie komen waarin zij zich niets van regels aantrekken.

Wellicht kunnen we de beroepsethiek het beste karakteriseren als 'het meest interne instrument' dat we bezitten. Alle redenen om het te koesteren.

Literatuur

- Applebaum, A.I. Ethics for adversaries: the morality of roles in public and professional life. Princeton: Princeton U.P., 1999.
- Berg, M. en A. Mol. Ingebouwde normen: medische technieken doorgelicht. Utrecht: Van der Wees, 2001.
- Cameron, N.M. de S. The new medicine: life and death after Hippocrates. London: Hodder & Stoughton, 1991.
- Cherry, M.J. The body for charity, profit and holiness: commerce in human body parts. *Christian Bioethics*, 6, 2000, no. 2, p. 127-138.
- Cherry, M.J. Scientific excellence, professional virtue, and the profit motive: the market and health care reform. *Journal of Medicine and Philosophy* 28, 2003, no. 3, p. 259-280.
- Dartel, H. van, M. Jacobs en R. Jeurissen. Ethiek bedrijven in de zorg: een zaak voor het management. Assen: Van Gorcum, 2002.
- DeAngelis C.D. Practicing on the edge of ethics and economics. *Woodstock Report*, 1993, no. 36.
- Does, E. van der. Hand in eigen boezem. *Medisch Contact*, 58, 2003, no. 18, p. 730-732.
- Downie, R.S. Traditional medical ethics and economics in health care: a critique. In: G. Mooney en A. McGuire (eds.). *Medical ethics and economics in health care*. Oxford: Oxford U.P., 1988.
- Downie, R.S., C. Fyfe en A. Tannahill. *Health promotion: models and values*. Oxford: Oxford U.P., 1990.
- Dute J.C.J., et al. De evaluatie van de WGBO. Utrecht: Nivel, 2000.
- Erin, C.E. en J. Harris, An ethically defensible market in organs. *British Medical Journal*, 2002, 325, p. 114-115.

Freidson, E. Professionalism: the third logic. Cambridge: Polity Press, 2001.

Gezondheidsraad. Medisch handelen op een tweekop. Den Haag: Gezondheidsraad, 1991.

Hartogh, G. den. Autonomie is het woord niet: professionele verantwoordelijkheid in het tijdperk van de WGBO. Medisch Contact 52, 1997, no. 44, p. 1386-1389.

Hartogh, G. den. Gift of bijdrage? Over morele aspecten van orgaandonatie. Den Haag: Rathenau Instituut, 2004.

Head, S. The new ruthless economy: work and power in the digital age. Oxford: Oxford U.P., 2003.

Hilhorst, M.T. (a) Er dokter bij blijven: medisch-ethisch handelen in veranderende omstandigheden. Assen: Van Gorcum, 1999.

Hilhorst, M.T. (b) Medische ethiek: onnodige misverstanden. Beleid en Maatschappij, 26, 1999, no. 4, p. 292-300.

Hilhorst, M.T. (c) Can health care workers care for their patients and be advocates of third-party interests? In: R. Bennett and Ch. Erin (eds.). HIV and AIDS; testing, screening and confidentiality. Oxford. Oxford U.P., 2001, p. 149-165.

Hilhorst, M.T. Philosophical pitfalls in cosmetic surgery: a case of rhinoplasty during adolescence. Medical Humanities, 28, 2002, no. 2, p. 61-65.

Huibers, A. en W. van der Burg. De arts: heilige of koopman? In: W. van der Burg en P. Ippel. De Siamese tweeling: recht en moraal in de biomedische praktijk. Assen: Van Gorcum, 1994.

Keuzen in de zorg (commissie). Kiezen en delen. Den Haag: DOP, 1991.

Koehn, D.. The ground of professional ethics. London: Routledge, 1994.

Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering van de Geneeskunst. Gedragsregels voor artsen, Utrecht: KNMG, 2002.

Lantos, J.D. Do we still need doctors? New York: Routledge, 1997.

Le Grand, J. The provision of health care: is the public sector ethically superior to the private sector? LSE Health and Social Care Discussion Paper (n. 1), London: London School of Economics and Political Science, 2001.

Le Grand, J. Motivation, agency and public policy: of knights and knaves, pawns and queens. Oxford: Oxford U.P., 2003.

Legemaate, J. (red.). De WGBO: van tekst naar toepassing. Houten: Bohn, Stafleu, Van Loghum, 1995 (2e dr.).

Macklin, R. Enemies of patients: how doctors are losing their power ... & patients are losing their rights. Oxford: Oxford U.P., 1993.

Maclean, A.. The elimination of morality: reflections on utilitarianism and bioethics. Routledge, London, 1993.

Maister, D.H. True professionalism: the courage to care about your people, your clients and your career. London: Free Press, 2000.

Miles, S.H. On a new charter to defend medical professionalism. Whose profession is it anyway? Hastings Center Report, 2002, p. 46-48.

Morreim, E. Haavi. Balancing act: the new medical ethics of medicine's new economics. Dordrecht: Kluwer, 1991.

Mulders, R. Gezonde bedrijfsvoering. Management Team, 2003, p. 46-49.

Musschenga, A.W. Integriteit: over de eenheid en heelheid van de persoon. Utrecht: Lemma, 2004.

Musschenga, A.W. Integriteit voor meeste mensen niet haalbaar (boekbespreking). Gewoon bijzonder, 1, 2004, no. 2, p. 8-10.

Nowotny, H. On the uneasy relationship between the life sciences and the humanities. In: Modern biology: visions of humanity. Brussels: European Communities, 2004.

Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. Letsel na behandeling door 'Robodoc'. Berichten-buitenlands nieuws, 148, 2004, no. 19, p. 955.

Polder, J.J., J.Hoogland en H. Jochemsen. *Professie of profijt?* Amsterdam: Buijten & Schipperheijn, 1996.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. *De rollen verdeeld: burger, ondernemer en overheid in de gezondheidszorg.* Zoetermeer: RVZ, 2000.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. *Professie, profijt en solidariteit* (K. Putters). Zoetermeer: RVZ, 2002.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. *Marktwerking in de medisch specialistische zorg: Achtergrondstudies* (P.P.T.Jeurissen; E.G. Brummelman; M.C.E. van Heurck). Zoetermeer: RVZ, 2003.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. *Marktwerking in de medisch specialistische zorg.* Zoetermeer: RVZ, 2003.

Radcliffe-Richards, J. et al. The case for allowing kidney sales. *Lancet*, 1998, 351, p. 1950-1951.

Rodwin, Marc A. *Medicine, money and morals: physicians' conflict of interest.* Oxford: Oxford U.P., 1993.

Reinders, J.S. *Verpleegkundige: een prachtig beroep, maar ook een leuke baan?* *Zorgpleidooi*, 2003, no. 4, p. 1-3.

Schut, E. *De zorg is toch geen markt? Laveren tussen marktfa- len en overheidsfalen in de gezondheidszorg.* Rotterdam: Erasmus MC (oratie), 2003.

Seglow, J. (ed.). *The ethics of altruism.* London: Frans Cass Publ., 2004.

Steiner, H. The right to trade in human body parts. In: Seglow, J. (ed.). *The ethics of altruism.* London: Frans Cass Publ., 2004, p. 187-193.

Taft, K. en G. Steward. *Private profit or the public good: the economics and politics of the privatisation of health care in Alberta* (report), 1999.

Tonkens, E. Mondige burgers, getemde professionals: marktwerking, vraagsturing en professionaliteit in de publieke sector. Utrecht: NIWZ, 2003.

Ubel, P.A. Pricing life. Why it's time for health care rationing. Cambridge: MIT Press, 2001.

Williams, A. Cost-effectiveness analysis: is it ethical? *Journal of Medical Ethics*, 18, 1992, p. 7-11.

Williams, A. Medicine, economics, ethics and the NHS: A clash of cultures? *Health Economics* 7, 1998, p. 565-568.

Wispelaere, J. De. Altruism, morality and moral demands. In: Seglow, J. (ed.). *The ethics of altruism*. London: Frans Cass Publ., 2004, p. 9-33.

Deel II

Marktwerking en ethiek in de kliniek: stemmen uit de praktijk

Dr. F.J. van Zuuren

Inhoudsopgave deel II

	Samenvatting	83
1	Aard van deze studie	85
2	Schaarste als gevolg van ontwikkelingen in het recente verleden	86
2.1	Algemene indruk	86
2.2	Zorg aan banden gelegd	87
2.3	Bureaucratisering: een contraproductieve oplossing	89
3	Ethische aspecten van de huidige financiering	91
4	Beroepsethiek en reacties op het begrip 'marktwerking'	93
5	Privé-klinieken en ziekenhuizen: Hoe kijkt men tegen elkaar aan?	95
5.1	Algemene bevindingen	95
5.2	De situatie in de plastische chirurgie	97
5.3	De situatie in de oogheelkunde	99
5.4	De situatie in de orthopedische chirurgie	102
5.5	Conclusie	104
6	Ethische aspecten bij toenemende marktwerking	105
7	De gewenste rol van zorgverzekeraars, overheid en beroepsgroepen	108
8	Besluit	109

Samenvatting

Aan de hand van interviews is in kaart gebracht hoe medisch-specialisten van verschillende pluimage aankijken tegen marktwerking in relatie tot de medische beroepsethiek. Voor de geïnterviewden staat de toekomst niet los van de huidige situatie van schaarste en bureaucratie, die naar hun idee het gevolg is van de eerdere volumeafspraken. Van weer nieuwe maatregelen verwachten de meesten niet veel. Eén geïnterviewde stelt expliciet dat de sector rust en stabiliteit nodig heeft.

Er zijn grote verschillen in hoe medisch-specialisten hun werksituatie ervaren. Specialisten werkzaam in een privé-kliniek met zelfbetalende patiënten ervaren hun werksituatie als stimulerend, met mogelijkheden voor kwaliteit en innovatie. Voor specialisten in de reguliere zorg, en vooral in de academische ziekenhuizen, is de werksituatie veelal frustrerend. Zij voorzien, bij meer marktwerking, nog meer ‘oneerlijke’ concurrentie dan thans het geval is: privé-klinieken kunnen goedkoop standaard behandelingen voor standaard patiënten aanbieden (‘patiëntselectie’) alleen maar omdat de moeilijk te behandelen, en dus duurdere patiënten ondergefinancierd naar de reguliere ziekenhuizen gaan. Deze moeten ook nog eens de in de privé-kliniek ontstane complicaties oplossen (‘*after sales*’). Voor de moeilijk te behandelen patiënten betekent meer marktwerking dat zij eindeloos doorgeschoven zullen worden. Deze bezwaren kunnen alleen worden weggenomen als de voor de behandeling van deze patiënten benodigde tijd en middelen erkend en gehonoreerd worden.

De huidige plannen, om bij verzekerde zorg niet alleen zorgverzekeraars maar ook zorginstellingen met elkaar te laten concurreren, zetten de medische beroepsethiek op een aantal punten onder druk. Veel specialisten voorzien schade aan de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt doordat financiële in plaats van medische argumenten bij de behandeling de hoofdrol gaan spelen. Het principe van rechtvaardigheid wordt geschonden door ongelijke toegankelijkheid tot medisch noodzakelijke zorg, en er is niet langer sprake van vrije artskenkeuze. Voor het aanbod, in een privé-kliniek, van door patiënten zelf te betalen verrichtingen speelt ook nu al het probleem dat deze verleid kunnen worden tot onnodige of risicovolle behandelingen of diagnostiek. Dergelijke behandelingen leggen dan ook nog eens beslag op de schaarse professionele capaci-

teit. Goede regelgeving is hier geboden. De geïnterviewden zijn het erover eens dat zorgverzekeraars geen stem mogen hebben in medische beslissingen en zien voor de overheid een regulerende en controlerende taak weggelegd.

1 Aard van deze studie

“In de gezondheidszorg is overal een tekort aan: geld, specialisten, verpleegkundigen. En de vraag neemt alleen maar toe. De oplossing: ik weet het niet” (verzuchting specialist in een academisch ziekenhuis).

Deze studie heeft als doel een impressie te geven van hoe medisch-specialisten en managers uit de reguliere zorg en uit privé-klinieken economisering van zorg ervaren in relatie tot hun beroepsethiek. Economisering is hierbij vooral opgevat als marktwerking.

Hiertoe zijn twaalf interviews gehouden in de periode van december 2003 tot februari 2004. Binnen het bestek van deze studie was het niet mogelijk een representatieve steekproef samen te stellen. Wel is getracht om, via het netwerk van diverse deskundigen, een variëteit aan medisch-specialisten op het spoor te komen. Drie specialismen waarin marktwerking op dit moment een duidelijke rol speelt zijn plastische chirurgie, oogheelkunde en orthopedische chirurgie. Deze specialismen worden in deze studie vertegenwoordigd door zowel een specialist werkzaam in een algemeen of academisch ziekenhuis als een specialist die – tevens – is verbonden aan een privé-kliniek.

Ook is gestreefd naar vertegenwoordiging op management niveau: interviews werden gehouden met de voorzitters van de raad van bestuur van een academisch ziekenhuis en van een regionaal ziekenhuis, en met een lid van de raad van bestuur van een (ander) academisch ziekenhuis. Voorts zijn gesprekken gevoerd met een gynaecoloog, een klinisch psycholoog en een financieel-economisch adviseur van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Alle benaderde personen waren bereid om mee te doen. De gesprekken vonden in bijna alle gevallen plaats op de werkplek van de betrokkene en varieerden in duur van een half uur tot anderhalf uur. De leeftijd van de geïnterviewden varieert van begin dertig tot in de zestig. Vier van hen zijn vrouw.

In de interviews stond de volgende vraag centraal: *Merkt u iets van marktwerking in de gezondheidszorg, en voorziet u mogelijke verschuivingen in beroepsethiek bij meer marktwerking?*

Aanvullende vragen betroffen belangrijke beroepsethische uitgangspunten van de geïnterviewde zelf, positieve aspecten van marktwerking, voorbeelden van onwenselijke situaties (zoals noodzakelijke zorg die niet geleverd wordt; overbodige medische behandelingen; situaties waarin demotivatie ontstaat of waar de eigen integriteit onder druk komt te staan) en de vraag of marktwerking hier debet aan is; en ten slotte de vraag welke aspecten van zorg in ieder geval gewaarborgd moeten worden, en door wie: overheid, verzekeraars, of de beroepsgroep.

Hieronder geef ik op geordende wijze weer wat in de interviews naar voren kwam. Dit gebeurt in beschrijvende vorm, zoveel mogelijk geïllustreerd en aangevuld met citaten uit de interviews. De geïnterviewden worden hierbij aangeduid met de aard van het ziekenhuis waarin zij werken en hun specialisme. Bij herhaald aanhalen binnen een paragraaf wordt een hiervan afgeleide afkorting gebruikt (zie hiervoor de lijst met afkortingen op pagina 38). Vanwege het empirische karakter van deze bijdrage maak ik slechts spaarzaam gebruik van literatuur: deze komt immers in beide andere achtergrondstudies over economisering en beroepsethiek al voldoende aan bod.

2 Schaarste als gevolg van ontwikkelingen in het recente verleden

2.1 Algemene indruk

Het thema van het interview bleek in bijna alle gevallen sterk te leven bij de betrokkenen. Daarbij is voor veel geïnterviewden de financiering van de huidige gezondheidszorg een onontwarbare kluwen van maatregel op maatregel. Ook wijzen zij erop dat marktwerking en de effecten daarvan niet zijn te isoleren van andere maatschappelijke processen, zoals de veranderende mentaliteit van zowel arts als patiënt. Bovenal wijst men op de ontstane schaarste in de zorg. Het thema schaarste is zo prominent aanwezig, dat nu eerst in dit hoofdstuk de achtergrond hiervan, zoals verwoord door de geïnterviewden, geschetst zal worden.

2.2 Zorg aan banden gelegd

Marktwerking is er altijd geweest in de gezondheidszorg in die zin, dat specialisten altijd in stukloon hebben gewerkt. Diverse geïnterviewden zien het Vijf Partijen Akkoord van 1989 als keerpunt. In dit akkoord werd marktwerking door de overheid teruggedrongen door de zorg te binden aan volumeafspraken, gebaseerd op de 'productie' van het voorafgaande jaar (budgettering). Over de periode van voor dit akkoord zegt een ervaren plastisch chirurg, werkzaam in o.a. een privé-kliniek (PPL): "In de zorg zijn de jaren achter ons uitzonderlijk goed geweest. Nederland heeft goede artsen, en er hoefde nooit iemand te worden geweigerd of doorgestuurd. Dit veranderde met het Vijf Partijen Akkoord." De voorzitter van de Raad van Bestuur van een academisch ziekenhuis, (AV), schetst het volgende beeld: "Onze gezondheidszorg was altijd al een drukke weg waar men auto's nog net goed kon laten doorrijden. Er is in Nederland steeds gemikt op sobere zorg, waarbij op een nette manier met patiënten werd omgegaan. In zo'n situatie is een enkel openthoud of tegenvallertje al genoeg om een file te doen ontstaan."

Het Vijf Partijen Akkoord wordt vooral gezien als een poging de kosten voor de gezondheidszorg constant te houden. Plastisch chirurg PPL: "De overheid wilde de premies niet laten stijgen en zelf ook geen extra geld voor de zorg uittrekken. Men was van mening dat dokters te veel verdienden, dat er ineffectief gewerkt werd en dat er onnodige operaties werden verricht. Zorgverzekeraars mochten toen beslissen welke operaties wel en welke niet meer vergoed zouden worden. Bij plastische chirurgie verdween veel uit het pakket. Ook kwam er schaalvergroting, veel kleine ziekenhuizen moesten opgaan in grotere gehelen."

Hoewel vraaggestuurde zorg het ideaal was, werd de zorg door de volumeafspraken met zorgverzekeraars juist aanbodgestuurd. Zo stelt het hoofd van de afdeling oogheelkunde van een academisch ziekenhuis, AO: "Vraaggestuurde zorg is een rookgordijn. In feite blijft het gaan om het door de financiën beperkte aanbod." Een lid van de Raad van Bestuur van een academisch ziekenhuis is van mening: "Om te weten welke zorg nodig is, zou je continu marktonderzoek moeten doen. En dan nog geldt: voor de behoefte aan acute zorg is geen inschatting te maken."

Volgens diverse geïnterviewden is met het Vijf Partijen Akkoord geen rekening gehouden met te verwachten maatschappelijke ontwikkelingen die kostenverhogend zouden werken (zie ook Commissie Keuzen in de Zorg, 1991, p. 12). In de eerste plaats betreft dit *technologische ontwikkelingen* die zouden leiden tot nieuwe behandelmethoden en dure medicijnen. AV: “Verbetering van de medische technologie maakt de gezondheidszorg duurder, vooral in de beginfase van de toepassing. Maar voor de patiënt is het vaak een zegen. Zo zijn er dure geneesmiddelen ontwikkeld waarmee reuma nu veelal goed te behandelen is.”

Voorts noemt men de *vergrijzing* en de *toegenomen wensen van het publiek*. Deze wensen worden grotendeels gezien als zijnde terecht. AO: “De eisen die oudere mensen aan de kwaliteit van leven stellen, worden zeer begrijpelijk hoger.” AV: “De indicatie voor bijvoorbeeld een heupoperatie is versoepeld. En terecht. Nu kun je ook mensen van ouder dan 80 jaar een nieuwe heup geven, omdat de risico’s van de anesthesie minder groot zijn.” De voorzitter van de Raad van Bestuur van een regionaal ziekenhuis is hier iets terughoudender: “Bij cataractoperaties, bijvoorbeeld, en ook bij heupoperaties verschuift de grens voor de indicatiestelling steeds meer richting consumentenzorg; het uitvoeren van ingrepen die medisch gezien minder noodzakelijk zijn. Dit maakt de gezondheidszorg in zijn geheel duurder.”

In feite is, te beginnen met het Vijf Partijen Akkoord, sprake geweest van een forse bezuinigingsmaatregel, cumulatief over de jaren heen. PPL: “Dit ingrijpen van de overheid werd een budgettaire fuik. Hoewel de zorgvraag juist ging toenemen, mocht je niet meer handelingen verrichten dan in het jaar daarvoor, althans je werd er niet voor betaald. Er kwam krapte in de zorg, het werd vechten voor OK-tijd.”

Een tweede stap in het terugdringen van marktwerking is de maatregel dat specialisten in academische ziekenhuizen in loondienst moesten werken. PPL: “Daarnaast speelt dat specialisten in academische ziekenhuizen ambtenaren werden. Ze kwamen in een bepaalde salarisschaal, extra werk maakte financieel niets uit. Soms betekent meer werken zelfs dat een andere afdeling meer geld krijgt. Daarvoor hadden ze een universitaire aanstelling met een kleine privé-praktijk, waar groei in kon zitten.”

Nog andere maatschappelijke processen hebben aan de schaarste in de gezondheidszorg bijgedragen: gebrek aan gekwalificeerd personeel (in het westen van het land betreft dit bijvoorbeeld OK-assistenten) en een ‘negen tot vijf’ mentaliteit bij sommige jongere zorgverleners. Over dit laatste zegt PPL: “Door het overheidsingrijpen is diffuus geworden waarvoor zorgverleners en overige staf werken, er is geen identificatie met het beroep meer mogelijk. (...) Dit zie je ook bij het beroep van verpleegkundige: vroeger was dit een roeping, nu heeft het een lage status. De hele beroepsgroep, in alle lagen, zou weer meer uitstraling moeten krijgen.” De voorzitter van de Raad van Bestuur van een regionaal ziekenhuis stelt: “Oudere zorgverleners werken langer door, maken meer uren dan jonge artsen. Die zijn zakelijker.”

2.3 Bureaucratisering: een contraproductieve oplossing

Als oplossing voor de na 1989 ontstane krapte werden bureaucratische maatregelen opgelegd. Deze zouden de veronderstelde inefficiëntie teruggedrijven. Bureaucratisering wordt echter door veel geïnterviewden ervaren als duur en contraproductief. Het hoofd van de afdeling oogheelkunde van een academisch ziekenhuis (AO) stelt: “Om zorgprocessen professioneel aan te pakken zijn in de gezondheidszorg managers aangesteld, die hun eigen nut nooit zullen ontkennen, en komt voor iedere toekenning van zorg eerst een heel indicatieteam bijeen. Dit gebeurt allemaal met geld dat voor zorg bedoeld was, maar niet aan zorg wordt besteed.” De plastisch chirurg, verbonden aan een privé-kliniek, vertelt: “Met de grootschalige nieuwbouw van ons ziekenhuis zijn de korte lijnen verloren gegaan. Daarvoor was er maandelijks contact met de directeur, en werknemers waren tot van alles bereid. Nu komen er steeds meer tussenlagen van managers die zelf geen arts zijn. Rond de OK tref je tegenwoordig aan: een topman voor de cijfers, planners, een hoofdvoerder, en dan pas de OK-assistenten en specialisten. Op de afdelingssecretariaten zie je iets dergelijks.” Deze geïnterviewde concludeert: “In de hang naar een oplossing van het schaarsteprobleem bereikte men het tegengestelde van wat men voor ogen had. Er is te veel overhead gekomen, te weinig productie.”

