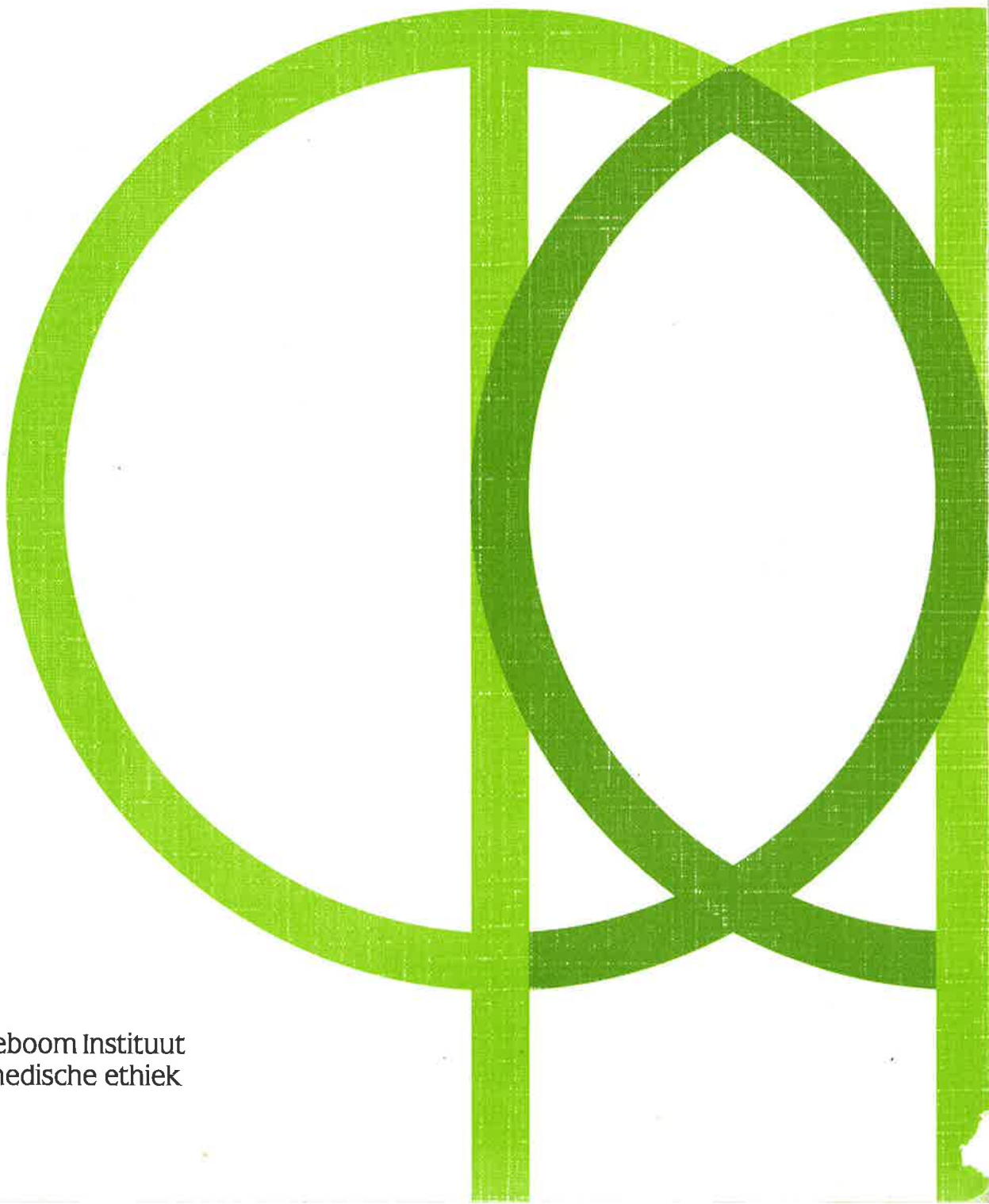
Professioneel beheerst



Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut
Centrum voor medische ethiek

INHOUD

WOORD VOORAF 7

DEEL I: HET PROBLEEM EN ZIJN ACHTERGRONDEN

HOOFDSTUK 1: Grenzen aan de zorg 10
H. Jochemsen, S. Strijbos
Samenvatting 11
1.1 Inleiding 11
1.2 Probleemstelling 19
1.3 Methode en opzet 20
1.4 Individu en collectief 20

