

## 7 Economisering van zorg en beroepsethiek

*Het feit dat economische motieven en belangen dominanter worden in de organisatie en uitvoering van de zorg, wordt vaak aangeduid met de term economisering. Voor zorgverleners betekent dit dat ze in hun afwegingen bij behandelingen naast medische ook met economische overwegingen rekening moeten houden. Dat leidt tot de vraag welke invloed economisering van zorg heeft op de beroepsethiek van zorgverleners. Zullen er verschuivingen komen in de beroepsethiek of moet de gevestigde beroepsethiek op de schop? Biedt de beroepsethiek bescherming tegen excessen van economisering van zorg? In dit signalement blijkt dat onder invloed van economisering twee kernwaarden in de beroepsethiek onder druk komen te staan: het belang van 'vertrouwen' en het belang van de professionele standaard. Van de beroepsethiek kan niet verwacht worden dat ze voldoende garantie biedt tegen risico's van economisering. Om bescherming tegen deze risico's te bieden, zullen andere maatregelen genomen moeten worden. Beroepsethiek krijgt door de veranderende omstandigheden in de zorg een andere inbedding en zal met die situatie rekening moeten houden. Dat vraagt om herziening van de huidige beroepsethiek.*

### 7.1 Inleiding<sup>1</sup>

Het steeds grotere accent op een economische aanpak van de gezondheidszorg wordt vaak aangeduid met de term 'economisering'. Het is een verzamelterm voor een aantal ontwikkelingen in de zorg die met elkaar verstrengeld lijken te zijn. Analyse van de verschillende betekenissen van de term wijst grofweg in twee richtingen. Enerzijds is van economisering sprake wanneer initiatieven worden genomen om marktwerking en een bedrijfsmatiger aanpak te stimuleren of zorg met winst oogmerk toe te laten. Economisering betekent dan vooral commercialisering van zorg en houdt ook een andere werk- en denkrant in. Anderzijds kan de term ook verwijzen naar financiële maatregelen, zoals de onlangs voorgestelde no-claimregeling, vanuit het oogpunt van kostenbeheersing. Economisering betekent dan economisch verantwoord omgaan met de gezondheidszorg. In deze betekenis krijgt economisering vaak ook een normatieve lading: om

1 Dit signalement is samengesteld door mw dr AJ Struijs, projectcoördinator CEG/RVZ, en gebaseerd op drie extern uitgevoerde achtergrondstudies (te vinden op [www.ceg.nl](http://www.ceg.nl)):

- dr MT Hillhorst, Goeddoen met winst maken. Naar een economisering van zorg en beroepsethiek? Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam.
- dr FJ van Zuuren, Marktwerking en ethiek in de kliniek. Stemmen uit de praktijk. Universiteit van Amsterdam en Vrije Universiteit, Amsterdam.
- dr EJTh van Hout en dr K Putters, De waarde van de norm. Effecten van economisering op het handelen van artsen en managers in de ziekenhuiszorg. Universiteit van Tilburg.

de gezondheidszorg voor iedereen van goede kwaliteit, toegankelijk en betaalbaar te houden, is economisering geboden. Dit wordt gemotiveerd met een sterk beroep op de eigen verantwoordelijkheid van burgers.

Dit signalement richt zich vooral op economisering in de betekenis van commercialisering van zorg en de veranderingen die dit in de organisatie van zorg teweeg brengt. Onvermijdelijk komen dan toch ook zaken van kostenbeheersing in beeld. Dat is niet vreemd, omdat de markt als instrument ook gebruikt kan worden met het oog op kostenbeheersing. Het gaat bij economisering vaak om een mix van doelstellingen, waarvan kostenbeheersing er een is.

In het debat over economisering wordt vaak gesteld dat de toenemende aandacht voor de economische kant van zorg artsen en andere zorgverleners voor morele dilemma's plaatst bij de uitoefening van hun beroep. Hun beroepsethiek, opgevat als een set van morele regels en principes dat richtinggevend is voor het beroepsmatig handelen, zou onder druk staan doordat zij rekening moeten houden met verschillende, soms tegenstrijdige, belangen. Sommigen vragen zich zelfs af of de gangbare beroepsethiek nog wel voldoet in deze veranderende omstandigheden. Anderen zien de beroepsethiek juist als een buffer om excessen van economisering te voorkomen.

In dit signalement gaat het om de vraag welke invloed economisering van zorg heeft op de beroepsethiek van zorgverleners, in het bijzonder van artsen in het ziekenhuis. Eerst wordt in paragraaf 7.2 verkend wat economisering eigenlijk is en onder invloed van welke ontwikkelingen economisering belangrijker is geworden. Daarna wordt in paragraaf 7.3 de beroepsethiek bekeken. Wat wordt daaronder verstaan? Welke ontwikkelingen doen hun invloed daarop gelden? Vervolgens wordt onderzocht wat de gevolgen van economisering zijn voor de beroepsethiek. Wat is de positie van de beroepsethiek in deze veranderende situatie? Is die onder invloed van economisering kwetsbaar, stevig of flexibel? Afhankelijk van de visie op beroepsethiek zijn hierop verschillende antwoorden te geven en levert het ethische kwesties op. Welke dat zijn en wat dit betekent voor het overheidsbeleid staat in paragraaf 7.4.

## **7.2 Economisering van zorg**

### **Kenmerken van economisering**

Kenmerkend voor economisering is een managementaanpak, kwantificering, marktgericht werken, een ondernemende houding, productiviteit als norm en sturen op afstand (Grit 2000, Van Hout en Putters 2004). Engelen (expertmeeting, 2004<sup>1</sup>) voegt aan deze omschrijving toe: professionalisering van de organisatie, vermarkting en winstoriëntatie. Volgens hem doet economisering in de gezondheidszorg zich vooral voor als professionalisering van de organisatie, en dan in de vorm van vermarkting.

1 Ter voorbereiding van dit signalement werd een expertmeeting georganiseerd. Een verslag hiervan is te vinden op de website van het CEG: [www.ceg.nl](http://www.ceg.nl)

Van Hout en Putters (2004) sluiten in hun definitie van economisering aan bij Grit (2000) en onderschrijven ook zijn visie dat met economisering drie typen veranderingen samenhangen: op het terrein van de professies (opkomst van het management), de systemen (meer marktwerking) en de ideologieën (neoliberalisme). Zij signaleren in de zorg twee belangrijke ontwikkelingen als gevolg van economisering.

#### PRIVATISERING

Een eerste ontwikkeling is dat zorg commercieel wordt aangeboden. De privatisering van zorgverlening betekent bijvoorbeeld dat private klinieken specifieke behandelingen gaan uitvoeren, en dat bedrijvenpoli's, productiestraten (bijvoorbeeld een liesbreukstraat) en thuiszorgwinkels worden opgezet. Dat zijn zelfstandige ondernemingen of aan reguliere instellingen gelieerde ondernemingen die onderdelen van de zorgketen commercieel aanbieden.

#### VERZAKELIJKING VAN DE BEDRIJFSVOERING

Economisering heeft ook invloed in de non profitsector, waar winst geen oogmerk is. Daar leidt het tot een andere werkwijze. Principes van de markt, zoals bedrijfsmatigheid, strategisch beleid en human resources management (HRM), bekend vanuit het bedrijfsleven, worden ingezet bij de borging van publieke belangen zoals solidariteit, gelijkheid en doelmatigheid in de zorg (Grit 2000, RVZ 1998; 2002). Ook in het taalgebruik zien we deze vorm van economisering terug in termen als HRM, productiestraten en diagnose-behandelcombinaties (DBC's).

Aan de vraagzijde heeft economisering ook invloed. Daar zijn de invoering van meer eigen bijdragen van patiënten en de voorgestelde no claimregeling voorbeelden van verzakelijking 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.

Het beleid heeft met beide ontwikkelingen te maken. Enerzijds wordt vanuit de overheid aangestuurd op economisering van de zorg. Marktwerking is dan een instrument om de zorg doelmatiger te organiseren. Van aanbodregulering is vraagsturing nu het uitgangspunt geworden van beleid in de zorg. De patiënt is de 'klant' die voor het product 'zorg' bij verschillende aanbieders terecht kan. Zorg is een 'product' waarmee winst en verlies behaald kan worden. De zorgverzekeraar bemiddelt voor de klant, onderhandelt op prijs en kwaliteit met zorgaanbieders en koopt de zorg in. Vraagsturing leidt tot meer keuzevrijheid voor de patiënt/klant is de gedachtegang.