Leidde bureaucratiesering niet tot het gewenste resultaat dan was de oplossing al gauw er nog een manager of kwaliteitsproject op zetten, of nog verdergaande administratieve verant-

woording. AO: “Door jarenlange krappe budgetten moest men steeds gedetailleerder met cijfers onderbouwen wat voor zorg er nodig was. Een voorbeeld van zo’n gedetailleerde en bijna absurde onderbouwing is het feit dat we in Nederland het aantal zorgminuten per steunkous hebben berekend.”

Bureaucratisering is niet alleen duur, maar ook demotiverend. In dit verband stelt AO: “Recentelijk voerde een onderzoeksbureau een ‘arbeidstevredenheidsonderzoek’ uit in ons academisch ziekenhuis. Werknemers in de sector ‘managers, beleidsmedewerkers en administratieve staf’ bleken tevreden met hun werk, terwijl in de sector ‘artsen en verpleegkundigen’ (‘de handen aan het bed’) duidelijk ontevredenheid heerste. Zowel het onderzoeksbureau als de Raad van Bestuur beschouwden dit niet als een slechte score. Men keek hierbij slechts naar het *overall* gemiddelde. In mijn ogen, echter, gaat het om een alarmerend resultaat.”

Een neveneffect van de ontstane schaarste, tenslotte, is dat deze op zichzelf duur is. Menigeen kent het beeld van de ziekenhuisarts die uren rondbelt om een urgente patiënt in een ander ziekenhuis opgenomen te krijgen. Uren tijd die hij of zij ondertussen niet aan de zorg zelf besteedt. En voor wachtlijstpatiënten geldt: zij gaan opbellen en moeten dan te woord worden gestaan, zij moeten tussentijds voor extra controles worden gezien enzovoort.

Een belangrijke conclusie uit het voorafgaande is dat op dit moment het voor de gezondheidszorg uitgetrokken geld de zorg zelf nog te weinig ten goede komt. Bovendien is er waarschijnlijk sprake van onderfinanciering, maar dit is niet helder in te schatten. De ontstane schaarste staat in schril contrast met het feit dat Nederland rijker is dan bijvoorbeeld twintig jaar geleden. De schaarste betekent dat op de werkvloer, meer dan voorheen, financiële overwegingen een strategische rol spelen bij de behandeling van de patiënt. Dit leidt soms tot ethische problemen. Deze komen in het volgende hoofdstuk aan de orde.

3 Ethische aspecten van de huidige financiering

Als belangrijke waarde in de beroepsethiek noemen diverse geïnterviewden: voor iedereen gelijke behandelingsmogelijkheden en toegang tot noodzakelijke medische zorg (zie ook Commissie Keuzen in de Zorg, 1991, p. 74). Zo stelt de voorzitter van de Raad van Bestuur van een regionaal ziekenhuis: “Twee vormen van zorg moeten patiënten kunnen krijgen los van financiële overwegingen: spoedeisende zorg en palliatieve zorg. Het gaat hier om vormen van zorg die een fundamentele invloed hebben op het welzijn. Dit in tegenstelling tot zorg die meer in de wens sfeer ligt.”

Het principe van gelijke behandeling komt door selectieve financieringsvormen onder druk te staan. Zo heeft de hierboven genoemde budgettering het effect dat het management van een instelling aan het eind van het jaar verrichtingen in bepaalde categorieën kunstmatig opgeschroefd wil zien, om zo het geld voor het jaar daarop veilig te stellen. Hierbij worden achter de schermen keuzes gemaakt, bijvoorbeeld qua prioritering, waar patiënten niets van vermoeden. De keuzes kunnen leiden tot *onrechtvaardigheid* (zie ook in deze bundel de achtergrondstudie van Hilhorst in deze bundel).

Zo wordt, als het gaat om operaties, de wachtlijst ineens langer voor iemand die aan het eind van het jaar toevallig in een ongunstige categorie zit. Een klinisch psycholoog, werkzaam in een regionaal psychiatrisch centrum stelt: “Aan het einde van het jaar werd druk op medewerkers uitgeoefend om toch vooral meer intakes en diagnostiek binnen te halen en minder therapie te doen. De reden hiervan was dat het budget voor eerder genoemde verrichtingen nog lang niet was verbruikt. Medewerkers hebben de indruk dat ze zo op oneigenlijke wijze bezig zijn.”

Onrechtvaardigheid speelt ook een rol bij de recente financiële injectie om wachtlijsten weg te werken. Voor de daarvoor door de Minister aangewezen operaties (gekozen zijn operaties die het grote publiek aanspreken, zoals totale heupoperaties), krijgt het ziekenhuis bij iedere operatie een extra bedrag. Daarmee zijn winstgevende inhaalmanoeuvres gemaakt, terwijl voor andere typen operaties, die medisch gezien even urgent waren, de wachtlijsten door gelijkblijvende personele capaciteit alleen maar langer zijn geworden.

Schaarste maakt de gezondheidszorg in zijn geheel ook minder toegankelijk. *Gezondheidsschade* en *geschaad vertrouwen* liggen op de loer. Een orthopedisch chirurg uit een academisch ziekenhuis geeft het volgende voorbeeld. “Voor sommige grote operaties moet een IC-bed achter de hand worden gehouden. Het kan gebeuren dat de patiënt helemaal is voorbereid en alle betrokkenen startklaar staan, en dat op het allerlaatste moment de operatie wordt afgeblazen: de IC is vol door een nieuw spoedgeval. Zo is er, door het structureel tekort aan IC-bedden, emotionele schade bij de patiënt en zijn familie. Er is overigens ook schade voor het ziekenhuis: een hele dag OK-tijd gaat verloren en alle tijd van het team van specialisten. Over drie maanden is er dan een nieuwe kans op zo’n operatie. Dit is wat je de patiënt moet vertellen.”

Het gaat zo ver dat noodzakelijke zorg niet wordt geleverd. Zo kunnen op een paar plaatsen in Nederland scoliose patiëntjes worden geopereerd: tieners met scheefgroei in de rug. Het is een dagvullende, verliesgevende operatie, waarvoor een bed op de Kinder-IC nodig is. Juistgenoemde orthopedisch chirurg mag 15 van zulke operaties per jaar uitvoeren. De wachtlijst is enorm, maar hij krijgt van de ziekenhuismanager te horen: “Dit is te duur voor ons, ga maar heup- of knieoperaties doen.” De orthopeed moet dus ‘nee’ verkopen aan de bezorgde en verontwaardigde ouders die vragen wanneer hun kind nu eindelijk aan de beurt is. Ondertussen moet hij andere typen operaties doen. Hij ervaart dit als een ethisch dilemma.

Door de schaarste is iedere zorgverlener beducht voor een verliesgevende patiënt. Het hoofd van de afdeling oogheelkunde van een academisch ziekenhuis, AO, merkt in dit verband op: “Om financieel rond te komen verwijst men verliesgevende patiënten bij voorkeur naar elders. Met in het ziekenhuis opgenomen oudere, invalide patiënten moet bij bejaarden- en verpleegthuizen worden geleurd. Academische ziekenhuizen proberen verliesgevende patiënten te compenseren met goedkope patiënten. In vakjargon heet dat ‘een gezonde patiëntenmix’ nastreven. Voor perifere ziekenhuizen geldt dat, willen zij met hun budget uitkomen, dit alleen lukt door bepaalde categorieën patiënten naar elders te verwijzen.”

Ook afdelingen of clusters binnen één ziekenhuis beconcurreren elkaar. AO komt met het volgende voorbeeld: “Deze week lag er een oudere patiënt op onze afdeling oogheelkunde. Onverwacht kreeg hij een hersenbloeding, geheel onafhankelijk

van het oogheekundige probleem. Het moge duidelijk zijn dat onze afdeling zelf deze patiënt geen optimale behandeling kan geven. Wij vroegen direct om passende behandeling en overplaatsing naar de IC. Vervolgens hebben de onderhandelingen hierover een aantal uren in beslag genomen: niemand in ons ziekenhuis wou of kon deze patiënt hebben. Uiteindelijk is deze patiënt, éézijdig verlamd, uit ons academisch ziekenhuis overgeplaatst naar een regionaal ziekenhuis. Dit is geen goede zorg. De ontmenselijking stoort mij.”

Op de achtergrond speelt hier dat directies van ziekenhuizen, volgens geïnterviewde, “alleen nog maar denken in termen van divisies of clusters. Met ieder cluster sluiten zij een managementcontract af. Daarin wordt het volume aan ‘zorgproducten’ vastgelegd, gemeten in aantal eerste consulten, opnames en dagopnames, te leveren binnen een gegeven budget. Voor de verschillende clusters kan dit leiden tot het op de voorgrond treden van doelen die contractueel gehaald dienen te worden. Dat het ‘zorgproduct’ een mens betreft, lijkt op de achtergrond te geraken.”

4 Beroepsethiek en reacties op het begrip ‘marktwerking’

Centraal in het interview stond de vraag naar de effecten van marktwerking op de beroepsethiek. Marktwerking als model blijkt voor veel artsen wezensvreemd aan hun roeping en aan het doel van de gezondheidszorg. De voorzitter van de Raad van Bestuur van een academisch ziekenhuis verwoordt dit als volgt: “Artsen hebben als doel mensen beter te maken. Helaas zijn er soms specialisten die te veel geld (willen) verdienen. Medische ethiek hield altijd in: essentiële zorg is voor iedereen toegankelijk. Bij marktdenken hoort een andere medische ethiek, daar gaat voor artsen sterk de verleiding vanuit om veel geld te willen verdienen.”

Het hoofd van de afdeling oogheekunde van een academisch ziekenhuis stelt: “Bij marktwerking in de zorg gaat het om een manke vergelijking. Men vergelijkt artsen met fabrikanten die een contractueel vastgelegd aantal producten binnen een bepaald budget produceren. Overigens krijgt een fabrikant die meer produceert en afzet ook meer inkomsten. In de reguliere zorg is dat door de volumeafspraken met de zorgverzekeraars niet het geval. Marktwerking kan een keus zijn, maar waarom

zouden dan aan fabrikanten nauwelijks morele vragen gesteld mogen worden, terwijl bij artsen gehamerd blijft worden op het naleven van hun beroepsethiek? Dit is meten met twee maten. Als men wil dat artsen zich niet als fabrikanten gedragen, dan moet men hen ook niet als fabrikanten behandelen.”

Marktdenken en medische ethiek zijn ingebed in een verschillende terminologie. Binnen het marktdenken worden medische verrichtingen gezien als zorgproductie. Het gaat veelal om wensgeneeskunde waarvoor de klant bereid is te betalen. Door de ruimere middelen is innovatie mogelijk. De zorgverzekering zal hier niet gauw van toepassing zijn omdat het om wensen gaat die bovendien, tot op zekere hoogte, manipuleerbaar zijn. Het zou betuttelend zijn mensen tegen deze manipulaties te beschermen: de klant is koning. Missers en gecompliceerde gevallen worden doorverwezen naar de reguliere zorg. Medische ethiek hoort meer bij de reguliere geneeskunde, de geneeskunde voor de mens in nood. Het gaat om verzekerde zorg waarbij mensen vooruitbetalen voor mogelijk onheil. Het doel is de patiënt te genezen, of diens leed te verzachten. De patiënt wordt geholpen de juiste keuzes te maken.

Overigens blijkt het bij een concreet incident moeilijk te beoordelen of dit te wijten is aan te veel of juist te weinig marktwerking, of aan geheel andere factoren. De plastisch chirurg, werkzaam in een privé-kliniek en een regionaal ziekenhuis, noemt een incident van noodzakelijke zorg die niet werd gegeven. “Een patiënt meldt zich aan het einde van de middag met ernstig handletsel bij de afdeling plastische chirurgie van ons regionaal ziekenhuis. Een vinger dreigt verloren te gaan als niet snel wordt ingegrepen. De plastisch chirurg wil graag opereren, maar de manager beslist dat het ziekenhuis vol is. Daarmee is voor hem het probleem opgelost. Niet voor de patiënt. En overigens ook niet voor de arts, die vervolgens veel tijd kwijt is met telefoneren om deze patiënt door te kunnen verwijzen.” Geïnterviewde wijt dit incident aan een gebrek aan marktwerking. Als er voor het ziekenhuis iets te verdienen zou zijn geweest, dan had de manager wel anders beslist, zo is zijn redenering. Maar ook andere interpretaties zijn mogelijk: gebrek aan personele capaciteit, al was het maar binnen één categorie (bijvoorbeeld OK-assistenten) en wellicht juist door marktwerking veroorzaakt; of demotivatie; of door de macht van de bureaucratie.

In het nu volgende hoofdstuk worden, per specialisme, de bevindingen bij specialisten uit de reguliere zorg afgezet tegen

de ervaringen van specialisten die werkzaam zijn in een privé-kliniek.

5 Privé-klinieken en ziekenhuizen: Hoe kijkt men tegen elkaar aan?

5.1 Algemene bevindingen

Privé-klinieken (privé-klinieken, enkelvoud: privé-kliniek) die direct door de patiënt gefinancierd worden, zitten niet aan bovengenoemde budgetteringsperikelen vast en hebben meer mogelijkheden hun bedrijfsvoering beheersbaar te houden, bijvoorbeeld door korte communicatielijnen.

De voorzitter van de Raad van Bestuur van een academisch ziekenhuis, AV, ziet privé-klinieken in de cosmetische chirurgie en oogheelkunde als ‘naar de kapper gaan, waarbij mensen elkaar hebben aangepraat dat je je haar moet verven.’ Geïnterviewde vervolgt: De patiënt heeft het hier voor het zeggen. Vroeger was het verplicht dat de privé-kliniek met een ziekenhuis de achterwacht had geregeld. Tegenwoordig is dit niet meer verplicht. Desalniettemin moeten wij patiënten met complicaties toch op de spoedeisende hulp accepteren. De aantallen vallen mee, maar ze zijn er wel. Het gebeurt wel dat men in dergelijke klinieken met niet voldoende gesteriliseerd materiaal werkt, of met ongekwalificeerd personeel. Je mist bij dergelijke behandelingen de samenhang, er wordt maar naar één aspect van de persoon gekeken.”

De overstap naar een privé-kliniek betekent voor een specialist veelal een enorme financiële vooruitgang. Om deze reden vinden sommige specialisten het wel begrijpelijk als een collega (tevens) in een privé-kliniek gaat werken. AV: “In een perifeer ziekenhuis verdient een specialist 150% van het loon van een specialist in een academisch ziekenhuis; bij een eigen praktijk is dit 300%, in een privé-kliniek met zelf betalende cliënten is dit 600%.” En dan zijn er in de (academische) ziekenhuizen ook nog eens ongunstige en lange werktijden.

Tegelijk signaleert men dat de overstap naar de privé-kliniek in veel gevallen betekent: het wegvloeiën van schaarse professionele capaciteit. Deze wordt nu niet meer besteed aan medisch geïndiceerde verrichtingen, maar aan goed verkoopbare be-

handelingen in de wens sfeer. Ondertussen is er in de ziekenhuizen een tekort aan specialisten, zodat patiënten met een medisch probleem op de wachtlijst komen. AV: “Zo is het bijvoorbeeld moeilijk om een plastisch chirurg te vinden die in een academisch ziekenhuis wil werken. Terwijl daar heel belangrijk werk te doen is, zoals reconstructie van kaken en gezicht na een verkeersongeval. Het zijn de academische ziekenhuizen die keihard werken om specialisten op te leiden. Het is dan wel heel jammer deze mensen niet voor de echte zorg te kunnen inzetten. Ook geldt dat specialisten die in privé-klinieken tien jaar hetzelfde doen, niet goed zijn terug te plaatsen in een gewoon ziekenhuis.”

De geïnterviewde plastisch chirurg die werkzaam is in een regionaal ziekenhuis bevestigt dit beeld. Er zijn voor (medisch geïndiceerde) plastische chirurgie lange wachtlijsten. OK-tijd speelt hierbij een rol, maar ook toename van de vraag, gebrek aan plastisch chirurgen, en het feit dat een deel van de capaciteit aan specialisten naar privé-klinieken verdwijnt. “Ik mag blij zijn dat ik een opvolger heb”, stelt geïnterviewde.

Voor specialisten in privé-klinieken is de honorering een stimulans om veel verrichtingen te doen, hetgeen als positief wordt aangemerkt. Maar ook is er de verleiding om onnodige, goedbetaalde behandelingen te doen. De cliënten zijn hiervan de dupe. Een gynaecoloog noemt als voorbeeld een IVF-privékliniek in het buitenland die welgestelde vrouwen van 45 jaar tegen goed geld in behandeling neemt, terwijl de slaagkans voor een zwangerschap bijna nul is. Ook kan het gaan om behandelingen die maar tijdelijk helpen en dan moeten worden herhaald, of die forse neveneffecten hebben, zoals in de ‘cosmetische’ chirurgie.

Gaat het om het aanbod van diagnostiek, dan is, volgens AV “een gevaar van privé-klinieken dat ze mensen bang maken. Uit angst doen deze dan mee aan een screening, zoals de *Total Body Scan*. In de VS is dit voor sommigen een jaarlijkse check up. Wij bieden het in de ziekenhuizen niet aan, het valt buiten de beroeps codes en de WBO. Zo’n algemene screening genereert veel vals positieven. De ziekenhuizen krijgen vervolgens een onnodige stroom ongeruste patiënten te verwerken. Extra werk, terwijl de privé-kliniek de winst opstrijkt.”

Privé-klinieken bestrijden het hierboven geschetste beeld. Zo zouden er zelden complicaties zijn en zou de privé-kliniek dag en nacht bereikbaar zijn. Bij doorvraag blijkt het alleen om

telefonische bereikbaarheid te gaan en is er wel degelijk een regulier ziekenhuis nodig om spoedeisende hulp te verlenen en complicaties op te vangen. Verder zouden de medische verichtingen in de privé-klinieken de kwaliteit van leven van hun cliënten aanzienlijk verbeteren. Bij voldoende inkomsten van de kliniek is er ruimte voor innovatie, waardoor geavanceerde technieken voor het publiek beschikbaar komen.

Een en ander hangt ook af van het specialisme. De drie onder-vraagde specialismen: plastische chirurgie, oogheelkunde en orthopedische chirurgie komen nu afzonderlijk aan bod. Bij oogheelkunde lijkt het contrast tussen (academisch) ziekenhuis en privé-kliniek het grootst.

5.2 De situatie in de plastische chirurgie

In de jaren '60 en '70 van de vorige eeuw werd plastische chirurgie steeds uitgeoefend in de verzekerde sfeer. Ook psychisch lijden gold toen als indicatie. Heden ten dage accepteert de zorgverzekeraar alleen objectiveerbare, lichamelijke mankementen: borstvergroting, borstverkleining en ooglidcorrecties bij alleen een psychische indicatie zijn uit het verzekeringspakket gehaald. Thans is in deze beroepsgroep de privé-kliniek niet weg te denken.

Eén van beide geïnterviewde plastisch chirurgen heeft met collega's uit de regio een privé-kliniek opgericht. De mensen betalen hier zelf voor hun cosmetische operatie. "Niet iedereen kan zoiets betalen, dit is niet anders dan dat niet iedereen een vijf sterren hotel kan betalen. Het zou ook niet juist zijn om anderen via de zorgverzekeraar te laten meebetalen aan bijvoorbeeld een dure *facelift*." De operaties worden uitgevoerd door bevoegde chirurgen, terwijl daarvoor in deze regio een ongekwalificeerd persoon kleine cosmetische operaties verrichtte. Een vakgenoot, werkzaam in een regionaal ziekenhuis (RPL), is geen tegenstander van de privé-kliniek; veel van zijn collega's combineren ziekenhuiswerk met werk in een privé-kliniek. Hij behandelt in het ziekenhuis soms patiënten die zelf voor hun behandeling moeten betalen. Het gaat om mensen die overal buiten vallen. Hen wordt de plastisch chirurgische ingreep tegen een iets lager tarief aangeboden. Via hun verzekeringspremie hebben zij immers al een solidariteitsbijdrage geleverd, zo is de redenering.

De voorzitter van de Raad van Bestuur van een ander regionaal ziekenhuis vertelt dat ook zijn ziekenhuis borstverkleining om cosmetische redenen aanbiedt. De patiënt betaalt hiervoor een iets hoger tarief dan in het verzekerde pakket. Nu ontstaat het ethische probleem dat hierdoor bij plastische chirurgie de wachtlijst voor patiënten met een medische indicatie langer wordt. Om deze onwenselijke situatie tegen te gaan is in zijn ziekenhuis afgesproken bij plastische chirurgie een transparant wachtlijstbeleid te voeren. De verdeling van OK-tijd over ingrepen op medische indicatie versus cosmetische ingrepen moet dezelfde blijven als voorheen. Als door toevallige omstandigheden de totale OK-tijd voor dit specialisme kan worden uitgebreid, moet deze ook evenredig verdeeld worden.

De plastisch chirurg die tevens in een privé-kliniek werkt, is ervan op de hoogte dat sommige ziekenhuizen faciliteiten bieden om patiënten voor ‘cosmetische’ operaties toch te behandelen. Hij vindt dit hinken op twee gedachten: “Je gebruikt de faciliteiten van een instelling om privé-wensen te realiseren. Het is zuiverder om het privé-gedeelte in een privé-kliniek te laten doen.”