HOOFDSTUK 2: Achtergronden van de schaarsteproblematiek 23
H. Jochemsen, J.J. Polder
Samenvatting 23
2.1 Historisch-culturele achtergronden 24
2.1.1 Inleiding 24
2.1.2 Enkele historische achtergronden van de moderne geneeskunde 26
2.1.3 Opkomst van de moderne geneeskunde 27
2.1.4 Kenmerken van de moderne geneeskunde 28
2.1.5 Beleving van gezondheid 30
2.1.6 Verwachtingen van geneeskunde en gezondheidszorg 31
2.1.7 Huidige positie geneeskunde en arts 32
2.1.8 Nadelige gevolgen 34
2.1.9 Besluit 36
2.2 Economische achtergronden 36
2.2.1 Een classificatie van invloeden 36
2.2.2 Kwantificering van kostenverhogende invloeden in de gezondheidszorg 38
2.2.3 Discussie 43
2.3 Conclusie 44
Bijlage 2.1 Een model voor de berekening van de economische achtergronden 45

DEEL II: NORMATIEVE BENADERING VAN DE GENEESKUNDE EN HET BEROEP VAN DE ARTS

HOOFDSTUK 3: Professionele autonomie 50
J. Hoogland
Samenvatting 50
3.1 Inleiding 51
3.2 Het begrip 'professie' 52
3.3 Twee benaderingen 55
3.3.1 De empirisch-sociologische invalshoek 55
3.3.2 De normatieve invalshoek 58
3.4 Het 'professionele autonomie-dilemma' 62

HOOFDSTUK 4: Medische praktijk en de verantwoordelijkheid van de arts 65
J. Hoogland
Samenvatting 65
4.1 Inleiding 67
4.2 Het kwalificerende principe voor de medische praktijk 72
4.2.1 Alledaagse ervaring 72

4.2.2 'Illness' en 'disease' 74
4.2.3 Asymmetrische relatie 75
4.2.4 Arts/patiënt-relatie is ethisch gekwalificeerd 77
4.2.5 Het zorg-debat 77
4.2.6 Het eigene van het ethische 81
4.3 De funderende principes van de medische praktijk 84
4.3.1 Wetenschap en techniek 85
4.3.2 Recht en economie 89
4.4 Constitutieve principes en verantwoordelijkheid 91
4.4.1 Onderscheiden verantwoordelijkheden 91
4.4.2 Simultane realisatie van normen 95
4.5 Regulatieve principes van de medische praktijk 95
4.6 Conclusies 98

DEEL III: BEHEERSINSTRUMENTEN IN DE GEZONDHEIDSZORG

HOOFDSTUK 5: Professionele autonomie, zorgstelsel en beheersinstrumenten 104
J.J. Polder, J. Hoogland
Samenvatting 104
5.1 Inleiding 106
5.2 Het zorgstelsel als de organisatievorm van de gezondheidszorg 107
5.2.1 Partijen en markten 107
5.2.2 Macro, meso, micro 109
5.2.3 Drie ideaaltypische zorgstelsels 110
5.3 Professionele autonomie en het Nederlandse zorgstelsel 113
5.3.1 Het Nederlandse zorgstelsel 113
5.3.2 De aanschaf van medische voorzieningen 114
5.3.3 De aanwending van medische voorzieningen 117
5.4 Economisch beheer: kwaliteit en doelmatigheid 119
5.4.1 Visies op kwaliteit 120
5.4.2 Doelmatigheid als kwaliteitsaspect 122
5.4.3 Doelmatigheid nader gedefinieerd 124
5.4.4 Beheersing en onderscheiden verantwoordelijkheden 125
5.5 Beheersinstrumenten in de gezondheidszorg 126
5.5.1 Beheersinstrumenten en het zorgstelsel 126
5.5.2 Een typologie van beheersinstrumenten 127
5.5.3 Een selectie van beheersinstrumenten 130

HOOFDSTUK 6: Concurrentie in de gezondheidszorg 131
J.J. Polder
Samenvatting 131
6.1 Inleiding 132
6.2 Geregelde concurrentie 132
6.2.1 De markt als economische organisatievorm 132
6.2.2 Geregelde concurrentie in de Nederlandse gezondheidszorg 134
6.2.3 Geregelde concurrentie en de normen voor het zorgstelsel 136
6.3 Concurrentie op de zorgmarkt en de vertrouwensrelatie tussen patiënt en arts 137
6.3.1 De asymmetrische arts-patiëntrelatie 137
6.3.2 De discontinue arts-patiëntrelatie 138
6.3.2 Opportunistisch gebruik van informatie 139
6.4 Concurrentie op de verzekeringsmarkt en de norm van verdelende rechtvaardigheid 141
6.4.1 Verdelende rechtvaardigheid en de financieringsstructuur 141
6.4.2 Normuitkeringen en risicoselectie 141
6.4.3 Nominale premie en marktwerking 142
6.5 Concurrentie op de zorginkoopmarkt en de doelmatigheid van de zorgverlening 143
6.5.1 Selectieve toelatingscontracten 144