Het werken en denken in termen van consumentisme en de principes van de markt zijn dus dominant geworden. Maar de overheid moet ook de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg bewaken.

## Redenen voor economisering

Economisering staat niet los van andere ontwikkelingen. Invloeden binnen en buiten de gezondheidszorg spelen een rol in de toenemende nadruk op verzakelijking. De belangrijkste worden hier genoemd (Van Hout en Putters 2004).

### Hogere kosten

Een belangrijke aanleiding om de zorg te economiseren door privatisering en verzakelijking van de bedrijfsvoering zijn de steeds hogere kosten. Een paar ontwikkelingen dragen bij aan die steeds hogere kosten. In de eerste plaats is er de vergrijzing, die leidt tot meer vraag naar zorg. De steeds groter wordende groep ouderen in de samenleving vraagt om meer en specifieke zorgvoorzieningen. Ouderen maken relatief het meest gebruik maakt van ziekenhuiszorg en dat verhoogt de druk op deze sector.

Bovendien is er technisch steeds meer mogelijk, wat ook tot meer vraag leidt.

Technologie ontwikkelen is duur en nieuwe technieken zijn in de beginfase van de toepassing alleen tegen hoge prijzen beschikbaar. Zo zijn er dure geneesmiddelen ontwikkeld waarmee reuma nu vaak goed te behandelen is (Van Zuuren 2004). Ook dat zet het zorgbudget onder druk. Uiteindelijk kunnen nieuwe technieken wel weer besparingen opleveren. Ziektes kunnen bijvoorbeeld sneller worden opgespoord of onderzoeken leiden tot betere of goedkopere medicijnen. Toepassing hiervan levert dan uiteindelijk forse besparingen op en meer patiënten worden geholpen tegen lagere kosten.

“De eisen die oudere mensen aan de gezondheidszorg stellen worden zeer begrijpelijk hoger. De indicatie voor bijvoorbeeld een heupoperatie is versoepeld. Nu kun je ook mensen van ouder dan 80 jaar een nieuwe heup geven, omdat de risico's van anesthesie minder groot zijn.” “Bij cataract operaties, bijvoorbeeld, en ook bij heupoperaties verschuift de grens voor de indicatiestelling steeds meer richting consumentenzorg: het uitvoeren van ingrepen die medisch gezien minder noodzakelijk zijn. Dit maakt de gezondheidszorg in zijn geheel duurder.” (Van Zuuren 2004).

### Individualisering

Privatisering en verzakelijking van de zorg past verder ook goed bij de toenemende individualisering. Het wordt steeds belangrijker gevonden dat individuele patiënten zelfstandig kunnen beslissen over de medisch zorg die ze ontvangen. Mensen willen meer keuzevrijheid en flexibiliteit om zelf zorg in te kopen. Dat beperkt zich niet tot noodzakelijke zorg. Sommigen willen ook kunnen kiezen voor niet-medisch noodzakelijke ingrepen, zoals cosmetische ingrepen (facelift, liposuctie) of bril- en lensvervangende refractiechirurgie (Van Zuuren 2004).

Een plastisch chirurg heeft met collega's uit de regio een privé-kliniek opgericht. De mensen betalen hier zelf voor hun cosmetische operatie. “Niet iedereen kan zoiets betalen, dit is niet anders dan dat niet iedereen een vijf sterrenhotel kan betalen. Het zou ook niet juist zijn om anderen via de zorg-

verzekeraar te laten meebetalen aan bijvoorbeeld een dure facelift.”  
(Van Zuuren 2004).

### **Reactie op deregulering**

Een andere ontwikkeling die de verzakelijking in de zorg in de hand werkt, is de deregulering. Overmaat aan wet- en regelgeving heeft de gezondheidszorg doen vastlopen en dus is deregulering aan de orde en kan ondernemerschap weer ruim baan krijgen. Door innovatie, creativiteit en bedrijfsmatigheid te stimuleren, kunnen de publieke belangen in de gezondheidszorg beter behartigd worden dan nu gebeurt, is dan de gedachte. Niet iedereen is het daar echter mee eens. Een terughoudende overheid kan de publieke belangen mogelijk juist minder goed waarborgen (Expertmeeting 2004). De vraag is dan of de verzakelijking van werkwijzen, deregulering en commercialisering van de ziekenzorg centrale waarden als solidariteit, gelijkheid en toegankelijkheid alsmede professionele waarden als medische urgentie en professionele autonomie wel voldoende ondersteunen.

### **Conclusie**

Economisering is een complex begrip en heeft betrekking op een scala van economische initiatieven in de gezondheidszorg met weer een mix van doelstellingen. Soms wordt met economisering commercialisering of privatisering van zorg bedoeld. Privé-klinieken, bedrijvenpoli's en thuiszorgwinkels zijn daar voorbeelden van. Dat zijn zelfstandige ondernemingen die onderdelen van de zorgketen commercieel aanbieden. Daarnaast wijst economisering ook op een werkwijze (verzakelijking) waarbij principes van de markt worden benut bij de borging van publieke belangen. Marktwerking is een specifieke vorm van economisering. Het is een sturingsinstrument om de zorg vraaggericht te organiseren en de keuzevrijheid voor de patiënt te vergroten.

Economisering staat niet los van andere ontwikkelingen, die meebepalend zijn voor accentverschuivingen in de zorg. Zo neemt door individualisering de autonomie van de patiënt toe. De toenemende vergrijzing leidt tot hogere kosten en heeft daardoor ook invloed op gelijkheid, toegankelijkheid en solidariteit in de zorg. Toenemende technologische mogelijkheden leiden tot de vraag of alles wat kan, ook moet.

## **7.3 Beroepsethiek onder invloed van economisering**

### **Kenmerken van beroepsethiek**

Om te weten hoe economisering van zorg de beroepsethiek van zorgverleners beïnvloedt, is enig inzicht in de beroepsethiek van belang. Weliswaar beperkt dit signalement zich tot de invloed van economisering en bepaalde aspecten daarvan op de beroepsethiek. Er zijn tegelijkertijd andere ontwikkelingen gaande, zoals juridisering en informatisering, die op dit moment de gezondheidszorg en daarmee ook de beroepsethiek sterk beïnvloeden. Voorzover relevant zullen die ontwikkelingen ook aan de orde komen.

Beroepsethiek is eerder kort omschreven als een set van morele regels en principes dat richtinggevend is voor het beroepsmatig handelen. Dit signalement richt zich vooral op de beroepsethiek van artsen in ziekenhuizen en de dilemma's waar zij tegen aanlopen als gevolg van economisering. Ook in andere beroepsgroepen, zoals bij verplegenden en verzorgenden, heeft men te maken met vergelijkbare dilemma's (Van Dartel tijdens Expertmeeting 2004):

Vanuit de branche van verplegenden en verzorgenden is bekend dat een ondergrens gesteld wordt voor de kwaliteit van de beroepsuitoefening: als de zorg wat kwaliteit betreft onder de maat komt, dan haken deze professionals af. Het probleem is hoe de beroepsgroep en de instelling moeten reageren op wat op individueel niveau als negatief ervaren wordt. Want het effect is dat complexe patiënten buiten de deur gehouden worden.

Wat is het eigene van de beroepsethiek? Beroepsethiek verwijst naar het goede handelen van zorgverleners. Dit goede handelen heeft een aantal kenmerken die hier in kort bestek worden omschreven (zie verder: Hilhorst 2004).

Van een zorgverlener mag verwacht worden dat hij of zij handelt met het oog op het (beste) belang van de zorgbehoefte die aan hem of haar zijn toevertrouwd. De zorgbehoefte moet volledig kunnen vertrouwen op de inzet, deskundigheid en belangeloze gerichtheid van de zorgverlener. Vertrouwen en het belang van de patiënt zijn essentiële kenmerken van goede zorgverlening.