Mede als gevolg van marktwerking, zo stelt RPL vast, vallen minder draagkrachtigen bij psychische problematiek uit de boot. Rijke mensen gaan naar privé-klinieken of naar programma’s als *Make me Beautiful*. De indicaties zijn hier misschien wel goed, maar de behandeling wordt sterk gecommercialiseerd. Er heerst de ideologie van het Maakbare Lijf. Je kunt je zes weken laten opnemen om er vervolgens prachtig uit te komen. De achterban is aanvankelijk dolblij, maar RPL betwijfelt of het positieve effect beklijft. De gebruikte materialen, zoals het lichaamseigen collageen - ingespoten om rimpels weg te werken worden na verloop van tijd afgebroken. Dit betekent dat steeds opnieuw behandeld moet worden. Men is daarom wel overgegaan tot het inspuiten van een meer blijvend middel, maar dit kan een ongewenste reactie in het lichaam teweeg brengen. Er is dan een grotere operatie nodig om het spul er weer uit te halen. Meestal gaat de patiënt dan naar een algemeen ziekenhuis om de ellende te laten oplappen en vaak betaalt hun verzekering dat dan.

RPL ziet als gevaar van meer marktwerking dat medische handelingen door onbevoegden worden uitgevoerd. De titel ‘plastisch chirurg’ is beschermd. ‘Cosmetisch chirurg’ is een niet-beschermd titel, maar dit weet het publiek meestal niet. Soms worden voor ingrepen in een privé-kliniek, zoals liposuctie,

louche artsen uit het buitenland ingevlogen, die daarna weer verdwijnen. Voor de patiënt brengt dit extra risico's met zich mee en het plaatst de samenleving voor extra kosten. Daarom vindt RPL het noodzakelijk dat regels voor de privé-kliniek worden opgesteld. Zolang bijvoorbeeld huisartsen of dermatologen de tweejarige basisopleiding in de chirurgie niet hebben voltooid, zouden zij ook geen (plastisch) chirurgische ingrepen, zoals liposuctie, mogen verrichten. Voorts moet de privé-kliniek, net als het reguliere ziekenhuis, een sluitend dienstrooster hebben, ook voor 's avonds en 's nachts. Patiënten mogen alleen geopereerd worden als ze verwezen zijn, bijvoorbeeld door de huisarts. Bij de indicatiestelling moet met leeftijd rekening worden gehouden: een plastisch chirurg moet niet meegaan met de wens van jonge mensen (tieners), wier smaak nog niet definitief gevormd is. Ook is het belangrijk de patiënt voldoende bedenktijd te geven. Privé-klinieken zijn hier waarschijnlijk niet toe geneigd: iemand klopt aan en morgen kan hij of zij al geopereerd worden. In de ziekenhuizen wordt altijd een bedenktijd aangehouden, al was het alleen al om logistieke redenen. De overheid zou deze regels moeten uitwerken en controleren.

Als laatste belangrijk beroepsethisch principe, ook in verband met marktwerking, noemt RPL het kennen van de grenzen van je deskundigheid. Wanneer je bepaalde dingen niet kunt, kun je de patiënt maar beter doorsturen. Ook moet je complicaties voortvloeiend uit je behandeling kunnen oplossen. In privé-klinieken kan men dit soms niet. Geïnterviewde krijgt zo, via de privé-kliniek, enkele patiënten per jaar te behandelen. Soms is het ontstane probleem ook door hem niet meer op te lossen, en ook dat kost dan veel praat- en opvangtijd. Hiervoor mag hij dan alles bij elkaar één consult rekenen. Dit afwentelen van complicaties op de non-profitzorg wordt wel *'after sales'* genoemd (Sol & Van den Bosch, 2003).

5.3 De situatie in de oogheelkunde

De geïnterviewde oogarts, volledig werkzaam in een privé-kliniek (PO) vertelt dat hij altijd al gefascineerd was door oogchirurgie en opzag tegen bureaucratie. Zijn privé-kliniek levert alleen onverzekerde zorg in de vorm van bril- en lensvervangende refractiechirurgie. Voor 90% zijn dit laserbehandelingen aan het hoornvlies; voor het overige contactlensimplantaten. Dit kon wereldwijd al eerder en sinds kort bestaat het ook in Nederland, waar inmiddels 40 van dergelijke klinieken zijn.

Het gaat om dure behandelingen waarvoor geen CTG-tarief (College Tarieven Gezondheidszorg) bestaat. Om deze behandelingen te kunnen uitvoeren is extra scholing nodig. Binnen het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap bestaat de Werkgroep Refractiechirurgie, waar men richtlijnen opstelt voor contra-indicaties en gedragscodes.

De leeftijd van de patiënten is rond de 40 jaar en loopt van ongeveer 20 tot 60 jaar. Bij oudere mensen komt meer pathologie voor die in deze privé-kliniek niet behandeld kan worden. In deze privé-kliniek komen ook mensen uit de middeninkomens. Zij betalen voor hun behandeling vanuit de overweging dat steeds een nieuwe bril aanschaffen eveneens duur is.

Als zich complicaties voordoen, kan men het merendeel zelf behandelen. De privé-kliniek is via een centraal inbelnummer 24 uur per etmaal bereikbaar. De cliënt kan dan uiteindelijk een oogarts aan de lijn krijgen. Bij zoiets als een netvliesloslating is doorverwijzing noodzakelijk. Ook zijn er afspraken met ziekenhuizen voor algemeen medische calamiteiten. Een academisch ziekenhuis verzorgt hiervoor de achterwacht, maar wil niet als spoedeisende hulp dienstdoen.

PO bestrijdt dat er binnen zijn specialisme sprake zou zijn van overbodige behandelingen. Hij noemt als voorbeeld een man van middelbare leeftijd die een laserbehandeling wil. De oogarts in de privé-kliniek vertelt hem dat de behandeling herhaald zal moeten worden en dat uiteindelijk toch een staaroperatie in een regulier ziekenhuis nodig zal zijn, zodat hij daar beter op kan wachten.

Geïnterviewde is een voorstander van marktwerking: het gaat erom dat de klant tevreden is. Marktwerking in deze sector moet je zien als concurrentie tussen de verschillende oogklinieken, en de vraag wat de cliënt voor een behandeling wil betalen. Marktwerking is niet goed als het zuiver en alleen gaat om de kosten te drukken. Een kliniek kan gemakkelijk roepen dat het goedkoper kan door met slechte materialen (bijvoorbeeld het goedkoopste lensje) te werken. Je moet elkaar op kwaliteit beconcurreren, de klant moet kunnen zien waar de kwaliteitsverschillen zitten. Van marktwerking kan dus een kwaliteitsimpuls uitgaan. In de reguliere zorg werkt men met vooraf vastgestelde budgetten. Hoe goed je het doet is daar niet belangrijk. Deze situatie is demotiverend. Ook is er geen geld voor nieuwe apparatuur, men werkt zelfs met verouderde

apparatuur. En de toebedeelde OK-tijd is altijd te weinig. “Alles in de reguliere zorg is frustrerend”, zo besluit deze oogarts.

De geïnterviewde oogarts uit het academisch ziekenhuis, AO, stelt: “Een bedrijf is succesvol wanneer het een vraag weet te creëren en vervolgens met winst aan die vraag voldoet. Dit geldt ook voor de oogheekundige privé-kliniek: mensen die een bril als een ‘ondragelijke last’ ervaren, kunnen daar hun ogen chirurgisch laten behandelen, waarbij zij zelf de kosten dragen. Deze ideologie van het Maakbare Lijf is van deze tijd. De behandelingen verkopen goed. Helaas komen bij deze behandelingen een paar keer per week complicaties voor. De privé-klinieken zijn echter niet ingericht op de behandeling van ernstige complicaties. De behandeling hiervan wordt afgewenteld op de reguliere zorg. “Zo was er laatst een patiënt die aanvankelijk, met bril, 100% goed zicht had. Na chirurgische behandeling in een privé-kliniek was, door de daarbij opgetreden complicaties, het gezichtsvermogen van zijn linker oog nog 10% en van zijn rechteroog 30%. Vervolgens doet deze patiënt een beroep op een academisch ziekenhuis om de narigheid te laten oplossen. Vermijdbare narigheid die nu beslag legt op tijd en geld van de non-profit zorg.”

AO wijst voorts op een scheve situatie die in Nederland al geheel is ingeburgerd. Er zijn in Nederland 1,8 miljoen contactlenzdraggers. Contactlenzen worden door opticiens en contactlensspecialisten aangemeten en verkocht. Het is zelfs mogelijk om contactlenzen zonder enige vorm van persoonlijke uitleg te kopen uit de schappen van grote winkelketens of via internet. De winst op deze contactlenzen wordt in het midden- en kleinbedrijf gemaakt. Voor de eventuele complicaties wordt een beroep gedaan op de reguliere zorg. “Onlangs behandelden wij een patiënt met een zweer op het oog ten gevolge van het dragen van contactlenzen. Met betere uitleg over onder andere hygiëne had dit voorkomen kunnen worden. Voor de behandeling van zo’n zweer zijn de apotheekkosten tien maal zo hoog als het ervoor begrote bedrag. Tien van zulke patiënten per jaar betekent dat alleen al met hun behandeling het totale apotheekbudget oogheekunde in dit academisch ziekenhuis verbruikt zou zijn.”

Opmerkelijk is dat, gevraagd naar belangrijke beroepsethische principes, beide oogartsen verwijzen naar het leveren van topkwaliteit. Bij PO betekent dit: niet alleen een inspanningsverplichting, maar ook een resultaatverplichting, transparant zijn over de behaalde resultaten per oogarts, goede voorlichting

geven, de cliënt beslist zelf. Voor AO betekent het in de eerste plaats goede zorg verlenen, niet op onderdelen, maar voor de gehele mens. Dit verschil lijkt samen te hangen met de patiëntengroep die men behandelt: cliënten, aangetrokken door de privé-kliniek voor de vervulling van een wens versus patiënten die verwezen zijn voor medisch noodzakelijke zorg.

5.4 De situatie in de orthopedische chirurgie

Een orthopedisch chirurg in een privé-kliniek met veel buitenlandse ervaring en gespecialiseerd in hand- en voetoperaties, vertelt dat veel van zijn patiënten via de wachtlijstbemiddeling komen. Zijn verrichtingen worden op dit moment door de zorgverzekeraar vergoed volgens het CTG-tarief: een bescheiden vergoeding waarvoor een offerte moet worden gemaakt, waarover soms weer vragen komen. Hierbij valt hem op hoeveel bureaucratie er in Nederland is, ook in het contact met zorgverzekeraars. Het komt nogal eens voor dat deze specialist patiënten behandelt die elders een verkeerde diagnose hebben gekregen en verkeerd zijn geopereerd. De operatie kost dan een veelvoud van de gebruikelijke tijd. Hij krijgt dan wel een iets hogere vergoeding, maar niet evenredig veel hoger.

Geïnterviewde ziet niet zo gauw nadelen van meer marktwerking in zijn specialisme. “In Nederland is goede economische controle, zeker op chirurgisch gebied. Je moet een operatiebericht maken en een brief aan de huisarts schrijven, waarbij de indicatie duidelijk moet zijn. Gegeven deze situatie kan het haast niet gebeuren dat je operaties verricht die medisch niet noodzakelijk zijn.”

De voorzitter van de Raad van Bestuur van een academisch ziekenhuis staat positief tegenover het feit dat orthopedische privé-klinieken wachtlijsten helpen wegwerken. Maar zij moeten wel beseffen dat zij alleen doorsnee patiënten behandelen. “Neem de kosten voor een heupoperatie: deze zijn hoger bij patiënten met co-morbiditeit en bij ouderen. De zorgverzekeraar betaalt steeds de gemiddelde prijs. Als nu alle eenvoudige heupoperaties naar de privé-kliniek gaan, dan kunnen zij winst maken, terwijl het ziekenhuis, met de oververtegenwoordiging van ingewikkelde patiënten, verlies gaat lijden op de heupoperaties. Overigens valt in de orthopedische privé-kliniek niet zoveel winst te behalen. Vandaar dat deze klinieken vaak samengaan met cosmetische klinieken. Dan behaalt het totaal wel winst.”

“Ziekenhuizen zijn overigens zelf ook bereid wachtlijsten weg te werken” gaat deze voorzitter verder. “Zo is het enige tijd mogelijk geweest ook op zaterdag een MRI in ons academisch ziekenhuis te laten maken. Het personeel wilde hiermee doorgaan, maar op een gegeven moment was bij de zorgverzekeraars het geld op. De zaterdag-MRI moest weer worden gesloten.”

Een orthopedisch chirurg in een ander academisch ziekenhuis heeft eveneens oog voor de nuttige bijdrage van orthopedische privé-klinieken, maar ook hij signaleert een ongunstige positie voor het academisch ziekenhuis. Zo komt het voor dat het academisch ziekenhuis alleen maar als doorgeefluik fungeert. Een patiënt heeft al jaren knieproblemen. In het academisch ziekenhuis is bij onderzoek in eerste instantie niets te vinden. De behandelaar vraagt een MRI aan. Vanwege de aanzienlijke wachtlijst gaat de patiënt, op kosten van het academisch ziekenhuis, naar een MRI-centrum, een privé-kliniek. Terug op het spreekuur toont de patiënt de gegevens op CD: er is sprake van een meniscuslaesie. De behandelaar stelt een zogenoemde kijkoperatie voor, geeft uitleg, wijst op de risico's en bereidt de patiënt voor op de operatie. De patiënt komt op de wachtlijst (vier weken). De dag daarop wordt de behandelaar vanuit een privé-kliniek gebeld of hij de MRI-gegevens even kan mailen. Zijn patiënt is daar nu al aan de beurt. De privé-kliniek kan deze patiënt nu 'panklaar' tegen minimale kosten opereren, terwijl het academisch ziekenhuis veel tijd en moeite aan deze voor hen verliesgevende patiënt heeft besteed.”

Iets dergelijks geldt voor operaties over de grens. “Duitse privé-klinieken vlak over de grens voeren bij Nederlandse patiënten heupoperaties uit. De zorgverzekeraar betaalt daarvoor zelfs een hoger tarief. Om vijf uur 's middags sluit de privé-kliniek zijn deuren. Ontstaat bij een patiënt een heupluxatie dan moet deze vervolgens een beroep doen op de spoedeisende hulp in ... Almelo.”

Worden dus ook kleine ziekenhuizen slachtoffer van juist genoemde situatie, in andere gevallen geldt weer dat het academisch ziekenhuis zich voor oneerlijke concurrentie met kleine ziekenhuizen geplaatst weet. “In sommige regio's worden in kleine ziekenhuizen minder zorgvuldige diagnoses gesteld. Vervolgens wordt snel geopereerd, waarbij orthopedisch chirurgen per ingreep worden betaald. Zo is er winst te maken, terwijl het academisch ziekenhuis, waar specialisten in loon-

dienst zijn, wordt ‘opgescheept’ met die patiënten waar complicaties zijn opgetreden. Verder is het zo dat de moeilijke patiënten toch al naar het academisch ziekenhuis worden verwezen vanwege de aldaar aanwezige expertise en de opleidingsfunctie. Zodoende kunnen kleinere ziekenhuizen aan de lopende band eenvoudige operaties uitvoeren.”

Tenslotte vermeldt deze orthopeed de spanning met de ziekenhuismanager die tegen het eind van het jaar specialisten sommeert hun quotum heup-, knie- en voetoperaties te halen. Het rare is dat deze vijver vaak leeg is omdat deze gemakkelijke gevallen naar de periferie of naar de privé-klinieken gaan. De crux is steeds dat het academisch ziekenhuis de moeilijkere gevallen krijgt, ook qua opvang en begeleiding, maar niet overeenkomstig gehonoreerd wordt. Sterker nog, kleine ziekenhuizen of privé-klinieken worden geprezen om hun snelle en goedkope werkwijze.

Voor de orthopedisch chirurg, werkzaam in een academisch ziekenhuis, is het belangrijkste ethische principe: “Noodzakelijke zorg op tijd leveren, niet gehinderd door bureaucratische problemen rond geld en bedden. En dit staat ontzettend onder druk.” Zijn collega in de privé-kliniek spreekt desgevraagd van: “het voorrecht moeilijke operaties zo goed mogelijk uit te voeren.”

5.5 Conclusie

Specialisten, werkzaam in een privé-kliniek, beschouwen de reguliere zorg vooral als frustrerend. Zij zien in de privé-kliniek nieuwe kansen: financieel, bedrijfsmatig en vakmatig. Als de privé-kliniek goed loopt, is innovatie mogelijk, die ook de (draagkrachtige) patiënt ten goede komt. Door transparant te zijn over behaalde resultaten kan de kwaliteit worden verhoogd.

Specialisten in de reguliere zorg, en onder hen nog eens extra specialisten in academische ziekenhuizen, verkeren in een minder gunstige positie. Zij lijden onder de bureaucratie, hebben weinig invloed en zeggenschap en ontvangen een relatief laag salaris. Zij kijken wantrouwend naar privé-klinieken, vooral vanwege de in hun ogen oneerlijke concurrentie. Door patiëntenselectie in de privé-klinieken blijven voor hen, ondergefinancierd, de moeilijk behandelbare patiënten over. Soms verrichten zij ‘voorwerk’, waarna de privé-kliniek de winst

opstrijk. Zij moeten tevens fungeren als achterwacht en als nacht- en weekendopvang voor de privé-klinieken, en gaat het in de privé-kliniek mis, dan moeten zij, alweer ondergefinancierd, de complicaties behandelen. Ook krijgen zij door de privé-kliniek gecreëerde ‘vals positieven’ te verwerken. Deze laatste twee omstandigheden leggen tevens extra beslag op de collectieve middelen. Een ander maatschappelijk aspect betreft het wegvloeien van (schaarse) professionele capaciteit naar de privé-kliniek: specialisten aan wier opleiding collectieve middelen zijn besteed.

Voor de betalende patiënt betekent de privé-kliniek de snelle verwezenlijking van een wens op gezondheidsgebied in een prettige ambiance. Er zijn voor hen ook mogelijke nadelen: verleid door mooie beloftes steken zij geld in een onnodige behandeling of worden zij ongerust door de uitslag van niet geïndiceerde diagnostiek; de behandeling blijft zonder resultaat of heeft onnodige bijwerkingen en risico's, mede door onvoldoende gekwalificeerd personeel en gebrek aan zicht op de medische geschiedenis van de patiënt. Veel van deze nadelen zijn te ondervangen door goede regelgeving en strenge controle, zaken waar veel privé-klinieken ook zelf voorstander van zijn.

6 Ethische aspecten bij toenemende marktwerking

Medio 2004 komt er meer marktwerking tussen zorgverzekeraars onderling, en ook tussen zorginstellingen onderling, door de invoering van de diagnose behandel combinaties (dbc's). Hierbij heeft, anders dan voorheen, een zorgverzekeraar geen contracteerplicht meer met bepaalde ziekenhuizen. Zorginstellingen moeten nu met alle zorgverzekeraars onderhandelen over de prijs van een dbc. Te verwachten valt dat zorgverzekeraars contracten zullen afsluiten met die ziekenhuizen die een dbc het goedkoopst aanbieden, ongeacht de locatie van het ziekenhuis.

Voor de patiënt betekent het nieuwe plan minder keuzevrijheid: deze kan alleen nog maar terecht in een ziekenhuis waarmee zijn zorgverzekeraar een contract heeft afgesloten. De voorzitter van de Raad van Bestuur van een regionaal ziekenhuis stelt in dit verband: “Het plan zou kunnen botsen met

het principe van vrije artsenkeuze en vrije ziekenhuiskeuze.” Verder staan patiënt, familie en vrienden voor het ongemak van het wellicht moeten reizen naar een ziekenhuis in een andere stad of regio (zie ook Thiadens & Savenije, 2004).

Ingaan op het goedkoopste aanbod is ook om andere redenen niet altijd in het belang van de patiënt. De voorzitter van de Raad van Bestuur van een academisch ziekenhuis, AV, verwacht: “In het streven de kosten zo laag mogelijk te houden, kiest de zorgverzekeraar niet voor de patiënt, maar voor de verzekerden. Dit zijn er in getal immers veel meer. Zij zullen op hun beurt, zolang ze zelf niet ziek zijn, de goedkoopste zorgverzekeraar kiezen.” De orthopedisch chirurg werkzaam in een academisch ziekenhuis voorziet bij het plan van de dbc’s een te grote macht van de zorgverzekeraars. Hij vreest dat in de concurrentie tussen zorginstellingen de privé-klinieken ten onrechte als ‘overwinnaars’ uit de strijd zullen komen, om redenen die hierboven al genoemd zijn: patiëntenselectie en het afwentelen van *after sales* op de reguliere zorg. Het plan gaat dus, meer nog dan thans het geval is, ten koste van patiënten met complexe problematiek.

Voor de specialist in een niet-academisch ziekenhuis betekent het plan dat het stukloon weer terugkomt (in de academische ziekenhuizen blijven de specialisten in loondienst). De plastisch chirurg die tegens in een privé-kliniek werkt vindt stukloon een goede zaak. “Werknemers willen kunnen zien dat bij harder werken, er meer effect is en tevens een hogere beloning. Identificatie met het beroep kan dan toenemen, het beroep kan weer meer uitstraling krijgen. Bij marktwerking krijg je ook het gevoel dat er weer dingen mogelijk worden. Zaken kunnen doorbroken worden. Gooi de bureaucratie eruit, geef de dokter logistieke verantwoordelijkheid en reken hem erop af.” Tegelijk heeft deze geïnterviewde het vervelende gevoel dat de overheid marktwerking introduceert om (weer) te kunnen bezuinigen. “Waar dit overbodige activiteiten van bureaucratische tussenlagen betreft is dat prima, maar het moet niet voor de zorg zelf gelden.”

AV heeft eveneens de indruk dat het bij het plan alleen maar om een bezuinigingsoperatie gaat, maar verwacht op dit punt een averechts effect: “De ideologie achter het plan is dat door vrije marktwerking de productie zal toenemen en de kosten laag gehouden kunnen worden. Dit principe kan soms gelden, overigens niet voor wat betreft acute zorg, maar het geldt niet in een situatie van schaarste. En dat is de situatie van de huidi-

ge gezondheidszorg. Daar komt bij dat de ziekenhuizen op dit moment geen financiële reserves hebben. Eerst zou het evenwicht hersteld moeten worden. Daar is rust voor nodig. Wat men nu doet is een gigantische koerswijziging in administratieve aanpak invoeren in een relatief instabiele situatie. De winst die men met dit alles beoogt te boeken, zal direct teniet worden gedaan door de extra bureaucratische rompslomp” (zie ook Croonen, 2004).