6.5.2 Beïnvloeding van het medisch handelen 147
6.6 Conclusie 147

HOOFDSTUK 7: Protocollering en medisch handelen **149**
J.J. Polder, J. Hoogland
Samenvatting 149
7.1 Behandelverschillen 149
7.1.1 Inleiding 149
7.1.2 Variatiebreedte 150
7.1.3 Oorzaken van behandelvariatie 153
7.1.4 De verantwoordelijkheid van de medische professie 155
7.2 Protocollering en medisch handelen 156
7.2.1 Kwaliteitszorg en protocollering 156
7.2.2 Een voorbeeld 159
7.3 Conclusie 160

HOOFDSTUK 8: Budgettering en medisch handelen **162**
J.J. Polder
Samenvatting 162
8.1 Beheersing en budgettering 164
8.2 Budgettering in theorie 164
8.2.1 Het budget 164
8.2.2 Nominale en reële budgetten 167
8.2.3 Budgetgever en budgethouder in de gezondheidszorg 167
8.3 Budgettering in de praktijk 169
8.3.1 Budgettering van algemene ziekenhuizen in Nederland 169
8.3.2 Volumebudgettering van specialisten in Canada 172
8.3.3 Macro-budgettering en honorering per verrichting in Duitsland 177
8.3.4 De huisarts als budgethouder in Engeland 178
8.4 Conclusie 180
Bijlage 8.1 Enkele kerncijfers uit verschillende landen 182

HOOFDSTUK 9: Honorering en medisch handelen **183**
J.J. Polder
Samenvatting 183
9.1 Inleiding 184
9.1.1 Beheersing en honorering 184
9.1.2 Honorering: inkomen en praktijkkosten 185
9.1.3 Arts en inkomen 183
9.2 Honoreringsvormen in theorie 188
9.2.1 Het abonnementshonorarium 188
9.2.2 Salaris en dienstverband 189
9.2.3 Het verrichtingensysteem 190
9.2.4 Het uurtarief 192
9.2.5 'Case-payment' en verwijskaarten 193
9.3 Honoreringsvormen in de praktijk 194
9.3.1 Huisartsen in Kopenhagen 194
9.3.2 De rol van het inkomen 195
9.3.3 Huisartsen in Nederland 196
9.3.4 Specialisten in Nederland 198
9.4 Conclusie 199
Bijlage 9.1 Vormen van honorering 201
Bijlage 9.2 Overzicht van empirisch onderzoek 202

DEEL IV: CONCLUSIES

HOOFDSTUK 10: Evaluatie 206
J. Hoogland, J.J. Polder, S. Strijbos, H. Jochemsen
10.1 Inleiding 206
10.2 Het algemene principe 206
10.3 Evaluatie-instrument 208
10.4 Evaluatie van de beheersinstrumenten 211
10.4.1 Concurrentie 211
10.4.2 Protocollering 213
10.4.3 Budgettering 215
10.4.4 Honorering 217
10.5 Medische praktijk en wat daar meer is 220

HOOFDSTUK 11: Aanbevelingen voor het overheidsbeleid 221

ACHTERGRONDSTUDIES EN APPENDICES

ACHTERGRONDSTUDIE 1: Geneeskunde, 'ziekte' en arts in historisch perspectief 224
H. Jochemsen
1. Geneeskunst in preliteraire culturen 224
2. Het klassieke Griekenland 225
3. Invloed van het Christendom tot de Nieuwe Tijd 226
4. Opkomst van het modern-wetenschappelijke denken 229

ACHTERGRONDSTUDIE 2: Praktijk, handelen en verantwoordelijkheid - een wijsgerige verantwoording van enkele begrippen 231
J. Hoogland
1. Inleiding 231
2. De subsumptie-theoretische opvatting 231
3. Het begrip 'praktijk' 233
3.1 Levensvormen 235
3.2 Handelen en gedrag 235
3.3 Interne beoordelingen 237
4. Constitutieve en regulatieve regels 237
5. Verantwoordelijkheid, competentie en autonomie 241
6. Het vermogen tot het afleggen van verantwoording: aanspreekbaarheid 243
6.1 Universalpragmatik 245
6.2 De grens van de 'Universalpragmatik'; aanspreekbaarheid 246
6.3 Aanspreekbaarheid als ongegronde grond 250
6.4 Conclusie 252
7. (On-)eigenlijkheid 253
8. Het ethos 254