De zorgverlener bezit verder een eigen, specifieke deskundigheid, waarmee hij zowel het individuele als het publieke belang dient. De zorgverlener verbindt zich hieraan door in het openbaar de belofte (eed) af te leggen. De specifieke expertise vereist ook dat zorgverleners zichzelf organiseren (professionele autonomie en verdergaande professionalisering). Voor zelfregulering en professionele autonomie is maatschappelijk draagvlak nodig (*public trust*). Professionele vrijheid is dan ook te beschouwen als verleende vrijheid.

Wat goede zorg is, wordt grotendeels door expertise uitgemaakt. Zorgverleners geven onvermijdelijk hun een eigen invulling. De eigen verantwoordelijkheid hiervoor vereist voldoende vrijheidsruimte (discretionaire bevoegdheid). Bij deze vrijheidsruimte zijn inzichtelijkheid en verantwoording onmisbare ingrediënten.

### **Conclusie**

Bij beroepsethiek gaat het dus om goede zorgverlening. Vertrouwen is hiervoor een belangrijke basis. Bij goede zorgverlening horen bepaalde gedragsregels. Deze hebben vaste vorm gekregen via beroepscode, standaarden en protocollen, maar zijn ook aan veranderingen onderhevig. Maatschappelijke en technologische ontwikkelingen leiden tot discussies over wat goede zorgverlening is en dat heeft ook effect op beroepsethiek. De beroepsethiek bestaat niet, het is een dynamisch begrip.

## **Beroepsethiek en invloed van sturingsinstrumenten**

Goede zorg kan niet zonder een goede organisatie van diezelfde zorg. Goed zorgverlenen wordt mede bepaald door de context waarbinnen het wordt verricht. In de gezondheidszorg zijn verschillende sturingsinstrumenten werkzaam om de zorg zo goed mogelijk te organiseren. Marktinstrumenten en juridische instrumenten zijn op dit moment sterk bepalend en drukken hun stempel op de organisatie van zorg. Dit heeft zijn weerslag op het professionele handelen en de beroepsethiek van zorgverleners. Wat zijn de gevolgen hiervan voor de visie op wat goede zorg is, het professionele handelen en de beroepsethiek? Dat is de centrale vraag van deze paragraaf.

Er zijn verschillende manieren om te beoordelen wat een goede organisatie van zorg is. Een manier is om een visie op wat goede zorg is als uitgangspunt te nemen en vervolgens na te gaan welk type organisatie daarbij het beste past. Systeemwijzigingen zijn immers geen doel op zich, maar staan in dienst van betere zorg (Jochemsen tijdens Expertmeeting 2004). Een andere manier is de huidige ontwikkelingen als gegeven beschouwen en vervolgens nagaan wat daarvan in ethisch opzicht de gevolgen zijn.

Hilhorst (2004) kiest voor de laatste invalshoek en gaat ervan uit dat economisering van zorg een feit is. De positieve en negatieve effecten daarvan wil hij op het spoor komen. Hij brengt de voor- en nadelen van verschillende sturingsinstrumenten op de organisatie van de zorg in kaart. Vervolgens gaat hij na tot welke verschuivingen in waarden dit leidt en welke mogelijke gevolgen dit heeft voor de beroepsethiek. In deze paragraaf worden zijn bevindingen samengevat.

Naast het marktinstrument onderzoekt hij de invloed van wet- en regelgeving, van professionaliteit en van beroepsethiek. Vanwege de samenhang en soms sterke overeenkomsten tussen deze sturingsinstrumenten, analyseert hij alle vier in het kader van economisering.

### **Invloed van het marktinstrument**

De markt als instrument geeft aan zorg en de definitie van wat goede zorg is een eigen invulling en richting. De markt bepaalt op haar eigen wijze wat 'kwaliteit' is. Hilhorst baseert zich op Cherry. Volgens Cherry (2003) stelt de markt mensen in staat vreedzaam samen te werken; het is voldoende dat zij het eens worden over de zorg die geleverd moet worden. Daaraan ontleent de markt haar morele gezag. Overeenstemming over andere punten (zoals moraal, achtergrondovertuigingen, het belang van het goed gezondheid naast andere goederen) is niet nodig. En hij concludeert: de markt laat veel toe dat zij strikt genomen niet onderschrijft. Zij staat personen toe dingen in de zorg in te kopen die anderen voor afwijkend houden en wellicht in moreel opzicht zelfs verwerpelijk vinden.

Waar aan valt te denken? Aan meer gangbare voorbeelden als zwangerschapsafbreking, euthanasie, plastische chirurgie, orgaandonatie bij leven. Maar ook aan minder vanzelfsprekende of zelfs controversiële zorg, zoals betalen voor snellere hulp in een bedrijvenpoli, de verstrekking van

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

Op de markt krijgt zorg een bepaald perspectief. In termen van waarden kan dat als volgt getypeerd worden.

- *Intrinsiek versus instrumenteel*: de markt ziet louter instrumentele waarden. Dat wil zeggen: de waarde van leven, de integriteit van het lichaam of het belang van gezondheid die velen als intrinsiek aan de geneeskunst zien, zijn op de markt niet de hoogste waarden. Wat telt is de wens van de patiënt of een tevreden patiënt, niet zozeer het medisch oordeel.

Een geïnterviewde oogarts uit een privé-kliniek is voorstander van marktwerking: het gaat erom dat de klant tevreden is. Marktwerking in deze sector moet je zien als concurrentie tussen de verschillende oogklinieken, en de vraag wat de cliënt voor een behandeling wil betalen. Marktwerking is niet goed als het zuiver en alleen gaat om de kosten te drukken. Een kliniek kan gemakkelijk roepen dat het goedkoper kan door met slechte materialen (bij voorbeeld het goedkoopste lensje) te werken. Je moet elkaar op kwaliteit beconcurreren, de klant moet kunnen zien waar de kwaliteitsverschillen zitten. Van marktwerking kan dus een kwaliteitsimpuls uitgaan (Van Zuuren 2004).

- *Gelijkheid en rechtvaardigheid*. Ook de waarde rechtvaardigheid (met name de gelijke toegang tot de zorg) is op de markt niet heilig. Op de markt kan men geld verdienen door bepaalde, schaarse zorg aan te bieden en kan met geld voorrang worden gekocht. Een bepaald idee van 'fairness' moet dan worden opgeofferd voor 'efficiency'. Iedereen is beter af in de betekenis van 'sneller' geholpen, maar sommigen worden sneller geholpen dan anderen. Dit roept de vraag op: Hoe zwaar tillen zorgverleners en zorgbehoeftigen aan die ongelijkheid?

Een klinisch psycholoog, werkzaam in een regionaal psychiatrisch centrum telt: "Aan het einde van het jaar werd druk op medewerkers uitgeoefend om toch vooral meer intakes en diagnostiek binnen te halen en minder therapie te doen. De reden hiervan was dat het budget voor eerder genoemde verrichtingen nog lang niet was verbruikt. Medewerkers hebben de indruk dat ze zo op oneigenlijke wijze bezig zijn." (Van Zuuren 2004)

- In ethisch opzicht is een *smalle morele basis* voor overeenstemming op de markt voldoende. 'Goed' is wat direct betrokkenen overeenkomen. De verkoop van een nier of hulp bij zelfdoding bij levensmoeheid, is in moreel opzicht niet dubieus zolang het om vrijwilligheid gaat (en derden niet geschaad worden). De markt legt dus geen bijzonder idee over zorg aan mensen op. Betrokkenen mogen zelf uitmaken hoe zij aan hun eigen visie op zorg invulling wensen te geven. De vraag mag hier het aanbod sturen, net als bij de andere goederen op de markt (veiligheid; onderwijs; voeding). Of men op de markt kwetsbare patiënten voldoende bescherming kan bieden, is uiteraard een belangrijke vraag. Vaak zijn aanvullende instrumenten nodig (bijvoorbeeld wet- en regelgeving) om die bescherming te realiseren.