Ook voor de beroepsethiek voorziet AV negatieve consequenties. De behandelend arts moet niet alleen, zoals nu al het geval is, nagaan of de identiteit van de patiënt klopt, maar ook of diens zorgverzekeraar inderdaad een contract met dit ziekenhuis voor de betreffende behandeling heeft afgesloten. Dergelijke controlerende en inperkende maatregelen botsen met de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt. En er zijn nog andere ethische implicaties. AV: “Bij binnenkomst van de patiënt geldt in de nieuwe situatie niet langer medische urgentie, maar de vraag of bepaalde targets wel gehaald worden. Als de door zorgverzekeraar Z1 ingekochte heupoperaties bijna op zijn en bij die van zorgverzekeraar Z2 is nog ruimte, dan gaan bij een heupoperatie Z2-patiënten voor. Deze situatie is in strijd met het beginsel van gelijke toegankelijkheid van de zorg. De beroepsethiek van de arts komt in de knel omdat financiële in plaats van medische argumenten een hoofdrol gaan spelen bij de vraag of iemand behandeld kan worden.”

De voorzitter van de Raad van Bestuur van een regionaal ziekenhuis tenslotte, schetst een scenario met ethische problemen op korte termijn, maar met wellicht op langere termijn een ‘goede’ uitkomst: “Een zorgverlener krijgt € 3.200 in plaats van € 3.000 onder de voorwaarde dat het ziekenhuis de garantie geeft dat de patiënt voorgaat of niet langer dan bijvoorbeeld drie weken hoeft te wachten. Voor het ziekenhuis is het winstgevend hierop in te gaan, maar dit zou wel betekenen dat het op financiële gronden onderscheid maakt tussen patiënten. Hier komt het principe van rechtvaardigheid in het geding. Ondertussen trekt de zorgverzekeraar met een dergelijke voorziening klanten aan, die vervolgens een hogere premie voor deze garantie moeten betalen”.

“Door op het voorstel in te gaan zal het (non-profit) ziekenhuis op langere termijn meer geld verdienen, dat vervolgens weer aan zorg besteed zal worden, bijvoorbeeld meer OK-tijd. Op macroniveau zal het effect zijn dat andere zorgverzekeraars, vanwege de concurrentie, soortgelijke transacties zullen

afsluiten, hetgeen er dan uiteindelijk toe leidt dat het publiek in zijn totaliteit meer geld aan de zorg zal besteden. Dit is hard nodig gegeven de toegenomen wensen van het publiek en de tekorten die er thans zijn.” Opmerkelijk in dit scenario is dat toenemende marktwerking dus helemaal niet zal leiden tot kostenbesparing, maar tot (terecht) hogere kosten.

7 De gewenste rol van zorgverzekeraars, overheid en beroepsgroepen

Over één ding zijn de geïnterviewden het eens: de prijsstelling en waarborgen voor goede zorg moeten niet aan de zorgverzekeraars worden overgelaten. Een lid van de Raad van Bestuur van een academisch ziekenhuis signaleert een tendens in die richting: “Het wordt nu steeds meer zo dat verzekeraars de criteria gaan vaststellen waarbij patiënten in aanmerking komen voor een bepaald type zorg, terwijl dit natuurlijk door medici gedaan zou moeten worden. Deze criteria kunnen soms heel onheus uitpakken. Zo wordt sondevoeding voor thuisverblijvende, terminale patiënten met kanker in het hoofd/halsgebied pas vergoed als ze er eigenlijk niets meer aan hebben.” De plastisch chirurg uit de privé-kliniek, PPL, stelt: “Zorgverzekeraars hebben geen benul van patiënten, weten niets van geneeskunde of indicatiestelling en kijken alleen naar het geld.” De orthopedisch chirurg uit het academisch ziekenhuis is van mening: “Zij zien alleen maar cijfers, en die cijfers moeten omhoog of omlaag of ‘gehaald’ worden. Bij dit alles vergeet men de fundamentele onplanbaarheid van de incidentie van aandoeningen of van bijvoorbeeld EH-bezoek.” Zorgverzekeraars willen irrealistisch detailleren en eisen ook zelf veel bureaucratie (nummers, codes, formulieren): de boekhouder regeert. Zijn vakgenoot maakt in een orthopedische privé-kliniek mee dat de bureaucratie bij de zorgverzekeraar vertragend werkt op de medische behandeling.

Ook over de rol van de beroepsgroepen en de overheid zijn de geïnterviewden het opvallend eens. PPL: “In het tripartiete overleg overheid, zorgverzekeraars, beroepsgroepen heeft de overheid de belangrijkste rol. De beroepsgroepen moeten zeggen waar specialisten achter kunnen staan en zij moeten gedragscodes opstellen.” Zijn collega plastisch chirurg in de reguliere zorg stelt: “De beroepsgroep moet zorgvuldigheid waarborgen door het opstellen van regels. Ze heeft echter geen

sancties achter de hand. Sancties achteraf, zoals door het Tuchtcollege, hebben ook weinig zin. Dan is het kwaad al geschied. De overheid moet dus actief toezien op naleving van de regels en moet de kwaliteit van de zorg bewaken.” “Ook bij privé-klinieken”, zo stelt de aldaar werkzame oogarts. “De Inspectie mag daar rustig binnenkomen. Het is de taak van de overheid om erop toe te zien dat de regels worden nageleefd.”

8 Besluit

Wij staan in Nederland thans voor de paradoxale situatie van welvaart, veel medische kennis, *know how* en opleidingsmogelijkheden, terwijl er in de gezondheidszorg schrijnende tekorten zijn. Het lijkt een vastgelopen situatie die voorzichtig vlot getrokken zou moeten worden. In het bovenstaande is duidelijk geworden dat medisch-specialisten onderling en instellingen onderling wantrouwend naar elkaar zijn gaan kijken als het gaat om honorering in relatie tot daadwerkelijk geleverde zorg. Dit wantrouwen kan, ook bij eventuele marktwerking, verdwijnen door de werkelijk bestede tijd en middelen in de honorering te verdisconteren. In het advies Marktwerking in de medisch specialistische zorg van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2003, p. 47-50) wordt hiertoe ook een aanzet gegeven. Daarbij moet echter al te gedetailleerde registratie van tijd en middelen worden vermeden. Dit gaat immers ten koste van de zorg zelf. Bovendien blijven voor de inventieve behandelaar, manager of ondernemer in de registratie altijd sluiptwegen over die ten eigen bate of ten bate van de instelling kunnen worden benut (zie ook Croonen, 2004).

De enige basis om op dit punt verder te komen lijkt het ethisch principe van de bereidheid van alle betrokkenen om zich aan de intentie van afgesproken regels te houden en geen sluiptwegen te bewandelen. Dit betekent voor zorgverleners dat zij, ongeacht moeilijkheidsgraad of tijdrovendheid van een patiënt, hun werk zo goed mogelijk doen in de zekerheid dat daar een rechtvaardige honorering tegenover staat. Voor zorgverzekeraars geldt dat zij niet via een achterdeur selectie moeten toepassen. Voor verzekeringnemers ten slotte geldt dat zij, conform het principe van ‘verzekeren’, bereid moeten zijn van te voren voor mogelijke gezondheidsproblemen te betalen, en niet selectief als het eenmaal zover is.

Lijst van geïnterviewde personen¹

Mevrouw prof. dr. D.D.M. Braat
Hoofd afdeling gynaecologie en obstetrie
Universitair Medisch Centrum St. Radboud

Mevrouw prof. dr. L.J. Gunning-Scheper
Voorzitter Raad van Bestuur
Amsterdam Medisch Centrum

Drs. P.P.T. Jeurissen
Financieel-economisch adviseur
Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Drs. M.H.A. Luger
Oogarts
Medisch Directeur VisionClinics Bussum

Dr. B. Van Rooyen
Orthopedisch chirurg
VU Medisch Centrum

Drs. J.W.P. Schnerr
Algemeen Directeur Hofpoort Ziekenhuis Woerden
Voorzitter Raad van Bestuur ZUWE

Drs. S.J.M. Wijthoff
Plastisch chirurg
Reinier de Graaf Groep, Delft/Voorburg

Plastisch chirurg, werkzaam in algemeen en academisch ziekenhuis, en in privé-kliniek

Hoofd afdeling oogheelkunde academisch ziekenhuis

Orthopedisch chirurg, werkzaam in privé-kliniek

Klinisch psycholoog, werkzaam in een regionaal psychiatrisch centrum

Lid Raad van Bestuur academisch ziekenhuis

¹ De personen die anoniem wilden blijven, zijn alleen met hun functie aangeduid.

Literatuur

Commissie keuzen in de zorg. Kiezen en delen: advies in hoofdzaken. Ministerie van WVC, 1991.

Croonen, F.J.M. Ondernemerschap in het ziekenhuis. Medisch Contact, 59, 2004, no. 7, p. 244-247.

Sol, J.C.A. en W.A. van den Bosch. Oneerlijke concurrentie tussen particuliere en reguliere zorg. Medisch Contact, 58, 2003, no. 46, p. 1786 – 1788.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Marktwerking in de medisch-specialistische zorg. Zoetermeer: RVZ, 2003.

Thiadens, G.A.M. en J.P. Savenije. Budgetplafond en dbc gaan niet samen. Medisch Contact, 59, 2004, no. 6, p. 204-207.

Lijst van gebruikte afkortingen

AL	lid van de Raad van Bestuur academisch ziekenhuis
AO	hoofd afdeling oogheelkunde academisch ziekenhuis
AV	voorzitter Raad van Bestuur academisch ziekenhuis
RPL	plastisch chirurg werkzaam in regionaal ziekenhuis
RV	voorzitter Raad van Bestuur regionaal ziekenhuis
PO	oogarts en medisch directeur privé-kliniek
PPL	plastisch chirurg o.a. werkzaam in privé-kliniek

De overige geïnterviewden konden in de tekst steeds voluit worden vermeld.

Deel III

De waarde van de norm

**Effecten van economisering op het handelen
van artsen en managers in de ziekenhuiszorg**

Dr. E.J.Th. van Hout
Dr. K. Putters



Inhoudsopgave deel III

	Samenvatting	117
1	Inleiding	121
2	Ethiek in de ziekenhuiszorg	123
2.1	Moraal in de zorg: maatschappelijke en medische waarden	123
2.2	Dynamiek in de ziekenhuiszorg	125
2.3	Beroepsethiek: een gelaagd begrip	127
3	Economisering	130
4	De invloed van economisering	132
4.1	Effecten van privatisering: meer markt	133
4.2	Effecten van verzakelijking: centrale kostenbeheersing versus deregulering en markt	142
5	Consequenties	150
6	Conclusies	154

Samenvatting

In deze achtergrondstudie staat de volgende vraag centraal: tot welke spanningsvelden en morele dilemma's bij de publieke en professionele taakuitoefening door professionals en managers in ziekenhuizen leidt de zogeheten economisering van de zorg?

Economisering is momenteel dé dominante trekkkracht in de zorg, maar niet de enige. Ziekenhuiszorg functioneert in een politieke, maatschappelijke en juridische context en staat ook onder invloed van toenemende technologisering, vergrijzing en europeanisering. Economisering uit zich in privatisering van de zorg (bedrijvenpoli's; privé-klinieken) en in verzakelijking (bedrijfsmatiger aanpak; contractmanagement, no-claimteruggave).

Om de invloed van economisering op beroepsethiek te bestuderen, zijn verschillende niveaus van analyse onderscheiden. Er is de laag van het samenstel van kernwaarden en de laag van het samenspel tussen de stakeholders die erop gericht zijn om dat samenstel van waarden (deels) te realiseren en te waarborgen. Wijziging van omgangsnormen leidt echter ook tot veranderingen in de beleving en interpretatie van onderliggende waarden.

Op basis van deze studie concluderen we dat de economische waarden soms de maatschappelijke en medische waarden ondersteunen, maar ook dat deze soms verzwakken. Economisering bevordert de realisatie van maatschappelijke en professionele waarden door sterkere nadruk op transparantie, kostenbewustzijn en responsiviteit ten aanzien van de vraag. Artsen en instellingen leveren beter zorg op maat. Publieke middelen en voorzieningen kunnen benut worden daar waar ze het meest nodig zijn. Economisering versterkt daarmee het publieke doelmatigheid, de borging van kwaliteit en vergroting van het volume van zorgverlening.

Anderzijds maken de economische waarden inbreuk op aloude maatschappelijke en professionele waarden in het zorgsysteem, zoals de gelijke toegankelijkheid, de rechtvaardige verdeling van voorzieningen en de professionele autonomie van artsen. Dat levert spanningen en dilemma's op. De nadruk op toenemende autonomie van de cliënt, drang tot zelfbeschikking, individuele keuzevrijheid en financieel-economische doelmatigheid staan soms op gespannen voet met de autonomie van

de arts, de vertrouwensrelatie met patiënten en de plaats van medische urgentie bij de toegang tot zorg. Artsen moeten steeds nadrukkelijker financieel economische criteria in het medisch handelen meenemen. Ze worden gedwongen rekening te houden met tijd, financiële middelen en kostenbeheersing.

Om het vertrouwen in de arts-patiëntrelatie en in het zorgsysteem te borgen, is het cruciaal dat beroepsgroepen en instellingen zoeken naar een nieuw evenwicht tussen professionele autonomie en kostenbewust omgaan met publieke middelen. Wat is daarvoor nodig:

Ethische dimensie in debat over marktwerking ontrafelen en doordenken

In de politieke en maatschappelijke discussies over marktwerking in de zorg worden de niveaus van de normen en de waarden vaak verward of niet onderscheiden. Het is van belang dat in de politieke en maatschappelijke discussies spanningen zoals bijvoorbeeld de verdere devaluatie van de vertrouwensrelatie tussen artsen en patiënten en de afkalving van de professionele autonomie van artsen expliciet aan de orde komen en niet op een abstract niveau blijven steken. Die spanningen worden veelal pas manifest in de uitvoering, zoals bij de bedrijvenpoli wanneer men al ver op streek is. Nieuw beleid verkrijgt soms wel draagvlak, maar als in de uitvoering maatschappelijke of professionele waarden aangetast dreigen te worden valt dat snel weg. De invloed van tijd en actualiteit is daarbij van belang. Bedrijvenpoli's raken bijvoorbeeld, door verschuivingen in maatschappelijke normen, steeds meer geaccepteerd, maar maken inbreuk op de waarde van gelijke urgentie en gelijke toegang. De no-claim lijkt te worden geaccepteerd, maar kan op langere termijn gevolgen hebben voor de rechtvaardige verdeling van zorg en de professionele autonomie van de arts. Onverwachte en ongewenste effecten op de basiswaarden die onder de beroepsethiek liggen dienen te worden doordacht om inconsistent beleid en stapeling van beleid op beleid te voorkomen.

Het belang van checks and balances in debat en praktijk: grensbepaling rond 'zone of acceptance'

Het is verstandig dat de beroepsgroep organisatorische, maatschappelijke en financieel-economische aspecten gericht meeneemt in de eigen normstelling, zodat ze zelf de afweging met de professionele aspecten kan maken. Andersom dient het management de professionele waarden een duidelijke plaats te geven in haar afwegingen. Sluit de beroepsgroep zich op basis

van de professionele autonomie af, dan is niet uitgesloten dat economisering (lees: anderen zoals de overheid, verzekeraars en de farmaceutische industrie) via de achterdeur inbreuk maakt op het werk van de professional.

De trend van economisering overkomt de beroepsgroep dan alsnog, omdat bijstellingen van de normen door anderen, bijvoorbeeld rond tijdsbesteding, snelheid en voorschrijfgedrag, uiteindelijk het werk en daarmee de realisatie van onderliggende maatschappelijke en professionele waarden mede bepaalt. De beroepsgroep doet er aldus verstandig aan de onder- en bovengrens van haar 'zone of acceptance' continu af te tasten, het gedeelde belang met de instelling waarin ze werkt te zoeken en te zorgen voor goede 'checks and balances' in het debat over de gevolgen van marktwerking en in de praktijk van de meer vraaggestuurde zorg.

De waarde van de norm 120

1 Inleiding¹

In de gezondheidszorg is al sinds lange tijd sprake van een mengeling van publieke en professionele waarden en belangen, zoals de toegankelijkheid van ziekenzorg, de doelmatigheid van zorgvoorzieningen en de kwaliteit van zorgverlening. Ziekenhuisorganisaties worden aangestuurd door de overheid (via wet- en regelgeving), de gemeenschap (via het vertrouwen van burgers in de professionaliteit van de organisatie) en door de medische professie (via gedragscodes en richtlijnen). De laatste tijd zijn de zorginstellingen echter steeds meer gebruik gaan maken van principes uit het bedrijfsleven, zoals bedrijfsmatiger werken, creativiteit benutten, innovatie nastreven en klantgericht werken. Daarmee trachten ze de publieke doelen te realiseren (RVZ, 1996; NVZ, 1996; Van de Donk, 2001; Van der Grinten, 2000).

Zorginstellingen zijn dan ook in toenemende mate maatschappelijke ondernemingen geworden met een sterk hybride karakter: private organisaties die niet alleen worden aangestuurd door overheid, gemeenschap en professionele principes, maar ook door de markt (via onderhandeling en ruil met klanten). De trend naar marktwerking, privatisering en het toelaten van winst oogmerk in de zorg noemen we met een verzamelterm de economisering van de gezondheidszorg.

In het maatschappelijk debat over de economisering in de zorg wordt vaak gesteld dat de introductie van economische principes tot gevolg heeft dat er spanningsvelden en dilemma's voor professionals (artsen) en managers (staf en directie) optreden. Zo zou een gelijke behandeling op basis van medische urgentie conflicteren met de tucht van de markt waar snelheid, service en geld leidend zijn. Het werk van artsen en managers wordt traditioneel bepaald door enerzijds medisch-ethische waarden en anderzijds maatschappelijke waarden. In deze achtergrondstudie beschrijven we welke spanningsvelden kunnen ontstaan door economisering van de zorg. We gaan in op de spanning tussen economisering en de medische waarden en op de spanning tussen economisering en maatschappelijke waarden in de zorg. Als gevolg van de economisering hebben ziekenhuismanagers en artsen regelmatig te maken met botsende waarden en (ethische) dilemma's, zowel bij de financiering en de organisa-

¹ De auteurs danken de heer A.J.D. Dijkshoorn voor zijn ondersteuning bij de totstandkoming van deze studie.

tie van de zorg als bij de uitoefening van zorgtaken. Ze zijn momenteel driftig op zoek naar manieren om daarmee om te gaan. Sommigen zoeken een antwoord in samenwerking met andere spelers in de gezondheidszorg zoals verzekeraars en andere zorginstellingen of juist buiten de reguliere zorg met bedrijven of private instellingen. Anderen zoeken binnen hun eigen instelling naar de juiste vaardigheden en competenties om de verschillende, soms conflicterende eisen vanuit hun omgeving op elkaar af te stemmen. In deze achtergrondstudie proberen we niet een panklaar antwoord te formuleren op de vraag hoe managers en professionals om moeten gaan met botsende waarden en ethische dilemma's. Het gaat er in deze studie vooral om dat we inzicht verkrijgen in de verschijningsvormen van economisering en in de (morele) kwesties die daarvan het gevolg zijn voor het handelen van professionals en managers.

De centrale vraag in dit artikel luidt daarmee als volgt: *Tot welke morele dilemma's in de taakuitoefening in ziekenhuizen leidt economisering van de zorg en wat zijn de consequenties daarvan?* Om hierop een antwoord te geven is deze studie als volgt opgebouwd:

Eerst geven we weer wat de vigerende medische en maatschappelijke waarden zijn die de taakuitoefening van artsen en managers in ziekenhuizen bepalen (hoofdstuk 2).

Vervolgens belichten we meer en detail de verschillende aspecten van de economisering in de ziekenhuiszorg (hoofdstuk 3).

Daarna gaan we dieper in op de spanning tussen de medische en maatschappelijke waarden en de economische waarden die door de economiseringstendens zijn/worden geïntroduceerd (hoofdstuk 4). We doen dat aan de hand van een aantal voorbeelden uit de praktijk.

We beschrijven voorts welke consequenties de economisering heeft voor managers en artsen (hoofdstuk 5).

We sluiten af met enkele conclusies en vraagstukken die voor het omgaan met economisering in de zorg van belang zijn. De concluderende paragraaf bevat tevens de samenvatting van deze studie (hoofdstuk 6).

2 Ethiek in de ziekenhuiszorg

2.1 Moraal in de zorg: maatschappelijke en medische waarden

De medische zorg en behandeling van diegenen die ziek zijn behoren tot de maatschappelijke kernwaarden in de Nederlandse samenleving. De moraal van de inrichting van ons (zieken) zorgsysteem is enerzijds gebaseerd op maatschappelijke waarden zoals bijvoorbeeld het normatieve uitgangspunt dat iedereen in onze samenleving moet kunnen rekenen op kwalitatief goede ziekenzorg. Anderzijds heeft de zorg zich in de loop van de vorige eeuw door de toename van specialistische kennis van ziektes en behandel- en verzorgingsmethoden ontwikkeld tot een gespecialiseerde, zelfstandige sector waarin naast maatschappelijke opvattingen over zorg specifieke medische waarden zijn ontstaan. Professionele autonomie van artsen en urgentiebepaling op basis van medisch-ethische criteria zijn daarvan voorbeelden. De taakuitoefening in ziekenhuizen wordt dus zowel bepaald door maatschappelijke waarden als door medische waarden. Beide sets van waarden worden hieronder beschreven.

Maatschappelijke waarden

Het systeem van zorg maakt integraal deel uit van de Nederlandse samenleving. Het werk van professionals en managers wordt dan ook niet alleen bepaald door medische principes. De maatschappelijke waarden ten aanzien van ziekenzorg bepalen mede de handelingsruimte waarin professionals en instellingsmanagers moeten zien te manoeuvreren. In het huidige tijdsgewricht lijkt overeenstemming over de volgende opsomming van maatschappelijk waarden in de gezondheidszorg (Brock en Buchanan, 1986; Smith, 1995; Hermans en Brouwer, 1995; Putters, 2002).

Maatschappelijke waarden in de gezondheidszorg:

- Gelijkheid in behandeling.
- Toegankelijkheid van gezondheidszorg.
- Vrije artskeuze voor patiënt.
- Rechtvaardige verdeling van de middelen.
- Waarborgen kwaliteit van zorg voorkomen van gezondheidsschade.
- Volume zorg: bindende verdeling van schaarse middelen ten behoeve van zorg.
- Doelmatigheid van zorgvoorzieningen.
- Noodzaak tot kostenbeheersing: vergrijzing

Om de maatschappelijke waarden in de zorg te borgen zijn deze ingebed in wet- en regelgeving. De gezondheidszorg in Nederland wordt nog steeds gekenmerkt door een centrale aanbodregulering: de overheid reguleert in sterke mate het aanbod van zorgvoorzieningen en biedt tevens een financieringsgarantie.