ACHTERGRONDSTUDIE 3: Invoering van computertomografie in het Nederlandse zorgstelsel 257
J.J. Polder
1. Ontwikkelingsgeneeskunde en artikel 18 WZV 257
1.1 Achtergrond 257
1.2 Ontwikkelingsgeneeskunde 257
1.3 Artikel 18 WZV 258
1.4 Invloed medische professie 258
2. Computertomografie in Nederland 259
3. Invloed medische professie 262

PRESENTATIES EN PUBLIKATIES N.A.V. DIT PROJECT 264
OVER DE AUTEURS 266

WOORD VOORAF

Dit rapport is tot stand gekomen met subsidie van het Ministerie van Volkshuisvesting, Welzijn en Sport, dat ten tijde van de subsidietoekenning nog WVC heette. Het behandelde vraagstuk, namelijk de verhouding tussen beheersinstrumenten in de gezondheidszorg en de professionele autonomie van de arts, was in aanzet door het ministerie zelf aangedragen (per brief d.d. 24 Mei 1991).

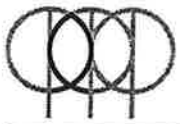
Aan deze studie van het Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut is gewerkt door dr. J. Hoogland, dr.ir. H. Jochemsen, drs. J.J. Polder en dr.ir. S. Strijbos. Gedurende de looptijd van het project was Hoogland verbonden aan de vakgroep 'Filosofie van mens en cultuur' van de Faculteit der Wijsbegeerte en Polder aan de vakgroep 'Economische organisatievormen' van de Faculteit der Economische Wetenschappen, beide van de Erasmusuniversiteit te Rotterdam. Wij danken beide faculteiten voor de geboden mogelijkheden, in het bijzonder prof. dr. J. de Mul van de wijsgerige faculteit, en dr. P.H. Admiraal van de economische faculteit.

De opzet, de meeste gedachtengangen en de conclusies van dit rapport zijn in belangrijke mate tot stand gekomen in maandelijkse, intensieve discussies binnen de werkgroep bestaande uit genoemde personen. Daarbij is veruit het meeste (schrijf)werk verricht door Hoogland en Polder. Deel II is voornamelijk geschreven door Hoogland en deel III alsmede het tweede deel van hoofdstuk 2 door Polder. Jochemsen is auteur van hoofdstuk 1, met medewerking van Strijbos, en hoofdstuk 2 (eerste helft). Aan hoofdstuk 10 is in direkte zin gewerkt door Hoogland, Polder, en Jochemsen. Alle hoofdstukken zijn in concept-versies uitvoerig besproken in de werkgroep en diverse malen herzien. Strijbos heeft vooral een bijdrage geleverd bij de aanvraag en de opzet van het project. Daarnaast heeft hij een actief aandeel gehad in de begeleiding. De coördinatie en leiding van dit project was namens het Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut in handen van Jochemsen. Hoewel het rapport als geheel gedragen wordt door de werkgroep, blijft ieder hoofdstuk in eerste instantie voor verantwoording van de betreffende auteur.

De werkgroep heeft tijdens de loop van dit project enkele malen gebruik kunnen maken van adviezen van een begeleidingscommissie bestaande uit dr. D.J. Bakker, prof.dr.ir. J.H. van Bemmel, prof.dr. D. Post, en drs. F.J.M. Werner. Voor hun adviezen en commentaren op conceptmanuscripten zijn wij de genoemde personen zeer erkentelijk. Daarnaast zijn de auteurs enkele andere, hier niet alle met name te noemen personen dank verschuldigd voor waardevol commentaar bij concepten van één of enkele hoofdstukken.

Parallel aan deze studie werd door drie andere groepen onderzoek gedaan naar het onderwerp 'professionele autonomie van de arts'. Dit zijn prof. dr. H.M. Dupuis en drs. L.J.M. Cornelissens die nauw samenwerken met dr. M. Hilhorst, drs. E. Wisse en prof. dr. I.D. de Beaufort in een ethische studie, en mr. P.P.M. van Reijsen en prof.dr. J. Hubben, die een juridische studie verrichten. De halfjaarlijkse besprekingen met deze onderzoeksgroepen zijn voor ons nuttig en stimulerend geweest.

Voor hun hulp bij het klaarmaken van dit manuscript voor publikatie zijn de



opstellers van dit rapport dank verschuldigd aan drs. B.S. Cusveller en mw. G.F. ter Velde-van der Heide.

