

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 tuchtrecht Codes, richtlijnen en standaarden Klachtrecht Interprofessionele toetsing Statusverlening Taalgebruik <i>Voorbeld:</i> medische urgentie telt, bij gelijke urgentie telt wie het eerst komt die het eerst maakt, pas daarna tellen sociale of financieel-economische criteria mee.	Wet- en regelgeving Klachtrecht 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 gezondheidsschade - 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

Gelijkheid in 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 waardentegenstellingen. 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 professie 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.