Medische waarden

Bij medische waarden gaat het om het leven van personen, om hun gezondheid en kwaliteit van leven, hun lichamelijke integriteit, hun privacy en hun autonomie (Van Neste et al., 2001). Een referentiepunt voor de medische waarden is de eed van Hippocrates die aan artsen verplichtingen oplegt ten opzichte van de patiënt en collega's. De eed betekent dat de medische urgentie altijd leidend moet zijn bij het maken van keuzes in de zorg. De arts moest ook geheimhouding betrachten. De eed gaat dus uit van weldoen en niet schaden en stelt daarbij de betrouwbaarheid, toewijding en aandacht van de arts centraal. De medische waarden waarvan wij uitgaan zijn hieronder opgesomd (Brock en Buchanan, 1986; Jones, 1988; Morreim, 1991; Polder, 1996 en 1998; Putters, 2002).

Medisch-ethische waarden in de gezondheidszorg

- Professionele autonomie (indicatiestellingen en behandelmethoden).
- Professionele inbreng in beleids- en besluitvorming.
- Urgentie op basis van medisch-ethische criteria en bij gelijke urgentie geldt dat de eerst aangemelde patiënt wordt behandeld.
- Waarborg van vrije artskeuze.
- Patiënten hebben recht op zelfbeschikking en het individu is ondeelbaar.

2.2 Dynamiek in de ziekenhuiszorg

Maatschappelijke en medische waarden ten aanzien van de gezondheidszorg staan allerminst vast: ze veranderen voortdurend van aard en intensiteit. Deze dynamiek wordt niet alleen bepaald door de economiseringstendensen in de gezondheidszorg. De maatschappelijke en medische waarden kennen ook hun eigen dynamiek. Deze wordt veroorzaakt door bewegingen in de context van de gezondheidszorg. We noemen hieronder enkele belangrijke ontwikkelingen.

Trends

Individualisering in de gezondheidszorg

In navolging van de maatschappelijke trend wordt het steeds belangrijker gevonden dat individuele patiënten zelf en zelfstandig kunnen beslissen over hun eigen zorg. De autonomie van de patiënt is in de medische praktijk steeds belangrijker geworden. De emancipatie van de patiënt dringt langzaam het paternalisme en de autonomie van artsen terug. Ook de maatschappelijke perceptie van solidariteit en de gelijkheid van zorg zijn aan verandering onderhevig. Er bestaat grote maatschappelijke zorg over de betaalbaarheid van het huidige stelsel waarin gelijkheid en vrije toegankelijkheid zijn verankerd, maar ook niet langer lijken te kunnen worden gegarandeerd. De overheid reageert hierop door te proberen de zorg zo responsief mogelijk te maken en de keuzemogelijkheden voor zorgvragers te vergroten. Verzekeraars worden in de gelegenheid gesteld om selectiever te contracteren, private zorginstellingen worden toegelaten op de zorgmarkt en individuele zorgvragers wordt het gemakkelijk gemaakt om te wisselen van verzekeraar. Het antwoord op de individualiseringstendens wordt kortom gezocht in maatregelen die een grotere mate van marktwerking toelaten en de individuele keuzevrijheid verder vergroten.

Vergrijzing van de samenleving

De steeds groter wordende groep ouderen in onze samenleving vraagt om meer en specifieke zorgvoorzieningen. Het is immers de groep ouderen die het meest gebruik maakt van ziekenhuiszorg. Dit verhoogt de druk op de ziekenzorgsector enorm. De zorg over de betaalbaarheid van de zorg brengt maatschappelijke waarden als gelijkheid, toegankelijkheid en solidariteit in de verdrukking. Artsen maken zich zorgen. Hoe leidend medische overwegingen ook moeten zijn, de druk die wordt gelegd op de beschikbare middelen leidt tot schrijnende

dilemma's, zoals bijvoorbeeld wachtlijsten voor behandeling en de schaarshheid van organen voor orgaantransplantatie. Scherper gesteld lijken maatschappelijke en medische principes plaats te maken voor meer pragmatische overwegingen. Dat wil dus niet zeggen dat de bovengenoemde waarden zijn verdwenen. Medici noch de samenleving weten echter hoe deze principes moeten worden vertaald naar een betaalbaar zorgsysteem. De eerste reacties op de vergrijzing kennen dan ook een sterk korte-termijn-karakter. Terwijl aan de ene kant de premies worden verhoogd en de prijzen van medicijnen nader worden bekeken, wordt aan de andere kant gekeken naar de noodzakelijkheid van zorghandelingen. De vergrijzing vraagt echter ook om nieuwe organisatievormen, het koppelen van verschillende netwerken van voorzieningen en het meer inspelen op de behoeften van de toekomst.

Vermaatschappelijking

Vermaatschappelijking van de zorg is een trend die nauw samenhangt met de vergrijzing. Onder vermaatschappelijking verstaan we dat zorg steeds meer integraal onderdeel uitmaakt van het maatschappelijk leven en daarmee vermengd wordt met zaken als wonen, vervoer, welzijn, dienstverlening en onderwijs. Enerzijds levert dat op dat integrale beleidsvorming beter mogelijk wordt. Anderzijds tast het de identiteit van de zorg aan en kan de vraag gesteld worden 'wat is eigenlijk nog zorg' en 'wat kan nog betaald worden door het collectief, c.q. wat kun je redelijkerwijs van mensen zelf vragen'. Dit vraagt van professionals vergaande samenwerking en afstemming, hetgeen nogal eens tot problemen leidt. Het vraagt van medisch-specialisten om in hun professionele afwegingen steeds nadrukkelijker andere beroepsbeoefenaren en de patiënt zelf te betrekken.

Europeanisering

Uiteraard zijn er in de context van de ziekenhuiszorg ook andere bewegingen zichtbaar die relevant zijn, zoals de Europeanisering, hetgeen betekent dat patiënten gemakkelijker naar het buitenland gaan voor zorg. We zien deze ontwikkeling het sterkst in de grensregio's waar aan de toegankelijkheid van zorg wordt bijgedragen door patiënten door te sluizen naar ziekenhuizen vlak over de grens. Met name de ziekenhuizen in België spelen daarin een bijzondere rol doordat zij de wachtlijstproblematiek zoals in Nederland niet of nauwelijks kennen.

Technologische ontwikkelingen

De voortschrijdende techniek heeft een sterke impact op de discussie over medisch-ethische beginselen. Steeds meer en betere behandel- en preventiemethoden ondersteunen maatschappelijke waarden ten aanzien van de gezondheidszorg. Technieken waarmee ziektes sneller kunnen worden opgespoord, of onderzoeken die leiden tot betere of goedkopere medicijnen, hebben bijvoorbeeld forse besparingen tot gevolg waardoor meer patiënten kunnen worden geholpen tegen lagere kosten. De keerzijde van de medaille is dat technologische ontwikkelingen veel geld kosten en dat nieuwe technieken alleen tegen hoge prijzen beschikbaar zijn, zoals bijvoorbeeld CT-scans. Er kan steeds meer en we willen steeds meer. De vraag is zowel maatschappelijk als professioneel of alles ook moet. Gaat bij ingewikkelde dure technologie het kostenaspect en de omvang van de mogelijke patiëntenpopulatie meewegen in professionele afwegingen?

Reactie op dynamiek: deregulering

Wijzigingen in wet- en regelgeving tonen aan dat de gezondheidszorg volop in beweging is. Steeds meer wordt gedereguleerd. Het algehele gevoel is dat het bouwwerk van wet- en regelgeving de gezondheidszorg heeft doen vastlopen en dat nu ontregeld dient te worden, zodat ondernemerschap ruim baan kan krijgen. De gedachte daarbij is dat door prikkeling van innovatie, creativiteit en bedrijfsmatigheid de centrale maatschappelijke waarden in de gezondheidszorg op een andere manier gerealiseerd kunnen worden. Niet iedereen is het daarmee eens. Ten principale betekent het toelaten van meer handelingsruimte voor zorgvragers en aanbieders en het toestaan van marktwerking en terugbrengen van overheidsregulering namelijk dat van overheidswege maatschappelijke waarden minder sterk kunnen worden geborgd. De vraag is nu of de verzakelijking, verruiming, deregulering en commercialisering van de ziekenzorg ook de bestaande maatschappelijke waarden als solidariteit gelijkheid en toegankelijkheid en medische waarden als medische urgentie en professionele autonomie ondersteunen. De impact van economisering op de maatschappelijke en medische waarden in de ziekenzorg is onderwerp van paragraaf 4.

2.3 Beroepsethiek: een gelaagd begrip

Beroepsethiek is het geheel van morele regels en principes dat richtinggevend is voor het professionele handelen (zie verder

ook de studie van Hilhorst in deze bundel). Voor een goed begrip van de effecten van economisering hanteren wij een gelaagd begrip van beroepsethiek. De maatschappelijke en medische waarden, die diep geworteld zijn in de beleving van de samenleving en de medische wereld, onderscheiden we expliciet van de manier waarop daaraan uiting wordt gegeven in wet- en regelgeving, gedragsrichtlijnen of codes. Doordat maatschappelijke en medische waarden tegenstrijdig kunnen zijn, of gewoonweg steeds minder uitvoerbaar, constateren we dat de uitingvormen van waarden veeleer moeten worden opgevat als een normering van maatschappelijke en medische waarden. De maatschappelijke waarde van de onbeperkte toegankelijkheid van zorg is bijvoorbeeld financieel niet haalbaar. Vrije artskeuze is daarentegen niet zonder meer consistent met de maatschappelijke waarde van doelmatigheid.

De normering in regelgeving, richtlijnen en codes is een manier om de verschillende maatschappelijke en medische waarden met elkaar te verenigen. Het belang daarvan wordt sterker door een toenemende economisering waarmee immers een derde rationaliteit aan de waardering van zorg wordt toegevoegd en de potentiële ambivalentie in het handelen van managers en professionals wordt vergroot. Het onderscheid tussen waarden en normen in de zorg is een analytisch instrument waarmee vooral de dynamiek van de beroepsethiek in de zorg duidelijk kan worden gemaakt.

Figuur 2.1 Medische en maatschappelijke waarden en normen

	Medisch	Maatschappelijk
Normen	Medisch tucht recht Codes, richtlijnen en standaarden Klacht recht Interprofessionele toetsing Statusverlening Taalgebruik <i>Voorbeld:</i> medische urgentie telt, bij gelijke urgentie telt wie het eerst komt die het eerst maalt, pas daarna tellen sociale of financieel-economische criteria mee.	Wet- en regelgeving Klacht recht Beleidskaders Aanwijzingen en richtlijnen Gedragscodes Taalgebruik <i>Voorbeld:</i> gelijke toegang tot zorg via financiële compensaties op basis van inkomen.
Waarden	<ul style="list-style-type: none"> - Professionele autonomie (indicatiestellingen en behandelmethoden) - Professionele inbreng in beleids- en besluitvorming - Medische urgentie leidend - Waarborg van vrije artskeuze - Patiënten hebben recht op zelfbeschikking en de individu is ondeelbaar 	<ul style="list-style-type: none"> - Gelijkheid in behandeling - Toegankelijkheid van gezondheidszorg - Vrije artskeuze voor patiënt - Rechtvaardige verdeling van de middelen - Waarborgen kwaliteit van zorg: voorkomen van gezondheidschade - Volvume zorg: bindende verdeling van schaarse middelen t.b.v. zorg - Doelmatigheid van zorgvoorzieningen - Noodzaak kostenbeheersing: vergoeding

De dynamiek in waarden en normen in de zorg zorgt er voor dat de beroepsethiek, niet anders dan steeds ‘voorlopig’ kan zijn. Men mag ze niet te snel als algemeen geldend en universeel aanvaardbaar beschouwen. Dit roept de vraag op of de economiseringstendens van de afgelopen jaren nu spanningsvelden en dilemma’s veroorzaakt op het niveau van de basiswaarden of op het niveau van de beroepsethiek. Waarop heeft economisering in de zorg nu eigenlijk precies betrekking? Wordt het maatschappelijk debat over economisering (dat in de eerste plaats aanleiding was voor deze studie) wel op het eigenlijke niveau gevoerd? De gelaagdheid van het begrip ethiek en de inhoudelijke differentiatie daarvan naar maatschappelijke en medische basiswaarden, respectievelijk beroepsethiek helpt ons het maatschappelijk debat te verhelderen. Het helpt ook de effecten van economisering preciezer te duiden.

3 Economisering

De empirische trend die in deze studie centraal staat is de economisering in de zorg. Wat is dat? Economisering, bedrijfsmatigheid, marktwerking, concurrentie en privatisering zijn zo van die termen die gemakkelijk door elkaar en te pas en te onpas gebruikt worden. In deze paragraaf scheppen we helderheid. Allereerst beschrijven we de economiseringstenden-
dens en hoe deze zich in de praktijk manifesteert.

Economisering als begrip

Economisering behelst de steeds groter wordende dominantie van het financieel-economisch denken in de zorg. Grit (2000) geeft aan dat economisering samenhangt met de groei van het managerialisme; de opmars van de markt en de verbreiding van het neo-liberalisme. De drie interpretaties van economisering proberen een aantal opmerkelijke ontwikkelingen van de afgelopen twee decennia vanuit verschillende invalshoeken te begrijpen en te verklaren: veranderingen op het terrein van de professies, systemen en ideologieën. Enerzijds is de autonomie van de patiënt steeds centraler komen te staan in de zorg en in het medisch handelen. Anderzijds is het management in de zorg sterk in opmars gekomen en geprofessionaliseerd. Dit komt tot uiting in de toegenomen aandacht voor bedrijfsvoering, verzakelijking, efficiëntere organisatievormen en grotere aandacht voor strategisch beleid. Dit is tegelijkertijd gepaard gegaan met de opmars van het marktdenken in de zorg. Economisering zet dus de logica van het consumentisme en de logica van het managementisme meer op de voorgrond.

Manifestaties van economisering

Economisering manifesteert zich empirisch op verscheidene manieren. De mogelijkheden voor het introduceren van marktprikkels, ten behoeve van gezonde concurrentie tussen instellingen en tussen verzekeraars omtrent kwaliteit en prijs, zijn steeds intensiever verkend en hebben geresulteerd in voorstellen voor (gereguleerde) concurrentie in delen van de zorg. In de ziekenhuiszorg leidt dat er steeds meer toe dat instellingen onderling meer vergelijkbaar moeten zijn (benchmarks, accreditaties, INK), moeten laten zien wat ze doen en hoe (transparantie). Zowel zorgverzekeraars als patiënten zouden dan vervolgens hun keuze voor een instelling daarop kunnen baseren. Verzekerden zouden ook de zorgverzekeraars onderling moeten kunnen beoordelen op de resultaten van hun

inkoopbeleid bij die instellingen. Het betekent dat doelmatigheid, bedrijfsmatigheid, markt- en klantgerichtheid een steeds centralere positie zijn gaan innemen in de organisatie en uitvoering van zorg. Dat uit zich het meest tastbaar in taalgebruik. Denk er bijvoorbeeld aan hoezeer termen als HRM, productiestraten, zorgproducten, persoonsgebonden budgetten en product-marktcombinaties, maar ook de betrokkenheid van werkgevers, banken en projectontwikkelaars bij en in de zorg, gemeengoed zijn geworden. De commercie doet langzaam maar zeker zijn intrede en daarmee gaat economisering ook in de richting van commercialisering. Hieronder beschrijven we de meest in het oog springende manifestaties van economisering: de privatisering van zorg (zowel richting meer for-profit en meer non-profit) en de verzakelijking van de bedrijfsvoering.

Privatisering

HMF (1999) en de RVZ (2001; 2002; 2003) formuleerden privatisering in de zorg als uitingsvorm van economisering en maakten een onderscheid naar de privatisering van diensten en services aan de ene kant en de privatisering van zorgverlening aan de andere kant. Onder het eerste worden dan initiatieven verstaan zoals het afstoten naar de markt (bijvoorbeeld in BV's van laboratoria, keukens en schoonmaak). Tevens kan er onder worden verstaan de luxe in ziekenhuizen, dus de mogelijkheid dat cliënten extra services en luxe kopen bovenop de reguliere zorg. De privatisering van zorgverlening heeft betrekking op de opkomst van bijvoorbeeld private klinieken voor specifieke behandelingen, de bedrijvenpoli's, productiestraten en thuiszorgwinkels.

Op het gebied van bijvoorbeeld burn-out trainingen, MRI-scans, zwangerschappen en heupbehandelingen zijn vele private initiatieven reeds genomen in Nederland. Dat breidt zich momenteel ook steeds verder uit (zoals bijvoorbeeld blijkt uit het RVZ-advies *Winst en gezondheidszorg, 2002*). Het zijn meestal zelfstandige ondernemingen of aan reguliere instellingen gelieerde ondernemingen die onderdelen van de zorgketen commercieel aanbieden. Belangrijk is nog aan te geven dat de genoemde activiteiten zich soms voordoen in een for-profit vorm en soms in een not-for-profit vorm. De Medinovaklinieken, maar ook Alantvrouw en Alantcardio zijn daarvan voorbeelden.

Verzakelijking van de bedrijfsvoering

Grit (2001; 2002) laat zien dat het bij economisering in de non-profitsector vaak gaat om veranderingen in de bedrijfsvoering, zoals de introductie van vormen van strategisch beleid, human resources management en operationele technieken die in het bedrijfsleven worden gehanteerd. Het gaat dan vervolgens om het gebruik van principes van de markt, zoals bedrijfsmatigheid, creativiteit en innovatie bij de borging van publieke belangen zoals solidariteit, gelijkheid en doelmatigheid in de zorg (RVZ, 1998; 2002; Putters, 2001). Bij het typeren van de zorg als 'product' en de patiënt als 'klant' wordt duidelijk dat de logica van het consumentisme en de principes van de markt dominant zijn geworden. Dat uit zich ook in de waardering van bijvoorbeeld commerciële zorg, welke in het huidige tijdsgewricht maatschappelijk en politiek meer acceptabel lijkt te zijn dan in de afgelopen decennia, alsmede in de waardering van bijvoorbeeld het management en het aanstellen van managers uit het bedrijfsleven in de non-profit sector. Het zou een meer ondernemende en op innovatie gerichte stijl van leidinggeven in zorginstellingen met zich mee moeten brengen. Overigens roepen de betalingen aan deze managers vervolgens veel discussie op, omdat de zorg – als non-profit-sector – geen vergelijking zou moeten trekken met het bedrijfsleven als het om topinkomens gaat. Op dat punt zien we dat de economisering teruggetrokken wordt door andere trekkrachten vanuit de samenleving die ingegeven zijn door het publieke karakter van de zorg (goed doen, algemeen belang boven persoonlijk gewin, maatschappelijke posities en verantwoording naar de samenleving).

4 De invloed van economisering

Aan de hand van een aantal cases laten we zien wat de effecten zijn van economisering op de maatschappelijke en de medische waarden en normen in met name de ziekenhuiszorg. De cases zijn zodanig gekozen dat zij de twee hoofdvormen van economisering goed typeren. De effecten van privatisering illustreren we aan de hand van de introductie van een bedrijvenpoli en de no-claimregeling (4.1). De effecten van de verzakelijking van de bedrijfsvoering laten we zien aan de hand van een concreet geval van de wachtlijstproblematiek en de zogenoemde deurknoppatiënten waarin de relatie arts-patiënt centraal staat (4.2).

4.1 Effecten van privatisering: meer markt

Een van de meest evidente uitingen van economisering van de laatste jaren, binnen de verschijningsvorm van privatisering en commercie in de ziekenhuiszorg, is de opkomst van de bedrijvenpoli's en private klinieken die zich bijvoorbeeld op specifieke aandoeningen en arbeidsgerelateerde zorg richten. De opkomst van arbozorg moet tegen de achtergrond geplaatst worden van de privatisering van de Ziektewet en het toenemende (financiële) belang van werkgevers om zieke werknemers snel te reïntegreren in het arbeidsproces. In de afgelopen jaren ontstonden hierdoor verspreid over het land bedrijvenpoli's en centra voor arbeidsgerelateerde zorg. De onderstaande casus is van een aantal jaar terug, maar illustreert de dynamiek.

Bedrijvenpoli Rijnstate Arnhem

Het Rijnstate Ziekenhuis in Arnhem heeft vroege ervaringen met de arbozorg opgedaan in een bedrijvenpoli. Er bestonden in Arnhem lange wachtlijsten bij de huisartsen om werknemers te helpen met arbeidsgerelateerde klachten. Voor bedrijven zoals AKZO vormde dat een probleem. Sinds de privatisering van de Ziektewet dragen zij de kosten van de eerste periode van ziekte. De bedrijvenpoli werd zodanig ingericht dat het ziekenhuis er geen extra publieke gelden voor ontving en dat de medici de behandelingen buiten hun reguliere honorariumbudget om verrichtten. De activiteiten hadden daardoor geen negatief effect op volumeafspraken met de zorgverzekeraars. Verrichtingen werden niet gedaan of enkel op zaterdag in de vrijstaande uren. Het betrof dus extra zorg in de vorm van consulten voor arbeidsgerelateerde aandoeningen. Het ziekenhuis meende randvoorwaarden te hebben ingebouwd om tweedeling en ongelijke behandeling tegen te gaan en de activiteiten niet ten koste van reguliere zorg te laten gaan. Zowel de artsen als de zorgverzekeraars en de cliëntenraad ondersteunden het initiatief. Er kwam echter landelijk veel kritiek *tijdens de uitvoering* van dit initiatief vanwege de ongelijke toegang tot zorg die erdoor zou ontstaan waardoor de rechtvaardigheid, rechtsgelijkheid en toegankelijkheid in het gedrang zouden komen. De Tweede Kamer sprak zich naar aanleiding van de uitvoeringspraktijk uiteindelijk principieel uit tegen tweedeling in de zorg. Volgens de politiek zou de gelijke toegang tot zorg mogelijk te lijden hebben onder de introductie van winstoogmerk in de zorg. Het gevolg was dat de minister van VWS bedrijvenpoli's

dreigde te gaan verbieden en ziekenhuizen vroeg vrijwillig de activiteiten te staken. Het Rijnstate Ziekenhuis was koploper in de arbozorg, maar zag zich genoodzaakt de activiteiten te beperken. Een belangrijke constatering is dat de bedrijvenpoli in sterke mate gepolitiseerd raakte tijdens de uitvoering van arbozorg, welke door dezelfde politiek in de voorafgaande periode werd gestimuleerd.