De opbouw van dit rapport is als volgt. Na de uitgebreide inhoudsopgave volgt de inhoud van het eigenlijke rapport, dat inclusief enkele aanbevelingen voor het overheidsbeleid 11 hoofdstukken bevat. De hoofdstukken 1 t/m 9 beginnen met een samenvatting van het betreffende hoofdstuk. Kennisname hiervan biedt degenen die geen gelegenheid hebben die hoofdstukken in hun geheel door te nemen toch een goede indruk van de opbouw en de gedachtenontwikkeling van het rapport. Vervolgens komen de afsluitende hoofdstukken 10 en 11.

Inhoudelijk valt het rapport uiteen in vier delen. Het eerste deel bespreekt de probleemstelling en de belangrijkste achtergronden ervan (hfdst. 1 en 2). In deel II wordt een normatieve analyse gegeven van de geneeskunde en van het beroep van de arts (hfdst. 3 en 4). Deel III geeft een beschrijving van het economisch beheer van de gezondheidszorg en van enkele beheersinstrumenten (hfdst. 5 t/m 9). In het concluderende deel IV worden de normatieve analyse van deel II en de beschrijvingen van deel III op elkaar betrokken hetgeen leidt tot een normatieve evaluatie van de beheersinstrumenten, waaruit vervolgens enkele aanbevelingen voor het overheidsbeleid worden afgeleid (hfdst. 10 en 11). Achter de tekst van het eigenlijke rapport zijn enkele achtergrondstudies opgenomen die een nadere onderbouwing dan wel een uitbreiding geven van bepaalde gedeelten van het rapport.

Wij hopen met deze studie een bijdrage te leveren aan de voortgaande bezinning op een verantwoord beheer van onze gezondheidszorg, en vooral op de eigen verantwoordelijkheid daarin van de medische professie en van de overheid.

H. Jochemsen
direkteur Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut

DEEL I

Het probleem en zijn achtergronden

HOOFDSTUK 1
Grenzen aan de zorg

Samenvatting

Na de sterke kostengroei van de gezondheidszorg in de jaren '60/70 trof de overheid begin jaren '80 een aantal maatregelen ter beheersing van die kostenstijging, waarvan budgettering wellicht de belangrijkste was. Tegelijkertijd trad een intensivering op van de politieke discussie over de grenzen van de zorg, die tot op heden voortgaat. Daarbij gaat het zowel om discussies over herziening van het financieringsstelsel van de gezondheidszorg als over maatregelen die de doelmatigheid en de kwaliteit van de zorgverlening zelf zouden kunnen verbeteren. We bespreken vijf onzes inziens belangrijke rapporten uit deze discussie. Dit zijn:

* ***Bereidheid tot verandering,*** *van de Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg (Commissie Dekker),*
* ***Grenzen van de zorg,*** *van het Kabinet (Lubbers II),*
* ***Kiezen en delen,*** *van de Commissie Keuzen in de Zorg (Commissie Dunning),*
* ***Medisch handelen op een tweesprong,*** *van de Gezondheidsraad,*
* ***Gedeelde zorg: betere zorg,*** *van de Commissie Modernisering Curatieve Gezondheidszorg (Commissie Biesheuvel).*

Het rapport van de Commissie Dekker handelt over de financieringsstructuur van de gezondheidszorg. Een kerngedachte in dit rapport is dat de introduktie van concurrentie-elementen in de gezondheidszorg de doelmatigheid kan verhogen. De andere rapporten houden zich vooral bezig met de wijze waarop de kwaliteit en de doelmatigheid van de gezondheidszorg, in het bijzonder van het medische handelen, kunnen worden verbeterd, met gelijktijdige beheersing van de kostenstijging. In het rapport 'Grenzen van de zorg' maakt de regering bekend dat zij een ethisch verantwoorde allocatie van de schaarse middelen wil bevorderen via het terugdringen van marginale geneeskunde en het stellen van prioriteiten in de gezondheidszorg; op deze wijze hoopt zij rantsoenering te kunnen vermijden. Het rapport van de Commissie Dunning presenteert een methodiek voor prioriteitenstelling van voorzieningen in de gezondheidszorg, voor het stellen van grenzen aan de introductie en toepassing van nieuwe medische technologieën en voor het 'gepast gebruik' van de gezondheidszorgvorrzieningen. De Gezondheidsraad stelt maatregelen voor ter verbetering van de doelmatigheid en de kwaliteit van de medische zorgverlening. Het rapport van de Commissie Biesheuvel doet voorstellen betreffende de organisatie en de verzekerings- en honoreringssystematiek in de gezondheidszorg die kunnen bijdragen aan verbetering van de samenhang en de doelmatigheid van de zorgverlening en het beheersen van de kostenstijging.