De visie op wat goede zorg en professioneel handelen is dus veranderd door marktwerking. Het brengt een verschuiving in waarden met zich mee, die voor patiënt en arts in verschillende opzichten meer ruimte bieden. Op de markt is een smalle morele basis van overeenstemming voldoende (vraag stuurt aanbod), gelden instrumentele waarden (wat telt is de tevreden patiënt) en komen gelijkheid en rechtvaardigheid in een ander daglicht te staan (efficiency voorrang op rechtvaardigheid). Dit laatste heeft nadelige gevolgen voor de gelijke toegankelijkheid van de zorg. De markt kan risico's als ongelijke toegankelijkheid, onvoldoende kwaliteit van zorg en patiëntenselectie niet voorkomen.

### **Invloed van het juridisch instrument**

Het juridisch instrument beoogt de bescherming van betrokken partijen in de zorg, maar bepaalt ook hoe die de zorg eruit komt te zien. Het is zinvol in de discussie over economisering het juridische perspectief te betrekken, omdat voor veranderingen in de richting van meer kostenbewustzijn, vraagsturing en marktwerking ook juridische instrumenten gebruikt worden.

Zo is in de WGBO de autonomie van de patiënt uitgewerkt in een steviger juridische positie (Legemaate 1995, Macklin 1993). Aan de wet ligt de idee van een *contractmodel* ten grondslag. Wordt bij marktwerking zorg in economische termen uitgedrukt, bij gebruik van het juridisch instrument wordt zorg in termen van contractuele afspraken van wederzijdse rechten en plichten geformuleerd. 'Overeenkomst' is ook hier een sleutelbegrip. De wet beoogt een meer evenwichtige, minder asymmetrische zorgverleningsrelatie. Het model zal de praktijk en het denken over zorg veranderen, 'hoe' is nog moeilijk te zeggen. In het contractmodel liggen kansen en risico's besloten.

Wat zijn risico's van dit juridisch instrument voor de visie op zorg en de beroepsethiek? In de eerste plaats is het de vraag of het eigene van de zorgverlening zich wel laat vatten in juridische termen. In de tweede plaats is het de vraag of het effect niet zal zijn dat in de praktijk meer (eenzijdige) nadruk komt te liggen op de juridische normen en minder op de morele normen. De volgende aspecten spelen een rol:

- *Feitelijke asymmetrie*. De wet heeft symbolische betekenis. De wenselijkheid en noodzakelijkheid van een gelijkwaardiger positie van zorgverlener en zorgvrager wordt ons wel voorgehouden, maar in de praktijk blijft sprake van feitelijke ongelijkheid. Deze heeft zowel te maken met de kennis en kunde van de arts als met de veelal afhankelijke, kwetsbare positie van de patiënt.
- *Geen vrije markt*. De arts-patiënt relatie functioneert slechts in beperkte mate in een omgeving die als een vrije markt kan worden gekarakteriseerd. Voor het afsluiten van 'contracten' zijn de keuzemogelijkheden veelal begrensd, geografisch, verzekeringstechnisch en psychologisch.
- *Minimalistisch handelen*. De patiënt is niet meer afhankelijk van de goedheid of menslievendheid van de arts. Hun samenwerking is gebaseerd op welbegrepen eigenbelang. De arts kan alleen maar bestaan bij de gratie van patiënten en de gemeenschap die zorgverleners de

middelen, scholing en infrastructuur aanreikt om hun werk te kunnen doen. De professie wordt meer tot een gewoon beroep, waarbij noch altruïsme noch weldoen als kernwaarden behoeven te worden gezien. Dat is op zichzelf niet erg. Echter, wanneer beide partijen alleen eigenbelang zouden nastreven, kan dit negatieve gevolgen voor de kwaliteit van de zorgverlening hebben.

- *Een brede ethische visie.* Een ethische visie op de relatie zorggever-zorgontvanger gaat gewoonlijk uit boven een dergelijke minimummoraal van calculerende wederkerigheid. Leidt ‘juridisering’ tot defensieve geneeskunde, tot verschraling van de zorgverleningsrelatie, tot niet meer doen dan nodig is? Tot morele erosie? Waarden als persoonlijke aandacht, een zorgzame attitude en wederzijds vertrouwen zijn toch van groot belang? Zorg wordt toch veelal verleend in situaties waarin de patiënt afhankelijk en kwetsbaar is?
- *De ene norm is de andere niet.* Ethisch gesproken mag de juridische logica, ‘the vocabulary of rights’ nooit tot allesbepalende norm worden (Huibers en Van der Burg 1994). De professionele norm en de ethische norm vallen er niet mee samen. Een goed hulpverlener heeft de verantwoordelijkheid en dient de vrijheid (‘autonomie’, Den Hartogh, 1997) te hebben om de zorg te geven die voortvloeit uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard. Deze zorg omvat meer dan wat is vastgelegd in regels en standaarden.

Het gebruik van het juridisch instrument is dus evenals het marktinstrument gebaseerd op overeenstemming. In juridische termen is dat het ‘contract’. Voordeel van het juridisch instrument is dat het de positie van de patiënt kan versterken en die van artsen inperkt. Keerzijde is dat dit wel een ideaal is, maar daarvan in de praktijk nog weinig te merken is. De wet heeft dan vooral een symbolische werking. Een gevaar van juridisering is dat het kan uitlopen op defensieve geneeskunde en tot minimalistisch handelen, waarbij eigen belang van dokter en dat van de patiënt tegen elkaar worden uitgespeeld. Een risico is dat juridische normen morele en professionele normen gaan overrulen of vervangen.

### **Invloed van professionaliteit als instrument**

In deze paragraaf gaat het om de vraag in hoeverre professionaliteit in de huidige omstandigheden sturend en richtinggevend kan zijn. Kunnen artsen en andere zorgverleners terugvallen op ‘vaste’ waarden en normen?

Het advies ‘Marktwerking in de medisch specialistische zorg’ (RVZ 2003) ziet belangrijke voordelen van marktwerking, zoals een grotere toegankelijkheid en doelmatigheid. Tegelijkertijd wordt ook een aantal beperkingen en zwakheden onderkend. Zo kan de zelfregulering binnen de sector en de beroepsgroep onder druk komen te staan. Ook acht de RVZ patiëntenselectie niet denkbeeldig, dat wil zeggen: de keuze voor de gezondere, goedkopere en gemakkelijker te behandelen patiëntengroep. De RVZ ziet de beroepsethiek en het maatschappelijk ondernemen van ziekenhuizen echter als voldoende tegenkrachten van patiëntenselectie:

“Er zijn ook tegenkrachten. De normen en waarden van de betrokken partijen bijvoorbeeld. De beroepsethiek zal zich blijven verzetten tegen patiëntenselectie. De ziekenhuizen, die zichzelf pre-

senteren als maatschappelijke ondernemingen, zullen selectie eveneens willen voorkomen.”  
(RVZ 2003: 49v).

Hilhorst vraagt zich daarentegen af of dit vertrouwen in de professie terecht is. De beroepsethiek als ankerpunt? Wat de markt laat liggen, zal door de professie worden opgevangen? Wordt er niet te veel tegenkracht verwacht van beroepsethiek en managementethiek (‘maatschappelijk ondernemen’). Hij vindt het opmerkelijk dat in één adem beroepsbeoefenaars en zorginstellingen, zoals ziekenhuizen, worden genoemd. De managementethiek die past bij het ‘maatschappelijk ondernemen’ waarop de RVZ doelt, valt niet vanzelfsprekend samen met de beroepsethiek van zorgverleners. Het is, volgens Hilhorst, onjuist om hiervan uit te gaan. Ook de aanname dat beide – zorginstellingen en beroepsgroep – zich aan de kant van de patiënt en niet aan de kant van de markt zullen scharen, is niet vanzelfsprekend.

De geluiden van protest en frustratie die zorgverleners in de praktijk laten horen, moet men zeer ernstig nemen. Of zij nu gelijk hebben of niet, hun ervaringen geven te denken. Er klinken niet alleen hun frustraties in door (Miles 2002), maar ook hun motivaties. In die motivaties spreekt een visie op zorg. Hun ervaringen verwijzen naar het complexe krachtenveld van belangen waarin zij zich geplaatst voelen. In dit krachtenveld blijkt het moeilijk om een ideaal van zorg hoog te houden (Hilhorst 2004, Tonkens 2003, Expertmeeting 2004).