Bron: Putters, 2001; Putters, 2002.

Ook de invoering van meer eigen bijdragen voor patiënten en de no-claimregeling zijn voorbeelden van een verdere economisering van de zorg via marktprikkels. De regelingen zijn bedoeld om meer eigen verantwoordelijkheid bij de klant te leggen, zorggebruik af te remmen, onnodige zorgconsumptie tegen te gaan en kosten te besparen. De no-claimregeling betekent dat verzekerden die in een bepaald jaar weinig gebruik van de zorg hebben gemaakt een deel van hun premiegeld (maximaal 250 euro) terugkrijgen.

De invloed van de invoering van no-claimteruggave op de rechtvaardige verdeling van zorg

Het zorgsysteem is gebaseerd op solidariteit en toegankelijkheid voor iedereen. Buijsen, Den Exter en Hermans betogen: 'Verstrekking op basis van behoeften enerzijds en solidariteit anderzijds kenmerken ons stelsel van gezondheidszorg. Van eenieder naar vermogen, aan eenieder naar behoefte, dat is het principe van rechtvaardigheid dat aan het systeem ten grondslag ligt. (...) Schadevrij autorijden is echter een verdienste van de automobilist. Met gezondheid is dat anders. Een goede gezondheid geldt in veel mindere mate als een verdienste. Volgens de no-claim teruggavenregeling krijgt de verzekerde die een goede gezondheid gegeven is geld terug. Voor anderen, zoals chronisch zieken, zal dat niet zijn weggelegd. Ook degenen die wel gezondheidsproblemen hebben, maar die om wat voor redenen dan ook – en financiële redenen liggen voor de hand – geen gebruik maken van gezondheidszorgvoorzieningen, zullen worden beloond. Gedrag dat aan de verstrekkingenkant wordt aangemerkt als verdienstelijk, maar dat welbeschouwd niet kan zijn, levert aan de premiekant een beloning op voor de betrokkene zelf. Dit is in strijd met wat in de context van de gezondheidszorg als rechtvaardig geldt'.

Effect van privatisering op maatschappelijke waarden en normen

Gelijkheid in toegang tot zorg en zorgbehandeling.

De ontwikkeling van de bedrijvenpoli toont haarscherp aan hoe de gelaagdheid in ethiek het maatschappelijke debat beïnvloedt. De bedrijvenpoli in de casus werd immers zodanig ingericht dat er geen sprake zou zijn van ongelijkheid in behandeling en toegang tot zorg door de zorghandelingen in de bedrijven poli buiten de volumeafspraken met de zorgverzekeraars te organiseren. Toch werd de discussie over de bedrijvenpoli al snel doorgetrokken naar een fundamenteel conflict tussen basiswaarden in de ziekenhuiszorg. Daarin staat het verlenen van voorrangzorg zonder medische noodzaak door een hogere prijs te betalen in contrast met het beginsel dat iedereen in dezelfde mate recht heeft op behandeling.

De verschuiving van het debat heeft er in het geval van de bedrijvenpoli voor gezorgd dat oud-minister Borst de arbeidsgerelateerde zorg in aparte private klinieken niet langer gesteund kreeg vanuit de Tweede Kamer. Deze keerde zich principieel tegen snellere hulp voor werknemers (Mellema en Blanksma, 1998; Plomp, 2000). De redenering die hierin werd gevolgd was dat 'profijt' botst met maatschappelijke én medische waarden, wanneer ziek zijn en gezond worden onderdeel van het arbeidsproces gaan uitmaken (NRV, 1995; Van Dartel, 1997).

In schril contrast met de maatschappelijke en politieke discussies over de maatschappelijke basiswaarden staat de overtuiging van de betrokken instellingsmanagers en artsen die er van overtuigd waren dat de bedrijvenpoli voldeed aan de randvoorwaarden die de maatschappelijk basiswaarden stelden aan nieuwe ontwikkelingen. Vragen die in het maatschappelijke debat werden opgeroepen (in wiens opdracht werkt een arts en welke keuzen en afwegingen maken artsen en patiënten ten aanzien van behandelingen in het licht van het arbeidsproces en het contract met de werkgever?) waren in de praktijk al lang beantwoord. We constateren dat privatisering van de ziekenhuiszorg niet per se hoeft te leiden tot een waardenconflict. De bedrijvenpoli blijkt voldoende ruimte te laten in de normering van de maatschappelijke basiswaarde 'gelijkheid van behandeling' door artsen en managers om een onderscheid te maken tussen commerciële en reguliere zorg. In tegenstelling tot het principiële politieke debat en de onoverbrugbare tegenstellingen leidt de economiseringstendens tot een belangrijke toe-

voeging aan de beroepsethiek van artsen en instellingsmanagers.

Vrije artskenkeuze

In de casus van de individuele bedrijvenpoli lijkt de vrije artskenkeuze op het eerste gezicht te worden beperkt doordat een snelle hulp voor werknemers alleen beschikbaar is in een bepaald ziekenhuis. De verkokering van de zorg naar de maatstaven van de werkgevers moet echter worden beoordeeld in de context van het gehele zorgsysteem. Naast de bedrijvenpoli blijft de reguliere ziekenhuiszorg immers gewoon bestaan. Indien werknemers worden verplicht behandeling en zorg te aanvaarden van een bepaald ziekenhuis (bijvoorbeeld op straffe van ontslag of korting op salaris) blijft het hen wettelijk toegestaan een second opinion aan te vragen in de reguliere ziekenhuiszorg. Alhoewel het in de praktijk maar de vraag is of deze clausule zal worden gebruikt, is het een feit dat artsen en managers deze redenering aandroegen om ook aan het beginsel van de vrije artskenkeuze tegemoet te komen. Een tweede effect van de bedrijvenpoli op deze maatschappelijke basiswaarde heeft betrekking op de individuele afwegingen van patiënten tussen een vrije artskenkeuze en een snelle hulp. Gegeven de wachtlijstproblematiek (onderwerp van een van de volgende casus) is het goed denkbaar dat de economisering van de ziekenhuiszorg ervoor zorgt dat het beginsel van de vrije artskenkeuze langzaam maar zeker naar de achtergrond verschuift.

Waarborgen van kwaliteit van ziekenhuiszorg

De oprichting van bedrijvenpoli's geeft goed weer dat het toelaten van marktwerking niet hoeft te betekenen dat de kwaliteit van de zorg in de knel komt. Immers, de artsen die werkzaam zijn in de bedrijvenpoli zijn gebonden aan dezelfde regels als die in de reguliere zorg. Deze regels hebben betrekking op de medische kwaliteit van hun handelingen. Privatisering van zorg lijkt alleen mogelijk onder voorwaarde dat de gedragscodes en wet- en regelgeving waarin de kwaliteit van de zorg is geborgd blijven gelden. De kwaliteitseisen staan echter onder druk. De wachtlijstproblematiek illustreert dit en voegt een tijdige erkenning van zorg aan het kwaliteitspakket toe. De ontwikkeling van bedrijvenpoli's geeft daarmee enerzijds goed weer hoe tegenstrijdig maatschappelijke basiswaarden kunnen zijn. Op het niveau van basiswaarden blijkt in deze casus de verhoging van de kwaliteit van zorg alleen te kunnen ten koste van een gelijke toegang tot zorg. Anderzijds blijkt uit deze casus duidelijk hoe de economisering de kwaliteitseisen die vanuit de samenleving aan de zorg worden gesteld, expliciteert,

aanvult (met nieuwe eisen) en ook de verwezenlijking ervan mogelijk maakt.

De artsen en managers laten in de ontwikkeling van bedrijvenpoli's zien hoe zij door een andere normering van basiswaarden (aanpassing van hun beroepsethiek) ook de maatschappelijke basiswaarden op scherp zetten en deze mogelijk zelfs in beweging brengen. Het is dan ook niet ondenkbaar dat mede onder invloed van de bedrijvenpoli's de tijdige beschikbaarheid van zorg een hogere prioriteit krijgt dan bijvoorbeeld een vrije artsenkeuze of gelijke toegankelijkheid.

Rol van de overheid: volumebepaling en rechtvaardige verdeling

Door de privatisering van zorg zoals in de bedrijvenpoli, wordt het distributiemechanisme dat voorheen in handen was van de overheid overgenomen door de markt. De ontwikkeling van de bedrijvenpoli's vertegenwoordigt daarmee een benadering van zorg die meer dan voorheen uitgaat van variëteit aan voorzieningen, die niet langer vooraf het volume van de zorg verankert in zorgafspraken gebaseerd op een inschatting van de verwachte vraag, maar reageert op impulsen uit de markt. Op die manier zou de zorg beter in staat zijn om op de veranderende vraag, onder invloed van toenemende vergrijzing, toegenomen mondigheid van patiënten, een andere zorgvraag van allochtonen en een onvoldoende kostenbewustzijn onder verzekerden, in te spelen.

Het is op dit cruciale punt waar de basiswaarde van de rechtvaardigheid per definitie in conflict komt met de economisering van de zorg. Immers, hoe het ook zij, marktmechanismen geven niet de zekerheid dat iedereen gelijk wordt behandeld, gelijke toegang heeft. Cynisch genoeg moeten we constateren dat ook de overheidsbemoeienis gebaseerd op het solidariteitsbeginsel, zelfs na ettelijke jaren van vernieuwingen, dit evenmin kan garanderen. De basiswaarde van een rechtvaardige verdeling heeft immers zijn beslag gekregen in een ingewikkeld systeem van regelgeving dat bovendien erg duur blijkt te zijn. Het is echter maar de vraag of privatisering van zorgtaken en het toelaten van marktwerking daarop enige verbetering zullen brengen. De doorwerking van deze vorm van economisering en de effecten daarvan in de praktijk zullen mede het ethische debat bepalen. We stellen vast dat artsen en managers door de verruiming van hun beroepsethiek ook ruimte hebben opengelaten voor experimenten waarvan zij evenmin de consequenties kunnen overzien.

Doelmatigheid en kostenbeheersing

Dit brengt ons op het effect van privatisering op de effectiviteit en efficiency van behandeling en zorgverlening. De casus van de bedrijvenpoli wijst ons op het feit dat artsen buiten de reguliere zorgcontacten om blijkbaar nog tijd over hebben om zorgtaken te vervullen. Dit bekende manco van de aanbodge-reguleerde zorg in Nederland moet echter zeer genuanceerd worden benaderd. Effectiviteit op medisch vlak verschilt namelijk zeer sterk per medische sector en medische handeling. Zo bieden dbc's in de oogheelkunde bijvoorbeeld betere condities dan in andere sectoren. Ook de poliklinische hulp leent zich beter voor een hogere doelmatigheid en betere kostenbeheersing doordat poliklinische handelingen over het algemeen een relatief eenvoudig karakter hebben. Afhankelijk dus van de betreffende medische sector stellen we vast dat privatisering van zorg wel de ruimte biedt voor een zakelijke organisatie.

Dit wil echter niet zeggen dat privatisering ook per definitie leidt tot een effectievere en efficiëntere zorgverlening. Dit hangt af van de bedrijfsvoering van de zorginstellingen. In dit kader wijzen we op het zogenoemde 'Robin Hood-principe', waarmee wordt bedoeld op het genereren van extra gelden via commerciële activiteiten op het gebied van voorrangszorg, welke ten goede komen aan de reguliere zorg via bijvoorbeeld extra investeringen (Van Montfort, 1998; Mellema en Blanksma, 1998). Daarmee zou dan de reguliere productie op peil gehouden dan wel gebracht kunnen worden en zouden tweedeling en ongelijke toegang voorkomen worden, welke volgens sommigen juist door wachtlijsten gecreëerd zouden worden. Pleitbezorgers van bedrijvenpoli's achten dit belangrijke argumenten voor haar maatschappelijke en politieke aanvaardbaarheid (Hermans en Brouwer, 1998).

Effect van privatisering op medische waarden en normen

Professionele autonomie van artsen én zelfbeschikking van patiënten.
Uit de casus blijkt dat verschuivingen plaatsvinden op verschillende terreinen. In de eerste plaats in de terminologie die door managers, overheden, maar ook door professionals wordt gehanteerd. Zo zijn termen als producten, productiecentra of straten, dbc's, no-claim en onderhandelingen tussen marktpartijen inmiddels gemeengoed. Dit symboliseert het belang dat wordt gehecht aan transparantie, vergelijkbaarheid van behandelingen op prijs en kwaliteit, resultaatgerichtheid, snelheid en service. Op het niveau van de waarden die daarachter schuilgaan kan gesteld worden dat het financieel-economische waardencomplex een belangrijke leidende rol heeft gekregen in het

handelen van artsen en managers. De waarde van de autonomie van en zelfbeschikking door de patiënt (de patiënt als klant) en de waarde van financieel-economische doelmatigheid zijn dominanter aanwezig in de organisatie en uitvoering van de zorg dan voorheen. Er ligt meer nadruk op individuele behoeften en minder op gemeenschapszin en solidariteit. Variatie en maatwerk zijn belangrijk.

De bedrijvenpoli in het Rijnstate ziekenhuis (en eind jaren negentig bijvoorbeeld in het Medisch Centrum Leeuwarden) werd daarom maatschappelijk en politiek niet geaccepteerd. Het concept lijkt vandaag de dag echter steeds meer maatschappelijk geaccepteerd. Dat blijkt uit de groei van het aantal zelfstandige behandelcentra, centers of excellence en private klinieken. Waarden zoals de individuele autonomie, keuzevrijheid en doelmatigheid (inclusief snelheid van behandeling) grijpen ook direct in het werk van artsen in. De drang tot zelfbeschikking en de steeds meer eisende patiënt als klant leiden er steeds meer toe dat zorgverlening de uitkomst is van een gezamenlijke beslissing tussen professional en patiënt, waar dat voorheen vooral tot het domein van de professional zelf behoorde.

De no-claimteruggave versterkt de rol van de patiënt verder door bij hem of haar de verantwoordelijkheid neer te leggen om bij het besluit om naar een arts te gaan, en eventuele behandelingen te accepteren, ook financieel-economische belangen mee te wegen. In de casus met de bedrijvenpoli is illustratief dat werkgevers en werknemers een grotere invloed op de aard van de behandelingen krijgen, gezien hun eisen ten aanzien van de snelheid en wijze van behandeling die ook contractueel verankerd werden.

Onzeker is of zoiets als de no-claimteruggave zal betekenen dat mensen met lagere inkomens sneller een bezoek naar de arts zullen heroverwegen dan mensen met hogere inkomens. Als dat wel het geval is dan verschuift in termen van de basiswaarden de aandacht van solidariteit, menselijk welzijn, rechtvaardigheid en gelijke toegankelijkheid naar individuele verantwoordelijkheid en doelmatigheid. Hier zien we dat de verzakelijking in het voorportaal dus tot veranderingen leidt, namelijk in de toestroom van patiënten richting de beroepsbeoefenaren en instellingen. Dat beïnvloedt dus ook het werk van artsen en de contacten met patiënten.

Het kan er bijvoorbeeld toe leiden dat het voorkomen van ziekten (preventie) en voorlichting richting bepaalde groepen patiënten lastiger wordt. Als vervolgens artsen in hun afwegingen het argument gaan meewegen of mensen al dan niet eigen bijdragen moeten betalen, hetgeen te verwachten valt, dan kunnen dergelijke regelingen de werkwijze van de professional verder gaan beïnvloeden. Het monitoren van deze praktijk is in het licht van de ervaringen uit het verleden belangrijk, omdat het de plaats van toegankelijkheid van zorgvoorzieningen en medische urgentie kan doen verschuiven.

Medische urgentie

Binnen de beroepsgroep geldt de urgentiebepaling op basis van medische criteria. Bij gelijke medische urgentie telt wie het eerst komt die het eerst maalt. Pas daarna tellen sociale en economische criteria mee in de afweging. Op het moment dat het contract met een werkgever leidend wordt voor een bepaald type behandeling treedt er een verandering op in de afweging van professionals en instellingen bij het toelaten van patiënten. Het veel gehoorde argument is het zojuist besproken Robin Hood-argument, namelijk dat het extra geld dat werkgevers betalen voor de arbozorg voor hun werknemers gestoken kan worden in de verbetering van de overige zorgvoorzieningen en verkorting van de wachtlijsten. Dat kan een rechtvaardiging zijn. De constatering daarbij is dat financieel-economische waarden (mensen van financieel-economisch nut voor de samenleving) voorrang krijgen boven professionele waarden. Dat is een aanwijsbare verschuiving als gevolg van economisering.

Medici kunnen tot op zekere hoogte economische criteria, zoals de kosten van een behandeling, meenemen (Polder et al., 1997), maar het tast hun professionaliteit aan wanneer zij een noodzakelijke behandeling uitsluitend vanwege de daaraan verbonden kosten achterwege laten. Er bestaat een 'zone of acceptance' waarbinnen artsen met economische overwegingen rekening kunnen houden. Indien het profijtbeginsel voorbij de acceptatiegraad van de medische professie gaat dan ontstaan er problemen. Dat is vooral aan de orde als patiënten in nood verkeren en het vertrouwen tussen patiënt en arts schade wordt berokkend door een streven naar economisch gewin. Het vertrouwen is namelijk gebaseerd op de professionele kwaliteit van de beroepsbeoefenaren, en het recht op zo volledig en onafhankelijk mogelijke informatie voor patiënten.

Desondanks is zorg geen homogeen goed. Er is bijvoorbeeld niet altijd sprake van zeer afhankelijke patiënten en noodsituaties in de medische hulpverlening. Bij een niet-spoedeisende behandeling is er meer ruimte voor economische kosten-baten afwegingen dan in acute situaties. In veel situaties sluiten commerciële activiteiten goed aan bij wensen van medici om specifieke deskundigheden verder te ontwikkelen rond arbeidsgelateerde zorg, betere arbeidsvoorwaarden te creëren en flexibeler te werken. Commercie levert dan een bijdrage aan innovatie, kortere wachlijsten, meer transparantie en keuzemogelijkheden en versterking van de professionaliteit van artsen. De ‘zone of acceptance’ van de medische beroepsgroep is dus niet voor alle vormen van zorg even groot (Polder en Jochemsen, 2000; Van den Brink en Putters, 2000).

Vrije artsenkeuze

In de casus werd met een aantal artsen een contract gesloten voor werkzaamheden in de bedrijvenpoli. Het betreft die artsen die bereid waren hun medewerking te verlenen. Wanneer op de markt van arbozorg meerdere aanbieders zijn, is de keuzevrijheid voor patiënten/werknemers en bedrijven gewaarborgd, en daarmee ook de keuze uit verschillende artsen of instellingen. Indien dit niet het geval is, en de bedrijvenpoli een monopolie op arbozorg heeft, ontstaat het risico dat de vrije artsenkeuze in het geding komt. Hetzelfde geldt voor een grote mate van dwingendheid van contracten die verzekeraars afsluiten met de werkgevers.

Professionele inbreng in besluitvorming en ontwikkeling vakgebied

De bedrijvenpoli laat ook zien dat er mogelijkheden ontstaan voor professionals om kennis en kunde ten aanzien van de arbozorg te ontwikkelen, het vakgebied verder te brengen en vergelijkbare producten in de markt te zetten. Op die wijze wordt aan behoeften in de samenleving voldaan en kan nieuwe professionele kennis en expertise over arbeidsgelateerde aandoeningen in de beleids- en besluitvorming van instellingen en overheden ingebracht worden. Met andere woorden, gepri-vatiseerde voorrang- en voordeelarrangementen leveren ook op:

- De ontwikkeling van kennis en kunde op het terrein van de arbeidsgelateerde aandoeningen (zowel psychische als lichamelijke klachten). Hieruit blijkt dat economisering meerwaarde heeft voor beroepsbeoefenaren. Geredeneerd vanuit de normen in de beroepsethiek is dit een belangrijk motief bij de vraag of voorrangszorg geaccepteerd kan worden.

- Via de deelname aan expertisecentra kan gebruik worden gemaakt van elders opgedane kennis met arbozorg en commerciële dienstverlening. Dit kan de kwaliteit van de zorg en de mogelijkheden tot zorg op maat voor de patiënt verbeteren. Het ondersteunt dan de waarde van weldoen, een belangrijke basiswaarde binnen de beroepsethiek.

Kortom, de privatisering van zorg in private initiatieven (klinieken, centra, poli's) leidt tot veranderingen op het niveau van taalgebruik, marktgedrag van en omgangspatronen tussen patiënten, artsen en instellingen. Dit leidt ook tot een andere verhouding tussen financieel-economische en professionele waarden die het fundament van de beroepsethiek vormen.

4.2 Effecten van verzakelijking: centrale kostenbeheersing versus deregulering en markt

In veel instellingen is in de afgelopen decennia een toegenomen verzakelijking waar te nemen. Het financieel-economisch perspectief is dominant geworden ten opzichte van het professionele of zorgperspectief. Dat uit zich momenteel op twee manieren. Enerzijds, ingegeven door de noodzaak van kostenbeheersing, door een sterkere politieke centrale aansturing van de besteding van middelen in de zorg via budgetten. Dit is het zogenoemde budgetmechanisme, het plafond aan de uitgaven, dat grenzen stelt aan het werk van artsen en financieel-economische overwegingen in de spreekkamer brengt. Dat blijkt bijvoorbeeld uit het aantal te besteden minuten en de wachtlijsten en -tijden die het werk van artsen sturen en soms domineren. Anderzijds heeft de politiek steeds meer marktprikkels in de zorg gebracht en deregulering nagestreefd. De bedoeling is dat instellingen meer innovatief en responsief worden en concurreren op kwaliteit en prijs. Het luisteren naar de markt en het vergelijken van prijzen brengt ook het financieel-economische in de spreekkamer.

In het pamflet "De wachtlijst en andere gezondheidszorgen" beschrijft Maurits de Braauw, medisch specialist, voor welke dilemma's de verzakelijking van de bedrijfsvoering van ziekenhuizen een arts wordt gesteld, terwijl hij of zij vanuit de professie er bij voorrang op gericht is om de medische urgentie en niet de wachtlijst bepalend te laten zijn. Het budgetmech-

me beïnvloedt in sterke mate de planning en controle cycli en de logistieke processen in het ziekenhuis. Ze worden gedomineerd door behandel tijden en –schema’s.