Dat in de meeste van de genoemde rapporten uitgebreid aandacht wordt gegeven aan het handelen van artsen, hangt samen met het feit dat veel kosten in de gezondheidszorg voortvloeien uit beslissingen en handelingen van artsen. In de individuele medische zorgverlening geniet de arts een hoge mate van vrijheid van (be)handelen die wordt verdedigd met een beroep op 'professionele autonomie'. Deze professionele autonomie wordt gezien als voorwaarde voor het kunnen waarmaken van de professionele verantwoordelijkheid om in de individuele zorgverlening primair het belang van de patiënt te behartigen. Maar vormt deze professionele autonomie niet tegelijkertijd

een belangrijke achtergrond van de zo moeilijk beheersbare kostenontwikkeling van de gezondheidszorg?

Tegen deze achtergrond is de probleemstelling voor dit onderzoek als volgt geformuleerd:

In hoeverre perken instrumenten voor volume- en kostenbeheersing in de gezondheidszorg de professionele autonomie van de arts in, en in hoeverre is dat geoorloofd?

Deze probleemstelling wordt van twee kanten benaderd.

1) Een analyse van de (grenzen van de) professionele autonomie vanuit een normatieve beschouwing van de medische praktijk.

2) Bestudering van de invloed van beheersinstrumenten op het medisch handelen en de behandelingsvrijheid van artsen.

Door deze twee onderzoekslijnen samen te brengen is nagegaan hoe de te bespreken beheersinstrumenten ingrijpen op de professionele autonomie van de arts en hoe dat vanuit ethisch gezichtspunt moet worden beoordeeld.

Het gaat in dit onderzoek dus om de invloed van structuurmaatregelen op systeemniveau op het handelen van actoren op de onderscheiden aggregatieniveaus van de gezondheidszorg. Daarbij zijn in principe twee benaderingen mogelijk. Men kan uitgaan van het systeem als geheel en systeemdoelen voorop stellen en nagaan door middel van welke maatregelen de actoren op de verschillende niveaus zich het beste kunnen invoegen in het systeem. De andere benadering gaat ervan uit dat maatschappelijke verbanden, ook op micro-niveau (i.c. de arts/patiënt-verhouding) een eigen normatieve structuur kennen die door aanpassingen van het systeem (i.c. de inzet van beheersinstrumenten) gerespecteerd dient te worden. In dit rapport is de laatste benadering gevolgd.

1.1 Inleiding

De Nederlandse gezondheidszorg kan zowel qua toegankelijkheid als kwaliteit een internationale vergelijking goed doorstaan. Wel is sprake van enkele beheersproblemen. Met name in de jaren '60 heeft een explosieve groei van de kosten van de gezondheidszorg plaatsgevonden. De omvattende strategie ter beheersing van prijs en volume als voorgesteld in de *Structuurnota Gezondheidszorg* is slechts ten dele gelukt.[1] In de eerste helft van de jaren '80 trof de overheid aanvullende maatregelen ter beperking van die volume- en kostengroei, waarvan de budgettering van de instellingen wel de ingrijpendste was. Het ging hierbij om maatregelen aan de aanbodszijde waarbij evenwel de behandelvrijheid van de professie buiten schot bleef. Het resultaat was aanvankelijk een gestabiliseerde maar later toch weer doorgaande, zij het vertraagde groei van de kosten en een druk op de kwaliteit van de zorg.[2]

De overheid ging vervolgens op zoek naar wegen en middelen om de opwaartse druk op de kosten van de gezondheidszorg structureel in de hand te houden en de kwaliteit zo veel mogelijk te bewaken. Vanaf het midden van de jaren '80 zien we dan ook een stroom

[1] Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. *Structuurnota Gezondheidszorg*. Tweede Kamer vergaderjaar 1973-1974, 13 012. Den Haag: Staatsuitgeverij 1974.