Zo kunnen op een paar plaatsen in Nederland scoliose patiëntjes worden geopereerd: tieners met scheefgroei in de rug. Het is een dagvullende, verliesgevende operatie, waarvoor een bed op de Kinder-IC nodig is. De geïnterviewde orthopedisch chirurg mag 15 van zulke operaties per jaar uitvoeren. De wachtlijst is enorm, hij wil meer van dit soort operaties doen, maar krijgt van de ziekenhuismanager te horen: “Dit is te duur voor ons, ga maar heup- of knieoperaties doen.” De chirurg moet dus ‘nee’ verkopen tegen de bezorgde en verontwaardigde ouders die vragen wanneer hun kind nu eindelijk aan de beurt is en ondertussen moet hij andere typen operaties doen. Hij ervaart dit als een ethisch dilemma (Van Zuuren 2004).

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

Zorgverleners uiten terecht hun zorgen over een dergelijke verwarring van belangen. Hun waarschuwingen zijn op zichzelf reeds een vorm van beroepsethiek. Oprecht gemeend zijn ze een uiting van hun morele en professionele visie op ontwikkelingen in de zorg. Strategisch handelen staat met professioneel handelen op gespannen voet. Of zorgverleners aan die verleiding tot strategisch handelen weerstand kunnen bieden, is onzeker. In het algemeen geldt dat het niet verstandig is een al te zwaar beroep te doen op deugdzaamheid, zoals integriteit of de bereidheid tot welwillend handelen (altruïstisch, ‘other-regarding’). Zorgverleners zijn ook maar men-

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

Essentieel voor de beroepsethiek is verder dat zorgverleners zich laten leiden door het verlangen om ‘goede zorg’ te verlenen. Het gaat om een professioneel motief waaraan men een grote persoonlijke en professionele voldoening kan ontleen: ‘het gevoel dat je een lastige klus goed hebt geklaard’. ‘Goed’ betekent hier goed volgens de regels van geneeskunst en zorgverlening; volgens de logica van het specialisme en overeenkomstig de gerechtvaardigde verwachtingen van patiënt en maatschappij.

Voor dit onafhankelijke, eigenstandige handelen hebben zorgverleners een zekere mate van professionele vrijheid nodig. Om die onafhankelijkheid veilig te stellen zijn (professionele) instituties nodig – waarvan in bovenstaand RVZ-citaat sprake is – met bijbehorende vrijheden: zoals opleiding en scholing, voortgaand medisch-wetenschappelijk onderzoek, professionele zelfregulering, kwaliteitsborging en toetsing, sancties en tucht.

Het is duidelijk wat er op het spel staat. Wanneer meer ‘zorgproducten’ via de markt worden aangeboden, is het de vraag of deze professionele onafhankelijkheid nog wel sterk genoeg zal zijn. Maar ook of de professionele norm zich zal kunnen handhaven in het krachtenveld van belangen en nog dezelfde centrale rol kan spelen die zij tot dusver speelde. En, ten slotte, of er, onder gewijzigde omstandigheden nog voldoende basis voor vertrouwen blijft in het handelen van zorgverleners.

### **Invloed van de beroepsethiek als instrument**

Al eerder is de beroepsethiek met een aantal kenmerken omschreven. Hier wordt de beroepsethiek iets verder uitgewerkt. Vervolgens komt de vraag aan de orde wat de beroepsethiek als sturingsinstrument doet met het professionele handelen en welke invloed ze heeft op wat goed zorgverlenen is.

Wat is het eigene van ethiek en beroepsethiek? Alvorens op de beroepsethiek in te gaan, eerst in het kort iets over het eigene van de ethiek. Morele regels (al dan niet geschreven) worden aangeleerd en doorgegeven in opvoeding en opleiding en worden vaak als vanzelfsprekendheid gezien. Ze kunnen weliswaar niet worden afgedwongen zoals dat met juridische regels het geval is, maar niettemin heeft ethiek haar eigen gezag.

Hoe komt de beroepsethiek tot stand en hoe werkt ze? De regels voor het medisch handelen zijn steeds meer expliciet gemaakt, ook in ethisch opzicht. Er is sprake van professionalisering. De beroepsgroep stelt ‘intern’ orde op zaken, maakt onderlinge afspraken en bindt zo individuele beroepsbeoefenaars aan professionele normen (richtlijnen, standaarden en protocollen). Ook de moderne eisen van efficiency en de noodzaak van kostenbesparingen nopen daartoe. Het zorgverlenend handelen is in toenemende mate wettelijk ingekaderd: maatschappelijke normen

bepalen hoe zorgverlening dient plaats te vinden. De wetten WGBO en WMO zijn voorbeelden hiervan. Er is dus sprake van een ‘dynamiek’, van steeds bijgestelde normativiteit.

De beroepsethiek krijgt langs twee lijnen vorm:

- 1 het is vastgelegd in de eed, beroepscode, gedragsregels, standaarden en protocollen. Deze weerspiegelen de interne beroepsethiek van en voor de professie: dit is het traditionele spoor van de interne zelfregulering. Zorgprofessionals maken zelf uit wat goede zorg is en formuleren dat in richtlijnen en codes.
- 2 het is een zich ontwikkelende opvatting over goede zorgverlening die past in een breder maatschappelijk verband: dit is het moderne, extern gerichte spoor. In deze benadering is er niet één beroepsethiek, maar is beroepsethiek dynamisch en ingebed in maatschappelijke ontwikkelingen. Naast consensus is er veel meningsverschil over wat goede zorg is (Hilhorst 2004).

#### DE EED

De artseneed zoals die sinds 1878 werd afgelegd, houdt in dat de beginnend arts belooft zich aan de wet te houden. De arts belooft zich aan het beroepsgeheim te houden: datgene vertrouwelijk bewaren wat de arts in vertrouwen bij de uitoefening van het beroep te horen krijgt (tenzij de wet anders zegt). Dit is echter ook wettelijk geregeld, de eed doet daaraan niets toe of af. Belangrijk is de symbolische waarde die van de eed uitgaat: publiekelijk belooft de arts aanspreekbaar te zijn op de verantwoordelijkheden die voortvloeien uit de kennis en kunde die hij of zij zich eigen heeft gemaakt.

Uit bovenstaande blijkt dat hart voor de zaak, goede intenties en persoonlijke inzet, als onontbeerlijk worden gezien. Zonder dat alles kan geen goede zorg bestaan. Erachter gaan idealen schuil over goed hulpverlenerschap die niet in de regels gevangen zijn en ook niet voor iedereen gelijk zijn. Voor de herschreven eed uit 2003 is dat nog steeds zo. De eed veronderstelt persoonlijke vrijheid en verantwoordelijkheid. Zonder dat verliest de arts-patiënt relatie haar morele (en professionele) karakter. Dit morele karakter dient nadrukkelijk te worden gezien als een aspect van kwaliteit.

#### GEDRAGS- EN ERECODES

Veel inhoudelijker zijn de gedragscodes die voor veel beroepen zijn ontwikkeld. Ze hebben de vorm van een reeks van expliciete regels. Ook de moderne formulering van de eed in 2003 heeft (veel meer dan de eed uit 1878) de vorm van een lijstje regels gekregen. Codes hebben als kenmerk dat ze zijn opgesteld als een soort ‘intern’ keurmerk, meestal door en voor de beroepsgroep zelf. De codes bestaan tegenwoordig naast of in aanvulling op wetgeving, in de vorm van KNMG-gedragsregels of het Modelreglement arts-patiënt van KNMG en LPCP.

Nadere bestudering van de huidige beroepscode leidt tot de conclusie dat beroepsethiek niet bestaat uit een vaste, tijdloze set regels, maar inherent dynamisch is. Evenmin is sprake van eenstemmigheid: geheel strijdige opvattingen tot in het hart van de beroepsethiek kunnen ook

door formulering in beroepscode niet worden uitgesloten. Verder bestaat naast consensus op vele terreinen ook een grote ‘intervariatie’ in de zorg: deze vloeit (mede) voort uit een verschillende invulling die zorgverleners aan hun beroepsrol geven. Er bestaan nu eenmaal uiteenlopende ideeën over wat goede zorg is. Dat is onder zorgverleners niet anders dan onder zorgvragers.