De invloed van budgettering op de behandeling van chronische darmontsteking

Hij schetst het relaas van een 22-jarige patiënte met een chronische darmontsteking. Ze moet een ingrijpende operatie ondergaan, maar er is een wachtlijst. Er zijn andere patiënten die meer urgent zijn. De Braauw beschrijft zijn dilemma. Medisch gezien bevindt ze zich in een omstandigheid die het meest optimaal zou zijn om meteen te opereren. De beste kans van slagen, maar de wachtlijst laat het niet toe. Ze wil ook liever niet in een ander ziekenhuis geopereerd worden omdat ze zich thuis voelt bij De Braauw en zijn ziekenhuis. De Braauw doet zijn best bij collega’s om zijn patiënte ertussen gevoegd te krijgen, maar het is leuren met mensen. Collega’s worden bestookt met dergelijke verzoeken. Het lukt om enige versnelling in de planning aan te brengen, maar de patiënte moet alsnog vijf weken wachten. Aangezien er na die vijf weken opnieuw te veel acute patiënten zijn wordt de operatie opnieuw uitgesteld. Ze gaat het door, de klachten verergeren, emotioneel is het uitstel van elke operatie belastend voor patiënte, familie en arts. Uiteindelijk wordt ze geopereerd en treden er allerlei complicaties op, waardoor de arts zich schuldig voelt. Hij had haar beter en eerder kunnen helpen als het geld en de capaciteit er waren geweest. Het is slechts een voorbeeld.

Een alom gehoorde klacht is de verzakelijking van het artseneroep, de beperkte tijd die artsen aan patiënten kunnen besteden vanwege de drukke werkzaamheden, de ontwikkelde bureaucratie er omheen en de steeds meer eisende patiënt. Door deregulering en de introductie van marktprikkels is de primaire verantwoordelijkheid voor de bedrijfsvoering (weer) bij instellingen en artsen komen te liggen. Artsen zelf herkennen daarbij de verzakelijking en dominantie van financieel-economische criteria, omdat het overheidsbeleid nog steeds het kader voor hun handelen vormt en daarvan uitgaat (zie ook de studie van Van Zuuren, in deze bundel). Vanuit het oogpunt van het bevorderen van doelmatigheid en het realiseren van een meer marktgerichte zorg zijn bijvoorbeeld de apothekhoudende huisarts en de alleen opererende huisartsenpraktijk nagenoeg uit het straatbeeld verdwenen. Deregulering en markt hebben onder meer geleid tot een sterkere concentra-

tie van voorzieningen en minder patiëntencontacten. Dat heeft gevolgen voor onder meer de relatie arts-patiënt.

De invloed van overheidssturing en marktprikkels op de bejegening naar en opstelling van patiënten

De schaalvergroting in de ziekenhuiszorg, maar ook bij de huisartsenposten, alsmede de wens dat instellingen en (huis)artsen meer moeten concurreren hebben ertoe geleid dat het contact met patiënten is gewijzigd. Er is een minder persoonlijke band. Efficiënter werken betekent in dit opzicht niet automatisch effectiever werken. De persoonlijke contacten zijn voor het afmaken van behandeltrajecten, voor de preventie van verdere ongezondheid en het voorkomen van onnodig zorggebruik namelijk belangrijk. De schema's en standaarden van overheden, verzekeraars en beroepsgroepen waarlangs de huisarts moet werken zijn financieel-economisch interessant, maar de vraag is hoe waardevol een consult is, wanneer je maar vijf minuten aan iemand kunt besteden, zo stelt recentelijk een huisarts (Trouw, 27 april 2004). Het gevolg is dat mensen bij het naar buiten gaan na het consult vaak pas met de werkelijke reden van hun bezoek komen. Onder huisartsen wordt dit het 'deurknopfenomeen' genoemd. Als verzakelijking ertoe leidt dat tijdens het consult weinig tijd is voor artsen om aandacht te schenken en het vertrouwen tussen arts en patiënt recht te doen zie je aldus dat patiënten ofwel in de deuropening alsnog komen met belangrijke zaken aangaande hun gezondheid, ofwel het buiten de spreekkamer laten. Het wordt steeds afhankelijker van de opstelling van patiënten zelf of ze meteen, later of geheel niet geholpen worden. Dezelfde arts stelt in de krant 'Wie goed babbelt heeft om niets een ambulance voor de deur. Een minder welbespraakte, met wellicht een ernstige kwaal, moet wachten tot morgen'.

De illustraties laten een verzakelijking van de bedrijfsvoering in de zorg zien als gevolg van zowel centrale aansturing door de overheid, als door deregulering en de introductie van marktprikkels. Het belang dat gehecht wordt aan snelheid en serviceverlening, de druk van behandelprogramma's, de druk van marktpartijen en de gewijzigde persoonlijke verhoudingen tussen huisartsen, medisch specialisten en patiënten (bijvoorbeeld door schaalvergroting) grijpen direct in het werk van artsen in en beïnvloeden hun gedrag. Hierna bespreken we op welke wijze dit de maatschappelijke en medische waarden en normen in de beroepsethiek beïnvloedt.

Effect van verzakelijking op maatschappelijke waarden en normen

Gelijke behandeling en toegang tot ziekenzorg

Gelijke behandeling en toegang tot zorgvoorzieningen is in de afgelopen jaren steeds sterker verankerd in wet- en regelgeving, bijvoorbeeld rond de spreiding van voorzieningen, de betaalbaarheid en de tarifiering van zorgtaken. Dit betekent dat aanbieders van zorg voorafgaand aan hun activiteiten moeten voldoen aan reeksen van eisen die de maatschappelijke (en medische) basiswaarde van gelijke behandeling en toegang tot zorg belichamen. Velen wijzen nu naar dit bouwwerk van wetten en regels als oorzaak van het beperkte vermogen van de gezondheidszorg om in te spelen op de dynamische omgeving en de behoeften van patiënten. Verzakelijking in de zorg houdt in dat de wet- en regelgeving waarin de basiswaarden zijn verankerd langzaam maar zeker worden afgebouwd. Het is belangrijk te constateren dat verzakelijking en deregulering juist tot doel hebben om maatschappelijke basiswaarden beter tot uiting te laten komen. Met andere woorden: de maatschappelijke basiswaarden van gelijkheid in behandeling en toegang tot zorg blijven vigerend; artsen en instellingsmanagers zoeken slechts naar andere manieren om daaraan invulling te geven. Hun zoektocht is niet zonder discussie. Sommigen zien in de verzakelijking en deregulering een onomkeerbaar proces waarin het vertrouwen in centrale distributie van middelen en de idee van een gecontroleerde en aanbodgestuurde zorg wordt verlaten. Anderen wijzen erop dat het bestaande zorgsysteem evenwel sowieso onbetaalbaar zou zijn geworden waardoor alternatieven noodzakelijk zijn. Verzakelijking wordt dan ook door velen gezien als een ‘must’: het is een innovatieproces ‘met de rug tegen de muur’ waarin artsen en instellingsmanagers aarzelend hun vertrouwen verplaatsen van de staat naar de markt.

Vrije artskenuze

Verzakelijking van de bedrijfsvoering in ziekenhuisorganisaties en de behandelingschema's die daarvan het gevolg zijn laten de patiënten minder keuze toe. Het zijn bedrijfskundige mechanismen die bepalen welke arts beschikbaar is en wordt toegewezen. Het gevolg hiervan is dat de arts-patiëntrelatie minder persoonlijk wordt hetgeen door patiënten vaak als onprettig wordt ervaren. Echter, het persoonlijke karakter van de vrije artskenuze vormt niet de crux van deze maatschappelijke basiswaarde. Het beginsel van de vrije artskenuze staat voornamelijk voor het tegenwicht dat de patiënt zou moeten kunnen bieden aan de professionele autonomie van de artsen.

Ondanks de verzakelijingslag blijft dit principe wel gewaarborgd, bijvoorbeeld door de mogelijkheid van second opinions in andere ziekenhuizen of onder invloed van de europeanisering in ziekenhuizen in het buitenland. Dit brengt ons er toe te constateren dat verzakelijking van de bedrijfsvoering de professionele autonomie van de artsen weer enigszins terugbrengt terwijl de vrije keuzeruimte voor patiënten wordt beperkt. Het onpersoonlijk worden van de arts-patiëntrelatie staat echter in direct verband met de betaalbaarheid van de zorg. In dat opzicht lijken artsen en managers de basiswaarden van de vrije artskeuze in te willen ruilen voor het kunnen blijven bieden van een gelijke behandeling en toegang tot zorg.

Rechtvaardige verdeling van de middelen

De verdeling van de middelen ten behoeve van zorg is gebaseerd op solidariteit en vastgelegd in uitgebreide wet- en regelgeving. Het solidariteitsprincipe houdt in dat de zorg aan zieken mede wordt betaald door gezonden, alsmede dat hogere inkomens meer inbrengen dan lagere inkomens. In tegenstelling tot wat veel wordt gedacht is dit maatschappelijke solidariteitsbeginsel een zakelijk principe. Immers, de werkelijke kosten voor sommige behandelmethodes en bepaalde typen zorg zijn zo hoog dat deze onmogelijk door een individu kunnen worden opgebracht. Toch treft de verzakelijking van de zorg ook de financiering ervan. Ziektekostenverzekeringen worden steeds meer afgestemd op de persoonlijke situatie van de (potentiële) patiënt. Met een dure individuele ziektekostenverzekering worden wachtlijsten omzeild en mogelijke medische complicaties, zoals in het geval van de chronische darmontsteking, voorkomen.

Critici wijzen op het ontstaan van Amerikaanse toestanden en het gevaar van parallelle medische circuits voor de welgestelden. Artsen en instellingsmanagers worden door deze ontwikkeling voor het dilemma gesteld tussen het verlenen van goedkope reguliere zorg en de lucratieve private zorgverlening. De basiswaarde van de rechtvaardige verdeling van middelen komt echter pas daadwerkelijk in het geding als (financiële) wet- en regelgeving de reguliere zorg feitelijk gelijkschakelt met private zorgverlening. Zo lang zorginstellingen verplicht zijn een deel van hun zorg aan te bieden aan de reguliere zorgvraag, en zorgverzekeraars een acceptatie- en zorgplicht hebben, lijkt de solidariteit in het zorgsysteem gewaarborgd. Private zorgverlening blijft dan voorbehouden aan instellingen en artsen die uitsluitend contracten hebben met zorgverzekeraars of extra

zorg, zoals bijvoorbeeld esthetische chirurgische ingrepen, aanbieden.

Waarborgen van kwaliteit van ziekenhuiszorg

Een van de belangrijkste maatschappelijke basiswaarden van de zorg heeft betrekking op het vertrouwen van patiënten in de kwaliteit. De strakke behandelingschema's en gestroomlijnde bedrijfsvoering brengen sommigen ertoe te beweren dat de kwaliteit van zorg wel eens gebukt zou kunnen gaan onder de bedrijfseconomische druk. Artsen en instellingsmanagers verwerpen zich hier echter tegen met het argument dat hun medische beroepsethiek bestand is tegen die druk en dat zij zich in hun praktijk hierdoor niet zullen laten leiden. Analyse van de praktijk laat een gedifferentieerd beeld zien. Sommige ziektes en typen behandelingen lenen zich beter voor verzakelijking en strakke behandelingschema's dan andere. In de oogheelkunde en andere gespecialiseerde zorgtaken staan bijvoorbeeld de diagnose, behandeling en nazorg van de genezing van oogafwijkingen dicht bij elkaar, waardoor het mogelijk is een strakke diagnose-behandelcombinatie op te stellen hetgeen kostenbesparend werkt. In de hierboven beschreven casus van de bedrijvenpoli is het juist het gestandaardiseerde karakter dat een verzakelijking mogelijk maakt. In de gespecialiseerde, sterk verkokerde sectoren lijkt de productiedruk logischerwijze steeds sterker voelbaar. Het is met name in deze sectoren waar zowel patiënten als artsen wijzen op de relevantie van de persoonlijkheid van de arts-patiëntrelatie die daardoor, als een boomerang, weer terugkeert als een door de samenleving als zeer belangrijk bestempelde maatschappelijke basiswaarde van ziekenzorg.

Doelmatigheid en kostenbeheersing

De verzakelijking van zorginstellingen en de hervorming van aanbodregulering naar vraagsturing verloopt moeizaam. Dat komt mede door institutionele starheid en de traagheid van hervormingsprocessen in de zorg ('onder de kaasstolp'). Dat heeft echter ook een diepere oorzaak, namelijk de spanningen die dergelijke verzakelijgingsprocessen met zich brengen tussen de dieperliggende basiswaarden onder het systeem, zoals daar zijn naast zelfbeschikking, individuele keuzevrijheid en responsiviteit en de gelijke toegang voor iedereen. Het is echter evident dat de verzakelijking bijdraagt tot de realisatie van maatschappelijke basiswaarden van doelmatigheid en kostenbeheersing. Het besef dat met de aankomende vergrijzing de collectieve betaalbaarheid van de zorg in het geding is dringt door in alle lagen van de samenleving. Ook artsen en instel-

lingsmanagers zijn hiervan doordrongen. Economisering betekent dan ook voor hen een noodzakelijke kostenbesparing waardoor andere maatschappelijke en medische basiswaarden kunnen worden waargemaakt. In hun beroepsethiek vermengen de economische waarden zich dan ook heel natuurlijk met maatschappelijke waarden. Dit wil niet zeggen dat daarmee ook de financieringsproblemen zijn opgelost. De intentie deze op te lossen en een gezonde zorgfinancieringsbalans te vinden is echter intrinsiek aanwezig in de beroepsethiek van artsen en instellingsmanagers. Er is echter wel een 'zone of acceptance' met een ondergrens.

Effect van verzakelijking op medische waarden en normen

Medische urgentie.

In het voorbeeld van de budgettering komen allerlei ethische afwegingen om de hoek kijken. Welke patiënt eerst behandelen en welke niet en wanneer dan wel of niet? Een vitale 60-jarige nog even laten wachten voor een behandeling aan zijn galblaas, terwijl je het risico loopt dat hij enkele maanden later dus niet meer vitaal zal zijn en een urgentiegeval met een alvleesklierontsteking is geworden? De Braauw stelt dan ook: "Ik word gedwongen concessies te doen aan mijn medische principes. Ik moet schipperen en marchanderen om mijn patiënte uiteindelijk te laten opereren. Wil ik op deze manier wel werken?" Kortom, het budgetmechanisme en de wachtlijst leiden tot dominantie van financieel-economische motieven die verband houden met kostenbeheersing. Dat levert ethische dilemma's op voor de professional. Managementisme en professionalisme botsen hier.

Professionele inbreng in besluitvorming en ontwikkeling vakgebied en transparantie

De verzakelijking en nadruk op financieel-economische factoren leidt tot een hogere mate van inzichtelijkheid in de producten en werkwijzen van artsen en tot meer samenwerking en doelmatigheid in organisatorische en bestuurlijke zin. Dat is zichtbaar in huisartsenposten, strakke behandelingschema's voor consulten en standaarden rond snelheid en service. Marktwerking en deregulering kunnen uitkomst bieden om wachtlijsten op te lossen, het aanbod uit te breiden en de professional meer vrijheid te geven. Het kan met andere woorden ook leiden tot meer zorg, meer inzicht in de producten en kosten, vergelijkbaarheid en daarmee ook keuzemogelijkheid voor patiënten en verzekeraars, en daarmee tot mogelijkheden om de publieke middelen beter (zo mogelijk eerlijker) te verdelen en in te zet-

ten. Ook hierbij komt de individuele verantwoordelijkheid en de autonomie van de cliënt centraler te staan. Het leidt ertoe dat bijvoorbeeld ook aanbieders gaan opereren in niches op de markt en daarmee inspelen op behoeften van patiënten.

Vertrouwensrelatie arts-patiënt

Er treedt echter ook een devaluatie van de vertrouwensrelatie tussen huisarts en patiënt op. Dat uit zich in korte consulten, beperkte aandacht vanwege roosters en schema's en minder bekendheid met de achtergronden van patiënten. In zowel de huisartsenzorg als de medisch specialistische zorg is minder ruimte ontstaan voor het onderhouden en versterken van de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt, met name vanwege de tijdsdruk en omwille van de kostenbeheersing. Daardoor kan minder effectief gestuurd worden door professionals op het voorkomen van ziekte en het voorkomen van onnodige zorgconsumptie. De professionele afwegingen door de arts binnen de vertrouwensrelatie met patiënten staan onder druk van financieel-economische doelmatigheid en individuele keuzevrijheid.

Zelfbeschikking van de patiënt

Economisering stelt de klant meer centraal. Dat sluit aan bij het toenemend consumentisme in de zorg. Het betekent dat patiënten meer informatie tot hun beschikking krijgen over producten en prijzen en op basis daarvan ook keuzes (willen) maken. Het leidt er ook toe dat patiënten steeds meer gaan eisen. De behoeften nemen toe, worden ook complexer, en men wil 'waar voor het geld'. Gebeurt dat niet dan proberen steeds meer patiënten hun recht op adequate zorg af te dwingen via de rechter. Gepaard met economisering gaat daardoor een zekere juridisering van de zorg (er ontstaat een claimcultuur). Binnen de geschetste voorbeelden geven artsen ook aan dat zij zich ervan bewust zijn dat patiënten steeds vaker naar de rechter stappen en dat zij daarmee in hun gedrag (de keuze voor behandelingen, de snelheid van werken, het voorschrijfgedrag) rekening houden en soms het zekere voor het onzekere nemen (en soms behandelingen voorschrijven die leiden tot onnodige zorgconsumptie).

Kortom, de verzakelijking van de bedrijfsvoering (dominantie budgettering/kostenbeheersing, patiënt als klant, nadruk op service en snelheid in logistische processen) leidt tot veranderingen in de relatie tussen artsen en patiënten en een dominante plaats voor zelfbeschikking en financieel-economische

doelmatigheid in het waardencomplex dat onder de beroepsethiek ligt.

5 Consequenties

Aan de hand van verschillende cases en voorbeelden concluderen we dat financieel-economische doelmatigheid, en de autonomie van en zelfbeschikking door de patiënt dominant aanwezig zijn in de arts-patiëntrelatie en in het marktgedrag in de zorg. Het leidt tot handelen langs behandelprogramma's en standaarden en het gebruik van diagnose behandelcombinaties die inzichtelijk en vergelijkbaar zijn. Variatie van aanbod en individuele genoegdoening van patiënten staan steeds meer centraal in het werk van artsen en managers. Dit drukt waarden van gelijke toegankelijkheid, professionele autonomie en behandeling uitsluitend op basis van medische urgentie meer naar de achtergrond. Dit leidt tot spanningen en dilemma's in de beroepsethiek, maar het biedt ook kansen. Het zou onjuist zijn een eenzijdige blik te werpen op de spanningen en dilemma's.

Economisering biedt kansen

Economisering leidt tot een grotere druk op artsen en instellingen om transparant en outputgericht te werken. Het betekent dat instellingen en beroepsbeoefenaren steeds nadrukkelijker moeten laten zien wat ze doen, op welke manier ze dat doen en met welk resultaat. Het heeft ook tot gevolg dat inzichtelijk wordt wat de zorg daadwerkelijk kost en welke kwaliteit daar tegenover staat. Dat biedt zorgvragers en bijvoorbeeld verzekeraars enerzijds de mogelijkheid om gericht zorg in te kopen die past bij de behoeften en anderzijds maakt het gebruikers en verleners van zorg bewuster van de kosten die ermee gemoeid zijn. Dit levert een positieve impuls in termen van beroepsethiek. Het betekent namelijk dat managers en professionals gericht kunnen bijdragen aan zowel het verlenen van die zorg die past bij wat patiënten behoeven, waardoor de verdeling van zorg rechtvaardiger plaats kan vinden, alsmede aan het voorkomen van onnodige en te dure zorgverlening, waardoor de doelmatigheid toeneemt en misbruik afneemt.

Tegelijkertijd kan het in termen van de professionele waarden recht doen aan de ondeelbaarheid van het individu in de professionele behandeling en vergroot het de mogelijkheid om

binnen de professionele autonomie de afwegingen over medische behandeling meer op maat en klantgericht te maken.

Daarnaast kan economisering de bureaucratie in de zorg teengaan. Als het leidt tot deregulering en decentralisatie van verantwoordelijkheden en tot meer toetsing op resultaten achteraf dan ontstaat ruimte voor ondernemerschap, innovatie en experimenteren met vernieuwende zorgconcepten. Dat kan leiden tot minder regelgeving vooraf en vervolgens tot meer responsiviteit ten opzichte van hetgeen er op de markt gevraagd wordt. Daarbij moet dan wel opgepast worden voor een verplaatsing van de regelgeving en de bureaucratie naar het toezicht en de controle achteraf. De randvoorwaarden van transparantie, adequaat toezicht en voldoende handelingsruimte en vertrouwen zijn nodig om dat te voorkomen (zie ook Tonkens, 2003). Meer ondernemend management in de zorg kan dan bijdragen aan de vooruitgang in de medische professie en verbetering van verhoudingen in de zorgketen. De kwaliteit van zorg, de variëteit en keuzemogelijkheid in het aanbod en de doelmatigheid van zorgverlening, kernwaarden van de zorg, kunnen hiervan profiteren. In de gehanteerde voorbeelden is dit alles echter nog maar beperkt het geval. Daarmee komen we bij de spanningen en dilemma's die economisering veroorzaakt in het handelen van artsen en instellingen, hetgeen voor overheden en verzekeraars veelal reden is de bureaucratie vooralsnog te handhaven en het handelen van artsen en instellingen te willen controleren.

Economisering brengt ook risico's met zich mee

Er doen zich echter ook conflicten voor tussen waarden die op de markt een belangrijke rol spelen (individuele eisen en wensen, winstoogmerk, concurrentie) en waarden die professioneel van belang worden geacht (gelijke behandeling op basis van medische urgentie; medische waarden in afwegingen leidend laten zijn) dan wel waarden die politiek en maatschappelijk van belang worden geacht (gelijkheid, solidariteit). De economisering in de zorg is in hoge mate ingegeven door de politieke wens om meer marktprincipes in de gezondheidszorg te introduceren. De belangrijkste redenen daarvoor zijn de toename van de autonomie en de individuele keuzevrijheid van patiënten, welke zouden moeten leiden tot meer zorg op maat en een meer efficiënte verdeling van middelen en voorzieningen, hetgeen dan zou moeten leiden tot meer kostenbeheersing. De gevolgen hiervan constateerden we zowel op de zorgmarkt, als op de verzekeringenmarkt als op de zorginkoopmarkt. Op de zorgmarkt zien we de invloed van de pati-

ent zelf toenemen door de toenemende vergelijkbaarheid van producten op basis waarvan instellingen en artsen gekozen kunnen worden. Op de zorginkoopmarkt zien we dat verzekeraars scherper naar prijs en kwaliteit kijken bij het sluiten van contracten. Op de zorgverzekeringenmarkt hebben verzekerden meer mogelijkheden te stemmen met de voeten en te wisselen van verzekeraar als ze ontevreden zijn.