[2] Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut (red.). *De grenzen bereikt?* Amsterdam: Buijten & Schipperheijn 1991, i.h.b. hfdst. 2, 5 en 8.

van rapporten, adviezen en nota's waarin bouwstenen worden aangedragen voor een beleid dat zo'n structurele aanpak van het kostenvraagstuk in de gezondheidszorg in samenhang met het kwaliteitsvraagstuk behelst. We vermelden de rapporten die onzes inziens in het kader van dit onderwerp het belangrijkst zijn.[3]

Bereidheid tot verandering

De opdracht aan de commissie 'Structuur en Financiering Gezondheidszorg', ingesteld in augustus 1986 onder voorzitterschap van W. Dekker, was "binnen 6 maanden in hoofdlijnen te adviseren over de mogelijkheden tot beheersing van de volumeontwikkeling, tot verdere herziening van het stelsel van ziektekostenverzekering en tot deregulering". Op 26 maart 1987 bracht de commissie haar rapport *Bereidheid tot verandering* uit.[4] Als uitgangspunten voor herstructurering van de zorgsector worden genoemd:

1) doelmatigheid en flexibiliteit;
2) kwaliteit, toegankelijkheid en rechtvaardigheid;

en met nadruk:

3) betaalbaarheid voor de individuele burger en voor de samenleving.

Het rapport stelt dat de wijze van financiering voor een groot deel het functioneren van het stelsel van gezondheidszorgvoorzieningen bepaalt. De commissie werkt een structuur uit die *'gereguleerde concurrentie'* genoemd kan worden. Kenmerkend hiervoor is dat de zorgverlening tussen vragende en biedende marktpartijen afgestemd wordt op basis van het prijsmechanisme waarbij de overheid marktgedrag en prijsstelling aan regels bindt teneinde een rechtvaardige verdeling af te dwingen. Door het introduceren van onderlinge concurrentie tussen verzekeraars en tussen aanbieders van zorg wil de commissie een doelmatig georganiseerde zorgverlening bewerkstelligen. Op grond van een zo gunstig mogelijke kwaliteit/prijsverhouding zouden verzekeraars en aanbieders van zorg moeten dingen om de gunst van de cliënt respectievelijk patiënt. Om dit mogelijk te maken moet de contracteerplicht van verzekeraars met zorgaanbieders vervallen. Het voorzieningenpakket moet volgens de commissie verdeeld worden in een basispakket waarvoor ieder verplicht is verzekerd, en een aanvullend pakket waarvoor men zich vrijwillig kan verzekeren. De basisverzekering moet omstreeks 85% dekken van de kosten van gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening. Belangrijk hierbij is, dat de zorgverlenergebonden pakketomschrijving van ziekenfondsen en particuliere verzekeringsvormen wordt vervangen door een funktionele omschrijving van de voorzieningen die substitutie en concurrentie mogelijk maakt. Voor de basisverzekering bestaat voor de verzekeraars een acceptatieplicht van kandidaat-verzekerden. De premie voor de basis- en aanvullende

[3] Wij beperken ons hier tot die adviezen aan de regering, die er (mede) op gericht zijn de kostenstijging van het medische handelen te beperken, door begrenzing van de beschikbaarheid van medische voorzieningen en/of vergroting van de doelmatigheid van het medisch handelen. Wij gaan voorbij aan de diverse kabinetsnota's die betrekking hebben op de uitvoering van de stelselherziening en waarvan vooral *Werken aan zorgvernieuwing - actieprogramma van het beleid voor de zorgsector in de jaren '90, met Bijlage: Notitie stelselherziening zorgsector.* Rijswijk 1990, vermelding verdient. Dat zou deze paragraaf te omvangrijk maken en bovendien betreffen die nota's voornamelijk uitvoeringskwesties die voor ons onderwerp van minder belang zijn. Wel kan hier nog worden vermeld, dat van de hier besproken commissierapporten (tenminste) de hoofdlijnen door de regering zijn overgenomen.

[4] Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg. *Bereidheid tot verandering.* Den Haag 1987.

verzekering samen zal voor 75% geheven worden naar draagkracht en 25% nominaal. Het premiedeel dat naar draagkracht wordt geheven, wordt centraal door de belastingdienst geïnd en gestort in een zogenaamde centrale kas. De verzekeraars ontvangen hieruit per ingeschreven verzekerde een budget, 'normuitkering' genaamd dat is gebaseerd op objectieve parameters als leeftijd, geslacht en regio. Het nominale premiedeel wordt direkt door de verzekeraar geïnd. De hoogte hiervan kan de verzekeraar zelf vaststellen en biedt bij mogelijkheid tot concurrentie tussen verzekeraars de benodigde prikkel tot marktkeuzen en doelmatigheid.