Samengevat ziet Hilhorst de huidige beroepsethiek als volgt:

- In de zorgverlening moeten ethische waarden als *altruïsme* en *weldoen* worden gerelativeerd. In de huidige context verleent men diensten overeenkomstig professionele normen met het oog op het beste belang van de patiënt en ontvangt in ruil daarvoor een passende vergoeding. Goede, voorbeeldige inzet mag best (extra) worden beloond. Voor de patiënt is het ook helemaal niet prettig om afhankelijk te zijn van charitas en goede wil.
- De voorstelling dat de aan de zorg inherente, professionele normen worden bedreigd door een invasie van zorgvreemde of zelfs zorgvijandige normen is onjuist en karikaturaal. Moderne normen zijn: *goede, gelijke toegankelijkheid; doelmatig gebruik en rechtvaardige verdeling; transparantie en verantwoording*. Ook deze normen vertegenwoordigen een morele, of beter: een professionele plicht.
- *Zorg bestaat niet los van plaats en tijd*. Het beeld van de zorgverlener met z'n vanouds eigen moraal is een romantisch, a-historisch beeld en kan daarom niet tot norm voor vandaag verheven worden. Zorgverleners dienen met hun tijd mee te gaan en oog te hebben voor verwachtingen die er tot hun zorgverlening bestaan.
- *Voor goede zorg is een goede organisatie van de zorg onontbeerlijk*. Daarbij moet de rol van zorgverleners niet worden weggecijferd. Zij beschikken over gespecialiseerde kennis en kunde, hebben in hun contacten met patiënten *first hand* ervaring en bovendien moeten zij het uiteindelijk in de praktijk doen. Zorgverleners dienen zich bewust te zijn van de moderne context waarbinnen zij zorg verlenen en (deels collectieve) middelen ter beschikking krijgen. Beroepsnormen overstijgen de individuele praktijk en omvatten het geheel van de zorg, inclusief de complexe organisatie ervan.

## De positie van de beroepsethiek

Wat is nu de positie van de beroepsethiek? Kan ze zich te weer stellen tegen de druk van de huidige veranderingen in de zorg? Biedt de beroepsethiek bescherming tegen excessen van economisering? Er zijn volgens Hilhorst (2004) drie soorten reacties waar te nemen op bovenstaande vragen:

### 1 *Ten goede veranderd, niet bedreigd*

De beroepsethiek is veranderd, velen zien dat als winst en niet als verlies. Het gaat in de zorgverlening nog steeds om het beste belang van de patiënt, dat is de constante, maar het antwoord op de vraag wie daarover gaat, is verschoven. Alleen wie de oude beroepsethiek aanhangt, zal dit als bedreiging zien. Uiteraard is over de ethische nadruk op ‘de autonomie van de patiënt’ het laatste woord niet gesproken. Beroepsethiek is dynamisch. Het gaat erom een

juiste balans te vinden, tussen zeggenschap en je laten gezeggen, die past bij tijd en omstandigheden. Als zorg wordt gezien als ‘samenwerking op basis van overeenstemming’ tussen zorgaanbieder en zorgvrager, dan is marktwerking niet snel een bedreiging voor zorg of ethiek. Op de markt kunnen dingen gebeuren die sommigen zouden afwijzen (het kopen van een nier; meer embryo’s terugplaatsen), maar dat betekent niet dat er geen ethiek meer zou bestaan. Ook zorgaanbieders op de markt zullen hun normen voor goede zorg hebben en hun kwaliteit willen garanderen. Het vaststellen van deze normen is echter niet voorbehouden aan overheid of beroepsgroep.

### *2 Het einde van de (gedeelde) beroepsethiek*

Rondom vragen van dood en leven, voortplanting en embryo-onderzoek, bestaan fundamentele verschillen van opvatting die het spreken over één door allen gedeelde beroepsethiek onmogelijk maken. Zorgverleners zijn hier tot in het hart van de klassieke beroepsethiek verdeeld. Zij verschillen van inzicht over de invulling van de waarde ‘respect’, ‘heiligheid’ en ‘beschermwaardigheid’ van leven, precies over datgene waarvoor een zorgverlener zich juist sterk zegt te maken. Sommigen zullen in die moderne ontwikkelingen ‘het einde van de beroepsethiek’ zien, of in ieder geval (maar misschien is dat hetzelfde) van een door allen ‘gedeelde’ beroepsethiek (Cameron 1991). Meer markt zal dat beeld alleen maar nog verder versterken. Ethiek wordt nog slechts gefragmenteerd aangetroffen, al dan niet georganiseerd in verzuilde of geprivatiseerde instellingen. Er zit in deze visie niets anders op dan zich op het eiland van het eigen gelijk, de eigen waarden en normen, terug te trekken: ieder z’n eigen zorg overeenkomstig z’n eigen ethiek (Hilhorst 1999-1). Gemeenschappelijkheid is ver te zoeken.

### *3 Concurrentie maakt een ethische en professionele code onmogelijk*

Volgens anderen zullen veel gedragsregels als gevolg van bepaalde marktontwikkelingen overboord gaan (Polder, Hoogland en Jochemsen 1996). Door concurrentie zullen zorgverleners niet meer één gesloten front kunnen vormen: er zullen verschillende tarieven komen, artsen zullen onder elkaars duiven willen schieten, zorgverleners zullen kennis en kunde niet zomaar meer met collega’s willen delen en niet bereid zijn elke patiënt van de ander over te nemen. Dit alles is in strijd met (nu) nog geldende gedragsregels, bijvoorbeeld van de KNMG. Voorts zal er wedijver zijn om de gunsten van patiënten en verzekeraars. De professionele autonomie zoals die vroeger geldig was en die men beschouwde als ‘eigen’ aan de professie en de professionele ethiek – en naar eigen zeggen in het belang van de patiënt was – zal aan haar eind komen. Zorgverleners zullen zich minder gebonden voelen aan professionele groepsregels. De professie zal onderling verdeeld raken en niet meer als geheel aanspreekbaar zijn op een algemeen geldende ethische en professionele code. “De traditionele inhoud van het professiebegrip wordt overgeleverd aan de vrije krachten van de markt, teneinde de zorgverlening te verbeteren en tevens goedkoper te maken.” Het probleem is duidelijk: tegen ‘goedkoper’ kan niemand wat hebben. Zie hier de spanning tussen ‘professie en profijt’, de lastige afweging van zo verschillende grootheden.

Polder et al. (1996) waarden deze ontwikkelingen negatief. In een krachtenveld van belangen en belangenconflicten botsen op de achtergrond fundamentele waarden. Er zal een aanbod

komen van verschillende diensten, waarbij het vertrouwen in de zorgaanbieders in de gevarenzone terecht kan komen. De risico's van discontinuïteit in de zorg en van opportunistisch handelen zijn reëel. Het zal moeilijk zijn om werkelijke kwaliteitsverschillen zichtbaar te maken. Promotieactiviteiten leiden tot overspannen verwachtingen en een toenemende vraag. Duurdere diensten worden beperkt. Een commerciële houding van de zorgverlener kan doorwerken in contacten met andere zorgaanbieders. Bij doorverwijzing kan op allerlei manieren sprake zijn van belangenverstrengeling. Gedrag zal, kortom, strategisch zijn en mede gemotiveerd zijn door andere zaken dan het directe patiëntenbelang. De tucht van de markt nodigt daartoe uit, het is de 'spirit of competition', op straffe van faillissement. Profijt staat op gespannen voet met professie, winst (*benefit*) tegenover welwillendheid en weldoen (*benevolence* en *beneficence*). Het winst oogmerk ondergraaft uiteindelijk, zo luidt hier de conclusie, verantwoord medisch handelen.

Uit deze drie verschillende reacties blijkt dat er allerminst eenduidig gedacht wordt over de (toekomstige) positie van de beroepsethiek. De reacties variëren van een positieve tot negatieve waardering van de invloed van economisering op de positie van de beroepsethiek. Uit de drie typen reacties gezamenlijk valt te concluderen dat de beroepsethiek in ieder geval niet genoeg tegenkracht biedt om excessen en risico's van economisering weerstand te bieden.