Op elk van de markten nemen inmiddels ook de mogelijkheden toe om commercieel te opereren, en dus ook het toelaten van het maken van winsten en de mogelijkheid die uit te keren aan aandeelhouders. De economisering op elk van die markten leidt tot een ingewikkeld streven naar de gelijktijdige realisatie van verschillende normen (Polder, 1997): de ethische norm van onbaatzuchtig weldoen, de medisch technische norm van kwalitatieve zorg, de ethisch juridische norm van rechtvaardige verdeling en solidariteit, de economisch maatschappelijke normen van vrij ondernemerschap en persoonlijke verantwoordelijkheid, de economische norm van doelmatigheid en de macro-economische norm van de beheerste kostenontwikkeling. Deze normen zijn echter soms conflicterend met elkaar.

Zo kenmerkt de markt voor ziekenhuiszorg zich door de professioneel autonome positie van artsen met verrassende parallellen naar het middeleeuwse gildensysteem. Daarbij staan centraal (Enthoven, 1988): de vrije artsenkeuze voor patiënten, de professionele autonomie (vrije therapiekeuze) voor artsen, de uitschakeling van het prijsmechanisme door uniforme tarieven en een professioneel beroepsmodel waarin de medische beroepsgroep zichzelf controleert en corrigeert via gedragsregels en tuchtrechtspraak. Er moet wel een nuance worden gemaakt, want ook in de positie van de artsen is in de loop der tijd wel verandering opgetreden. Maatschappen hebben nog steeds veel macht en zijn sterk statusbepalend, maar de artsen ontlenen daar niet meer de vrijheid aan die ze in het verleden hadden. Artsen zijn steeds meer in de ziekenhuisorganisatie ingebed en worden daarnaast ook aangestuurd door vele regels vanuit de overheid en de zorgverzekeraars. Desondanks zien we dat de beroepsgroep nog steeds een relatief autonome positie inneemt, met de daarbij behorende organisatievormen en besluitvormingsstructuren.

De economisering van deze zorgmarkt, zoals de casus met de bedrijvenpoli laat zien, leidt ertoe dat instellingen en artsen onderling gaan concurreren om de gunst van zorgverzekeraars, hetgeen betekent dat deze de ene arts wel en de andere niet

zullen contracteren. Als de contracteerplicht verdwijnt ontstaat het risico dat ook de vrije artsenkeuze voor de patiënt wegvalt, en kan de vrije therapiekeuze van artsen in betekenis afnemen omdat artsen meer aan het beleid van de zorgverzekeraar gebonden zijn. Als concurrentie op prijzen toeneemt dan vallen ook de uniforme tarieven weg, net als de mogelijkheid om via intercollegiale toetsing elkaar aan te spreken op handelwijzen (men wordt immers meer elkaars concurrent). Deze verschuiving in de normen voor gedrag op de zorgmarkten leidt ook tot een andere waardering van de onderliggende waarden.

Binnen de medische professie gaat het vooral om de borging van waarden zoals de kwaliteit van zorg, de vertrouwensrelatie met de patiënt en de eer van de medische stand. Doelmatigheid is daarbij vooral onderdeel van de kwaliteit van zorg, ook artsen hebben dat als uitgangspunt. Economisering zorgt ervoor dat het maken van winsten en het voortbestaan en de uitbouw van instellingen meer centraal komen te staan, waardoor waarden van financieel-economische doelmatigheid en keuzemogelijkheden voor de klant domineren. Volgens Polder (1997) dient het economische aspect echter ondergeschikt te zijn aan de ethische norm van onbaatzuchtig weldoen, omdat juist in de ziekenhuiszorg de patiënt veelal sterk afhankelijk is van de artsen als het gaat om informatie en deskundigheid over te kiezen behandelingen. De ethiek van de arts-patiëntrelatie kan volgens hem in geding komen wanneer de tucht van de markt de arts dwingt tot opportunistisch gebruik van informatievoordelen. 'De markt kan daar niet mee omgaan omdat zij een appèl doet op het streven naar eigenbelang als primaire motivatie die door de bemoeienis van de verzekeraars met de coördinatie van de zorg niet langer in het verlengde ligt van het patiëntenbelang maar van het verzekeraarsbelang'.

Kortom, wij constateren dat verschuivingen in de maatschappelijke en professionele normen, namelijk meer dominantie van de omgangsnormen en codes van de markt, zonder dat hier veelal expliciet politiek, maatschappelijk of professioneel voor wordt gekozen, impliciet leiden tot een andere positie en waardering van de kernwaarden in de gezondheidszorg, zoals de rechtvaardige verdeling van zorg, de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt en de plaats van medische urgentie als leidend principe voor de professie. Op de korte termijn doet dit recht aan bijvoorbeeld de maatschappelijke eisen van transparantie, meer en gevarieerd aanbod en keuzemogelijkheden. De kansen die economisering biedt kunnen worden benut en op langere termijn ertoe leiden dat middelen en voorzienin-

gen meer transparant en rechtvaardig verdeeld worden. Potentiële spanningen met maatschappelijke waarden moeten dan wel expliciet en hanteerbaar gemaakt worden (zie conclusies). Geredeneerd vanuit de professionele waarden ontstaan op langere termijn spanningen. De principes van de markt en de onderliggende waarden van individuele keuzevrijheid, financieel-economische doelmatigheid en vrijheid kunnen conflicteren met belangrijke professionele waarden die onder de beroepsethiek liggen, zoals de autonomie van artsen, het belang van medische urgentie bij toegang tot zorg en de basis van de vertrouwensrelatie tussen patiënten en artsen.

6 Conclusies

Tot slot vatten we de belangrijkste bevindingen samen en formuleren we een antwoord op de vraag die centraal in deze achtergrondstudie staat: *Tot welke spanningsvelden en morele dilemma's bij de publieke en professionele taakuitoefening door professionals en managers in ziekenhuizen leidt de zogeheten economisering van de zorg?*

Economisering: definiëring en verschijningsvormen

Allereerst is economisering gedefinieerd. Het is momenteel de dominante trekkracht in de zorg, maar niet de enige. Ziekenhuiszorg blijft in een politieke, maatschappelijke en juridische context functioneren en staat ook onder invloed van toeneemende technologisering, vergrijzing en bijvoorbeeld europeanisering. Economisering heeft een aantal verschijningsvormen. Privatisering van zorg is één van de uitingsvormen, bijvoorbeeld tot uiting komend in bedrijvenpoli's en private klinieken, en een vergrote aandacht voor bedrijfsmatigheid is een andere uitingsvorm, tot uiting komend in bijvoorbeeld een straffe budgettering en de introductie van marktprikkels (contractmanagement, no-teruggave, meer patiëntenmacht).

Gelaagde benadering: de waarde van de norm

Vervolgens is in deze studie gekeken naar de praktijk van economisering en de betekenis voor de beroepsethiek. Een relativering van de vraagstelling bleek noodzakelijk. Spreken over spanningsvelden en dilemma's roept namelijk een negatieve waardering op ten aanzien van economisering, terwijl ook positieve kanten geconstateerd worden. Belangrijker was dus allereerst te bezien hoe de invloed van economisering op beroepsethiek bestudeerd zou moeten worden, alvorens de ver-

anderingen normatief te duiden. We hebben daartoe verschillende niveaus van analyse onderscheiden. Er is de laag van het samenstel van kernwaarden die in de zorg aan de orde zijn, en de laag van het samenspel tussen de stakeholders in de zorg die erop gericht zijn om binnen een zeker paradigma dat samenstel van waarden (deels) te realiseren en te waarborgen. Grofweg zijn het de waarden en de normen waar zich veranderingen kunnen voordoen.

Economisering kan zich dan uiten in het samenspel, bijvoorbeeld in veranderend taalgebruik (producten, klanten), het gedrag en de onderlinge verhoudingen (onderhandelingen, devaluatie van de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt). Normen zijn normaliter een weerslag van de onderliggende waarden. Wijziging van omgangsnormen leidt echter ook tot veranderingen in de beleving en interpretatie van onderliggende waarden. Doordat in het politieke en maatschappelijke debat over de zorg vooral normen in discussie zijn - het gaat vooral over taken en verantwoordelijkheden, organisatiestructuren en sturingsprincipes - blijven dieperliggende waarden ogenschijnlijk buiten schot. Wij constateren echter dat verschuivingen in normen uiteindelijk leiden tot impliciete verschuivingen in de basiswaarden van de zorg.

Conclusie: economisering versterkt én verzwakt maatschappelijke en medische waarden en normen

Gesteld kan dan worden dat de dieperliggende waarden in de zorg een vrij constant karakter hebben en dat de veranderingen en verschuivingen als gevolg van economisering zich vooral voordoen op het niveau van de normen, de wijze waarop de kernwaarden beleefd en geïnterpreteerd worden. De normering die in de beroepsethiek verankerd wordt is onderhevig aan vele trekkrachten, waarvan de economisering momenteel de dominante is. In de beroepsethiek van artsen en managers nestelen zich daardoor langzamerhand verschillende en principieel tegenstrijdige maatschappelijk en medische waarden.

Op basis van deze studie concluderen we dat de economische waarden soms de maatschappelijke en medische waarden ondersteunen, maar ook dat deze soms verzwakken. Enerzijds maakt economisering de realisatie van maatschappelijke en professionele waarden in het huidige tijdsgewricht mogelijk. Door de sterkere nadruk op transparantie, kostenbewustzijn en responsiviteit ten aanzien van de vraag wordt door artsen en instellingen steeds adequater ingespeeld op zowel individuele

als maatschappelijke behoeften aan zorg op maat. Het biedt mogelijkheden om publieke middelen en voorzieningen daar te benutten waar ze het meest nodig zijn. Economisering versterkt daarmee het publieke doelmatigheidsvereiste, de borging van kwaliteit en vergroting van het volume van zorgverlening.

Anderzijds maken de economische waarden inbreuk op maatschappelijke en professionele waarden die al erg lang aan het zorgsysteem ten grondslag liggen, zoals de gelijke toegankelijkheid, de rechtvaardige verdeling van voorzieningen en de professionele autonomie van artsen. Er ontstaan bijvoorbeeld spanningen tussen het streven naar winst en het voldoen aan de behoeften van individuele vragers op de markt aan de ene kant en professionele codes van gelijke behandeling en kwaliteit, en juridisch-maatschappelijke uitgangspunten zoals gelijkheid en rechtvaardigheid aan de andere kant. De nadruk op toenemende autonomie van de cliënt, drang tot zelfbeschikking, individuele keuzevrijheid en financieel-economische doelmatigheid staan dus soms op gespannen voet met de autonomie van de arts, de vertrouwensrelatie met patiënten en de plaats van medische urgentie bij de toegang tot zorg. Artsen moeten steeds nadrukkelijker financieel economische criteria in het medisch handelen meenemen. Ze worden gedwongen rekening te houden met tijd, financiële middelen en kostenbeheersing.

Dat heeft enerzijds tot gevolg dat er bijvoorbeeld minder aandacht mogelijk is en er weinig tijd bestaat voor uitleg aan patiënten. Dat kan er toe leiden dat de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt schade oploopt. Datzelfde gebeurt wanneer commerciële motieven sturend dreigen te zijn in het voorschrijven van medicijnen of verwijzen naar professionals en instellingen. Dát overschrijdt de ondergrens voor het vertrouwenwekkende handelen van artsen.

Anderzijds leidt het explicieter meenemen van het kostenaspect in het medisch handelen er ook toe dat het handelen van professionals inzichtelijker wordt, ook voor patiënten, en dat steeds duidelijker wordt wat de zorg kost en hoe doelmatig met publieke middelen kan worden omgegaan. Dat versterkt vervolgens het vertrouwen van burgers en overheid in de professionals en in de zorgverlening, maar ook het vertrouwen van professionals onderling. Het maakt ook mogelijk inzichtelijk te maken waar zorginhoudelijke innovaties mogelijk en nodig zijn en hoe keuzemogelijkheden voor patiënten gerealiseerd kunnen worden.

De 'zone of acceptance', waarbinnen artsen financieel-economische criteria in hun afwegingen mee kunnen nemen, is dus niet statisch maar beweeglijk. Er is echter een ondergrens die niet overschreden moet worden, omdat dan het vertrouwen in de zorgverlening afneemt. Er is ook een bovengrens waarnaar juist te streven valt in termen van transparantie, kostenbewustzijn en het traceren van innovatiepotentieel.

Ten behoeve van de vertrouwensrelatie met de patiënt en het vertrouwen in het zorgsysteem, dat zich ontwikkelt onder een economiserend gesternte, is het cruciaal dat beroepsgroepen en instellingen zoeken naar een nieuw evenwicht tussen professionele autonomie en kostenbewust omgaan met publieke middelen. Met andere woorden: de ondergrens bepalen en de bovengrens opzoeken. Het hanteerbaar maken van de potentiële spanningen die daarbij kunnen ontstaan is afhankelijk van de wijze waarop de artsen en managers met deze ambigue en hybride situatie omgaan. Wat is daar allereerst voor nodig?

Ethische dimensie in debat over marktwerking ontrafelen en doordenken

Waarom is het van belang dit alles te expliciteren en inzichtelijk te maken? In de politieke en maatschappelijke discussies over marktwerking in de zorg worden de niveaus van de normen en de waarden vaak verward of niet onderscheiden. Discussies over het management van waardendilemma's in de gezondheidszorg worden gevoerd in abstracte termen van principieel onoverbrugbare waarden tegenstellingen. Dit is onnodig en onterecht.

Economisering doet de verantwoordelijkheden en posities in de zorg verschuiven. Onduidelijk is daardoor soms wie waarvoor verantwoordelijk is. Om met de spanningen om te gaan kiest men soms voor de vlucht naar buiten de zorg (de commercie, markt) en soms juist om binnen de bestaande kaders te blijven. Wij hebben aangegeven dat dit soms de maatschappelijke en professionele waarden ten goede kan komen, vooral op kortere termijn, maar impliciet ook leidt tot aantasting van andere waarden op langere termijn. Dit moet in de politieke en maatschappelijke discussies expliciet benoemd worden om spanningen rond bijvoorbeeld de verdere devaluatie van de vertrouwensrelatie tussen artsen en patiënten en de afkalving van de professionele autonomie van artsen hanteerbaar te maken.

De spanningen worden veelal pas manifest in de uitvoering, zoals bij de bedrijvenpoli wanneer men al ver op streek is.

Nieuw beleid verkrijgt soms wel draagvlak, maar als in de uitvoering maatschappelijke of professionele waarden aange- tast dreigen te worden valt dat snel weg. De invloed van tijd en actualiteit is daarbij van belang. Bedrijvenpoli's raken bijvoor- beeld, door verschuivingen in maatschappelijke normen, steeds meer geaccepteerd, maar maken inbreuk op de waarde van gelijke urgentie en gelijke toegang. De no-claim lijkt te worden geaccepteerd, maar kan op langere termijn gevolgen hebben voor de rechtvaardige verdeling van zorg en de professionele autonomie van de arts. Onverwachte en ongewenste effecten op de basiswaarden die onder de beroepsethiek liggen dienen te worden doordacht om inconsistent beleid en stapeling van beleid op beleid te voorkomen.

Het belang van checks and balances in debat en praktijk: grensbepaling rond 'zone of acceptance'

De weging en normering van oude en nieuwe basiswaarden die onder de beroepsethiek liggen vindt voor een belangrijk deel op het individuele niveau van managers en artsen plaats. Hun betrokkenheid in het debat over het omgaan met ambigue situaties waarin waarden potentieel conflicteren is noodzake- lijk. Het lijkt verstandig dat de beroepsgroep organisatorische, maatschappelijke en financieel-economische aspecten mee- neemt in de eigen normstelling, zodat ze zelf de afweging met de professionele aspecten kan maken. Andersom dient het management de professionele waarden een duidelijke plaats te geven in haar afwegingen. Als de beroepsgroep de professio- nele autonomie echter hanteert als een muur om de eigen professe heen, en daarmee poogt de beroepsethiek te be- schermen, dan is niet uitgesloten dat via de achterdeur anderen alsnog inbreuk maken op het werk van de professional. De trekkrachten in de dynamische omgeving kunnen de artsen en instellingen immers niet aan zich voorbij laten gaan. Het risico is anders dat op een vooral impliciete wijze de vertrouwensre- laties tussen artsen en patiënten en de medische afwegingen beïnvloed worden door bijvoorbeeld de markt of de overheid.

De trend van economisering overkomt de beroepsgroep dan alsnog, omdat bijstellingen van de normen door anderen, bij- voorbeeld rond tijdsbesteding, snelheid en voorschrijfgedrag, uiteindelijk het werk en daarmee de realisatie van onderliggen- de maatschappelijke en professionele waarden mede bepalen. De beroepsgroep doet er aldus verstandig aan de onder- en bovengrens van haar 'zone of acceptance' continu af te tasten, het gedeelde belang met de instelling waarin ze werkt te zoe- ken en te zorgen voor goede 'checks and balances' in het debat

over de gevolgen van marktwerking en in de praktijk van de meer vraaggestuurde zorg.

Literatuur

- Almond, B. *Introducing Applied Ethics*. Oxford: Blackwell Publishers Ltd., 1995.
- Bolt, L.L.E., M.F. Verweij en J.J.M. van Delden. *Ethiek in praktijk*. Assen: Van Gorcum, 2003.
- Brauw, M. de. *De wachtlijst en andere gezondheidszorgen*. Amsterdam: G.A. van Oorschot, 2001.
- Brink, J.C. van en K. Putters. Zakelijkheid bedreigt autonomie: de invloed van economisering op het werk van artsen. *Medisch Contact*, 55, 2000, no. 25, p. 950-952.
- Doorslaer, E.K.A. van. *Gezondheidszorg tussen Marx en markt*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1998.
- Engelen, E. *De mythe van de markt: waarheid en leugen in de economie*. Amsterdam: Het Spinhuis, 1995.
- Enthoven, A.C. *Theory and practice of managed competition in health care finance*. S.l.: Lectures in Economics, 1988.
- European Network of Scientific Co-operation on Medicine and Human Rights. *The human rights, ethical and moral dimensions of health care: 120 practical case studies*. Strasbourg: Council of Europe Publishing, 1998.
- Grit, K. *Economisering als probleem, een studie naar de bedrijfsmatige stad en de ondernemende universiteit*. Assen: Van Gorcum, 2000.
- Hahn, A.J. *The Politics of Caring, Human Services at the Local Level*. S.l.: Westview Press Inc, 1994.
- Hilhorst, M.T. Goeddoen met winst maken: naar een economisering van zorg en beroepsethiek. In: CEG/RVZ. *Economisering van zorg en beroepsethiek*. Zoetermeer: CEG/RVZ, 2004, p. 7-78.
- Höffe, O. *Medizin ohne Ethik?* Frankfurt am Main: Suhrkamp, 2002.

Kaptein, S.P. Ethics Management, auditing and developing the ethical content of organisations. S.l.: s.n., 1998.

Kuczewski, M.G. en R.L.B. Pinkus. An Ethics Casebook for Hospitals, Practical Approaches to Everyday Cases. Washington D.C.: Georgetown University Press, 1999.

Neste F. van, J. Taels en A. Cools. Van klinische ethiek tot biorecht. Leuven: Peeters, 2001.

Osselen-Riem, J. van. Zorg op de grens: palliatieve zorg in ethisch perspectief. Utrecht: Lemma, 2003.

Polder, J.J. et al. Tussen beginsel en belang. Houten: Den Hertog, 1997.

Putters, K. Geboeid ondernemen: een studie naar het management in de Nederlandse ziekenhuiszorg. Assen: Van Gorcum, 2001.

Putters, K. Professie, profijt en solidariteit (achtergrondstudie bij RVZ advies Winst en Gezondheidszorg). Zoetermeer: RVZ, 2002.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Ethiek met beleid: advies over beleid bij ethische vraagstukken in de gezondheidszorg. Zoetermeer: RVZ, 1999.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Professionals in de gezondheidszorg. Zoetermeer: RVZ, 2000.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Winst en gezondheidszorg. Zoetermeer: RVZ, 2002.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Meer markt in de gezondheidszorg: mogelijkheden en beperkingen. Zoetermeer: RVZ, 2002.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Nieuwe aanbieders onder de loep: een onderzoek naar private initiatieven in de gezondheidszorg. Zoetermeer: RVZ, 2002.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Van Patiënt tot Klant. Zoetermeer: RVZ, 2003.

Schermer, M. The different faces of autonomy: a study on patient autonomy in ethical theory and hospital practice. Ridderkerk: Ridderprint, 2001.

Schut, F.T. De zorg is toch geen markt: laveren tussen marktfalen en overheidsfalen in de gezondheidszorg. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 2003.

Seedhouse, D. Ethics, the heart of health care. Chichester: John Wiley & Sons Ltd., 1998.

Sevenhuijsen, S.L. De plaats van zorg: over de relevantie van zorgethiek voor sociaal beleid. Utrecht: Universiteit Utrecht, 2000.

Taels, J. De vis heeft geen weet van het water: hoe kunnen professionals – politici, journalisten, medici, bedrijfsleiders – de complexiteit van de ethische problemen aan? Kapellen: Uitgeverij Pelckmans, 1995.

Tonkens, E. Mondige burgers, getemde professionals. Marktwerking, vraagsturing en professionaliteit in de publieke sector. Meppel: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn, 2003.

Verkerk, M. Denken over zorg: concepten en praktijken. Utrecht: Elsevier: De Tijdstroom, 1997.

Widdershoven, G.A.M. Principe of praktijk: een hermeneutische visie op gezondheid en zorg. Maastricht: Universiteit Maastricht, 1995.

Widdershoven, G.A.M. Ethiek in de kliniek: hedendaagse benaderingen in de gezondheidsethiek. Maastricht: Boom, 2000.

Zuuren, F.J. van. Marktwerking en ethiek in de kliniek: stemmen uit de praktijk. In: CEG/RVZ, Economisering van zorg en ethiek. Zoetermeer: CEG/RVZ, 2004, p. 79-112.