## Naar een andere beroepsethiek?

Zal de beroepsethiek moeten veranderen vanwege de veranderende omstandigheden van de gezondheidszorg? Meer markt, minder beroepsethiek? Of andersom: zal tegenover de invloed van de markt en andere 'zorgvreemde' invloeden de beroepsethiek haar positie moeten versterken?

Het is inmiddels duidelijk geworden dat een eenduidig antwoord op deze vragen niet te verwachten is. Het antwoord hangt ervan af of uitgegaan wordt van een beroepsethiek gebaseerd op minimale morele consensus of van een ethiek gebaseerd op meer 'gevulde', brede moraal. Hilhorst spreekt in dit verband over beroepsethiek in dunne of in dikke termen (Hilhorst 2004).

Polder et al. (1996) verdedigen een beroepsethiek gebaseerd op een brede moraalvisie. Volgens hen is de inhoud van het professiebegrip met name moeilijk te verenigen met concurrentie. In het zorgstelsel zijn volgens hen een aantal elementen van wezenlijk belang, dat te allen tijde tot gelding moet worden gebracht.

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



— *Professionele normen*: deze mogen niet worden losgelaten uit overwegingen van opportunisme.

In beginsel is marktwerking in beperkte mate mogelijk, mits de markt zo is ingericht dat zij aan genoemde wezenlijke inhoud van het professiebegrip dienstbaar is.

Polder et al. kiezen voor hun visie een ander vertrekpunt. Zij nemen een visie op wat goede zorg is als uitgangspunt en vinden dat de keuze voor een organisatie-model daaraan ondergeschikt moet zijn.

Het is volgens Polder et al. nog maar de vraag of de markt zelf (door geregelde concurrentie) of gecorrigeerd door de overheid (via wetgeving) het hoofd kan bieden aan de risico's die in de ontwikkeling naar 'meer markt' besloten liggen. Zij zijn daarover niet optimistisch. Asymmetrie is kenmerkend voor de arts-patiënt relatie; daarom is vertrouwen een fundamenteel en onmisbaar concept. Juridisering, gebaseerd op het contractmodel, vormt evenzeer als economisering een gevaar, omdat het geen recht doet aan de eigen aard van de zorgverlening: het specifieke karakter van de arts-patiëntverhouding en de bestemming van de medische praktijk. Daarin gaat het om een bijzondere waarde (gezondheid) die eigenlijk buiten discussie is.

Volgens Hilhorst wordt in de visie van Polder et al. te veel waarde gehecht aan de eenheid van de (medische) professie. Het vertrouwen in de professie is daarmee nauw verbonden. Zorgbehoeften zijn in die visie duidelijk en noodzakelijk. De 'echte' beroepsethiek lokaliseren zij dus met name in het 'hart' van de zorg. Het betreft de medisch-noodzakelijke zorg, onbetwistbaar doel van geneeskunde en gezondheidszorg. Daarbij is de expertise van zorgverleners beslissend, omdat zij bij uitstek weten hoe te handelen om in die zorgbehoefte te voorzien.

Hun visie op zorgverlening wordt in ethisch opzicht in nogal gevulde morele termen gesproken. De organisatie van de zorg dient dienstbaar te zijn aan 'de bestemming van de medische praktijk'. Men stelt zich de vraag in welke omgeving de zorg het beste tot haar bestemming kan komen, zo dat zij kan zijn wat zij 'naar haar aard' is of 'behoort' te zijn. In dergelijke formuleringen wordt duidelijk dat hier sterk moreel-normatieve opvattingen op de achtergrond een rol spelen over wat geneeskunde en gezondheidszorg 'is'. En wat niet.

Hilhorst kiest voor een beroepsethiek gebaseerd op een smalle of minimale moraal. Hij sluit zich aan bij Cherry (2003) die als uitgangspunt voor de zorg 'samenwerking op basis van overeenstemming' ziet. Als argumenten voert Hilhorst aan dat er niet meer een eenduidig gezondheidsbegrip bestaat. De discussies van de afgelopen jaren hebben laten zien dat het niet eenvoudig is een definitie van zorg – van noodzakelijke zorg en zorg goede – te geven. De zorg is niet meer wat zij was, of liever: omvat veel meer dan zij ooit omvatte. De brede morele visie van Polder et al. mag nog geldig zijn voor de meer 'objectieve', natuurwetenschappelijke kant van de geneeskunde, zij lijkt niet goed meer bruikbaar voor veel moderne zorgverlening. 'De' zorg, 'de' professie, 'de' geneeskunst bestaat niet meer.

Het gezondheidsbegrip is ingebed in heel uiteenlopende opvattingen over het lichaam en het persoonsbegrip. Niet goed is in te zien hoe deze pluraliteit aan morele opvattingen nog kan worden herleid tot een eenduidig zorg- of gezondheidsbegrip en een algemene en vaste beroepsethiek. Hilhorst concludeert daarom op grond van deze schets dat de ‘boei’ waaraan men een beroepsethiek nog hoopte vast te haken met behulp van een moreel stevige invulling van de zorgpraktijk, in de moderne tijd geen duidelijk anker meer heeft.

Beroepsethiek krijgt een andere inbedding, wanneer zij minder door de professe en meer door de markt wordt geleid. Dit maakt haar tot een andere beroepsethiek, niet noodzakelijk tot een slechtere ethiek. Aan zo’n nieuwe ethiek moet actief vorm en inhoud gegeven worden. Die verandering voltrekt zich niet vanzelf. Hilhorst, die deze opvatting verdedigt, kiest hiermee de lijn van wat in de vorige paragraaf de eerste reactie is genoemd.

Een beroepsethiek ‘op de markt’ heeft een eigen karakter en brengt eigen risico’s voor de zorgverlening met zich mee. Rondom een dergelijke ethiek moeten daarom waarborgen geschapen worden, wil goede zorg gegarandeerd zijn. Ook ten aanzien van deze beroepsethiek geldt dat strakke regulering haar werk moet doen binnen een omgeving die deze ethiek ondersteunt. Voor de kwaliteit kan men minder dan vroeger vertrouwen op in de beroepsgroep bereikte consensus en standaarden. Waar ooit volstaan kon worden met interne (zelf)regulering, is nu externe toetsing nodig.

Om welke risico’s voor de zorgverlening gaat het? Mondigheid en koopkracht zijn niet voor iedereen weggelegd. Zorgbehoeften worden op de markt onderkend als er koopkracht is. Wie neemt het op voor degenen die het ontbreekt aan mondigheid en koopkracht?

- *patiëntselectie*: de gemakkelijk te behandelen patiënten met een enkelvoudige zorgvraag zijn beter af, worden eerder geholpen. Wat te doen met verliesgevende patiënten? (onrechtvaardige verdeling, ongelijke behandeling);

“Bij binnenkomst van de patiënt geldt in de nieuwe situatie niet langer medische urgentie, maar de vraag of bepaalde targets wel gehaald worden. Als de door zorgverzekeraar A ingekochte heupoperaties bijna op zijn, en bij die van zorgverzekeraar B is nog ruimte, dan gaan bij een heupoperatie B-patiënten voor. Deze situatie is in strijd met het beginsel van gelijke toegankelijkheid van de zorg. De beroepsethiek van de arts komt in de knel, omdat financiële in plaats van medische argumenten een hoofdrol gaan spelen bij de vraag of iemand behandeld kan worden.” (Van Zuuren 2004).

- *het vertrouwen* in de zorgaanbieder als voorwaarde kan onder druk komen te staan wanneer door concurrentie georganiseerd wantrouwen overheerst (belangenverstrengeling);
- De markt maakt ook de weg vrij naar *onnodige of risicovolle behandelingen* (privé kliniek) (*total body scan* bijvoorbeeld).

Een gynaecoloog noemt als voorbeeld een IVF-privé kliniek in het buitenland die welgestelde vrouwen van 45 jaar tegen goed geld in behandeling neemt, terwijl de slaagkans voor een zwangerschap bijna nul is (Van Zuuren 2004).

Beroepsethiek krijgt dus een andere inbedding en zal zich aan die situatie moeten aanpassen. Een beroepsethiek geënt op een minimale morele basis van overeenstemming biedt, op zichzelf, onvoldoende garanties tegen risico's van economisering. Aanvullende, externe maatregelen zijn nodig om risico's als patiëntselectie, een kwetsbare vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt en onnodige gezondheidsrisico's te voorkomen of in te perken.

## 7.4 Conclusies en aanbevelingen

### Conclusies

Op de vraag wat economisering van zorg betekent voor met name de beroepsethiek van zorgverleners kan nu het volgende geantwoord worden:

'De' beroepsethiek staat op zichzelf het streven naar meer marktwerking in de zorg niet in de weg. De aanpassing aan nieuwe omstandigheden vraagt om een andere ethiek, die zich niet vanzelf zal ontwikkelen, maar die actief naar vorm en inhoud bevorderd moet worden.

De vraag of 'het veld', artsen en anderen die werkzaam zijn in de zorgverlening, tot veranderingen bereid zijn, verdient nader onderzoek (zie ook Van Zuuren 2004, Van Hout en Putters 2004). Economisering is meer dan marktwerking en behelst een complexe, niet voor iedereen vanzelfsprekende beweging met nog onduidelijke uitkomsten. Er is in dit signalement een eerste poging gedaan om de invloed van economisering op de beroepsethiek van artsen in kaart te brengen. De ingewikkeldheid van de thematiek en de reacties vanuit het veld zijn echter reden genoeg voor verder onderzoek.

Beleidsmakers zullen helderheid moeten verschaffen over kansen en risico's van economisering. Hun taak geldt in twee opzichten:

- In termen van *maatregelen*: de bezwaren die er leven moeten onder ogen worden gezien; de gevaren en risico's van 'meer markt', zullen ondervangen moeten worden. De beroepsethiek is als zodanig onvoldoende in staat bescherming te bieden tegen risico's van marktwerking, zoals patiëntselectie en de zelfregulering van de beroepsgroep die onder druk komt te staan. Om die risico's tegen te gaan zijn andere maatregelen nodig.
- In termen van *visie*: bij een andere organisatie van zorg is het dringend gewenst in termen van de 'fundamentele waarden' onder woorden te brengen welke keuzen men in de zorg wil maken en welke normatieve visie van de toekomstige zorg heeft.

In de beroepsethiek voor artsen, maar ook andere zorgverleners, lijken twee kernwaarden door economisering in het geding te zijn. Allereerst het belang van *vertrouwen* en in de tweede plaats

het belang van een *professionele standaard*, met name van de kwaliteitsstandaarden. Economisering, ruim opgevat als ‘geld mag een rol spelen in de zorg’, zet deze waarden onder druk.

Vertrouwen kan bij toenemende economisering niet meer op eenzelfde wijze worden geborgd. Meer geregelde concurrentie impliceert meer georganiseerd wantrouwen. Professionele standaarden zullen een grotere variatie te zien geven, waarbij kwaliteit en kosten tegen elkaar worden afgewogen en op elkaar in mindering kunnen komen.

Nodig zijn aanvullende instrumenten met een minder intern (zelfregulerend) en een meer extern (maatschappelijk) karakter. Wanneer de klassieke beroepsethiek vooral gezien wordt als een intern instrument, dan zal daaraan bij toenemende economisering een geringe rol kunnen worden toegeschreven. Het alternatief is meer externe aansturing en controle om ‘kwaliteit’ en ‘vertrouwen’ te kunnen garanderen. Wat de inhoud van het begrip kwaliteit van zorg zal zijn, is op de markt in hoge mate onbepaald en open voor heel verschillende, maar niet noodzakelijk slechtere invulling.

Als het meer om de patiënt en wat minder om de zorgverlener zou draaien in de zorg, dan vraagt dat om een andere organisatie van de zorg, waarbij de zorgbehoeften (‘vraagsturing’) van de patiënt uitgangspunt zijn. Patiënten kunnen vaak zelf niet beoordelen wat goede zorg is, anderen moeten voor de kwaliteit ervan zorgdragen. De vraag is nu of men de bepaling van kwaliteit aan zorgverleners moet overlaten. Zijn zij bij uitstek degenen die hiervoor in de beste positie zijn? Zorgverleners kunnen elkaar daarbij in de weg zitten.

‘De’ professe bestaat uit een meervoud van zorgprofessies. Ze lijkt soms meer op een in zichzelf verdeeld huis van uiteenlopende specialismen en zorgvelden, met alle verkokering en wedijver van dien. Dat zou aanleiding zijn tot een meer externe bepaling van kwaliteit. Dit impliceert echter niet een mindere kwaliteit en een mindere zorg.

## **Aanbevelingen**

- De toenemende economisering van zorg en de invloed daarvan op het professionele handelen van artsen vereist nader onderzoek naar de positie en functie van beroepsethiek. Dit signalement is slechts een eerste verkenning.
- De betekenis van economisering zal vooral ook uitgewerkt moeten worden naar professionele standaarden, met name de kwaliteitsstandaarden.
- In dit signalement zijn vooral de artsen in ziekenhuizen als voorbeeld genomen. Andere beroepsgroepen hebben echter met vergelijkbare problemen en dilemma’s te maken in de uitoefening van hun beroep. Van verplegenden en verzorgenden is bekend dat ze onder druk van economische motieven op kwaliteit van zorg moeten inleveren. Daarom zal de invloed van economisering op de beroepsethiek ook in andere beroepsgroepen onderzocht moeten worden.
- Er is onderzoek nodig hoe kwetsbare factoren (risico’s), zoals ‘vertrouwen’ in de arts-patiëntrelatie en patiëntselectie, beter te borgen zijn. De beroepsethiek van zorgverleners kan

hierin onvoldoende voorzien. Daarom zullen andere maatregelen genomen moeten worden om risico's en excessen van economisering te voorkomen of in te perken.

- Behalve in wetenschappelijk- en beleidsonderzoek zal ook in het onderwijs aandacht besteed moeten worden aan de invloed van economisering op de beroepsethiek en de verschuivingen die dat oplevert binnen de gangbare, klassieke beroepsethiek.

# Literatuur

Cameron, NM de S. *The new medicine: life and death after Hippocrates*. London: Hodder & Stoughton 1991.

CEG/RVZ. Expertmeeting Economisering van zorg en beroepsethiek, gehouden op 8 april 2004. [www.ceg.nl](http://www.ceg.nl)

Cherry MJ. Scientific excellence, professional virtue, and the profit motive: the market and health care reform. *Journal of Medicine and Philosophy*, 28, 2003, no. 3, 259-280.

Dartel H van, Jacobs M en Jeurissen R. *Ethiek bedrijven in de zorg: een zaak voor het management*. Assen: Van Gorcum, 2002.

Grit KG. Economisering als probleem: een studie naar de bedrijfsmatige stad en de ondernemende universiteit. Assen: Van Gorcum, 2000.

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

Hilhorst MT. Er dokter bij blijven: medisch-ethisch handelen in veranderende omstandigheden. Assen: Van Gorcum, 1999.

Hilhorst MT. Goeddoen met winst maken: naar een economisering van zorg en beroepsethiek. Zoetermeer: CEG/RVZ, 2004.

Hout EJTh van en Putters K. *De waarde van de norm: effecten van economisering op het handelen van artsen en managers in de ziekenhuiszorg*. Zoetermeer: CEG/RVZ, 2004.

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

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

Legemaate J. *De WGBO: van tekst naar toepassing*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 1995.

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

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

Musschenga AW. *Integriteit: over de eenheid en heelheid van de persoon*. Utrecht: Lemma, 2004.

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

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. *Tussen markt en overheid*. Zoetermeer: RVZ, 1998.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. *Maatschappelijk ondernemen in de zorg*. (Achtergrondnota bij *Tussen markt en overheid*). Zoetermeer: RVZ, 1998.

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. *Meer markt in de gezondheidszorg: mogelijkheden en beperkingen*. Zoetermeer: RVZ, 2002.

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

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

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

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

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

Zuuren FJ van. *Marktwerking en ethiek in de kliniek: stemmen uit de praktijk*. Zoetermeer: CEG/RVZ, 2004.