Grenzen van de zorg

Op 29 juni 1988 bood het kabinet de Nota *Grenzen van de zorg* aan de Tweede Kamer aan.[5] Hierin wordt het regeringsstandpunt verwoord inzake de adviezen van de Ziekenfondsraad, de Nationale Raad voor de Volksgezondheid en de Gezondheidsraad, inzake de problematiek van een verantwoorde beheersing van de kostenstijging van de gezondheidszorg. In de adviesaanvragen en in deze nota onderscheidt het kabinet vijf soorten grenzen van gezondheidszorg:

1) De grens wat nog wel en wat niet meer gezondheidszorg kan worden genoemd.
2) De grens tussen wat ethisch nog wel en wat niet meer toelaatbaar moet worden geacht.
3) De grens tussen effectieve en (niet meer) effectieve zorg; daaraan verwant de grens tussen al dan niet doelmatige zorg.
4) De grens tussen financierbare en niet meer financierbare zorg.
5) De grens van de grondwettelijke plicht van de overheid tot bevordering van de volksgezondheid ingevolge artikel 22 van de Grondwet.

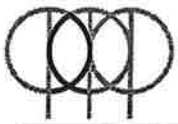
De nota vat samen wat de verschillende adviezen naar voren brengen ten aanzien van deze grenzen. De meeste aandacht gaat daarbij uit naar de grens tussen wat ethisch nog wel en niet meer toelaatbaar moet worden geacht. Daarbij komen overwegingen ten aanzien van de andere grenzen voor een deel terug.

In deze nota stelt het kabinet dat in het licht van de vele mogelijkheden in geneeskunde en gezondheidszorg, sprake is van schaarse middelen die op een ethisch verantwoorde wijze besteed moeten worden. Hier komt de vraag van de ethische (dat wil zeggen ethisch verantwoorde) grenzen van de zorg in beeld. De regering presenteert vervolgens een aantal algemene beleidsvoornemens op het gebied van de macro-allocatie. Dit zijn:

1) het terugdringen van de marginale geneeskunde;
2) het voorstellen van een methode voor prioriteitenstelling; en
3) het zoveel mogelijk vermijden van rantsoenering in de gezondheidszorg.

Ad 1) Het terugdringen van marginale geneeskunde, dit wil zeggen toepassing van medische behandelingen met een ongunstige baten/lasten verhouding voor de patiënt, houdt voor de regering in het bevorderen van doelmatig handelen in de zorgverlening. De regering wil in dit verband *'technology assessment'* van medische technologieën bevorderen. Onder 'technology assessment' verstaat het kabinet niet alleen kosteneffektiviteits-analyse van bepaalde technologieën, maar ook een systematische beoordeling van maatschappelijke

[5] *Grenzen van de zorg.* Tweede Kamer, vergaderjaar 1987-1988, 20620, nr. 1, 2.



wenselijkheid en ethische en juridische aanvaardbaarheid van die technieken.

Ad 2) Als methode voor het stellen van prioriteiten op macro-niveau denkt de regering aan de volgende stappen:

a) Het vaststellen van de kosteneffectiviteit van voorzieningen en het bevorderen van kosteneffectieve zorgverlening.
b) Het in kaart brengen van de zorgvraag op grond van medische criteria (niet iedere 'demand' behoeft zonder meer vervuld te worden). Dit houdt in het vaststellen van wat essentiële zorgbehoeften zijn per patiëntencategorie.
c) Handhaving van het beginsel van solidariteit (ook) in de gezondheidszorg.

Ad 3) De verdeling van de schaarse middelen over voorzieningen wil het kabinet realiseren door middel van prioriteitenstelling. Rantsoenering dient zo veel mogelijk vermeden te worden, want dit zou grote sociale spanningen en toenemende ongelijkheid in gezondheid kunnen teweegbrengen.

In dit regeringsstandpunt ten aanzien van het vaststellen van rechtvaardige grenzen van een financierbare gezondheidszorg spelen de begrippen kosteneffectiviteits-analyse, essentiële zorgbehoefte en solidariteit een centrale rol.
De twee hierna te bespreken rapporten bouwen voor een belangrijk gedeelte op deze benadering voort.

Kiezen en delen

Op 14 november 1991 bracht de in september 1990 ingestelde commissie 'Keuzen in de Zorg' onder voorzitterschap van A.J. Dunning het rapport *Kiezen en delen* uit.[6] De commissie stelt dat de som van alle individuele aanspraken meer is dan de samenleving beschikbaar wil stellen voor gezondheidszorg en dat dus keuzen gemaakt moeten worden. De commissie ontwikkelt enkele strategieën waarmee grenzen gesteld kunnen worden aan de toepassing van nieuwe medische technologieën bij patiënten. Dit zijn:

1) de beperking van aanspraken van verzekerden;
2) de hantering van wachtlijsten;
3) de toelating van medische technologieën; en
4) het gepaste gebruik van zorg.

Ad 1) Beperking van aanspraken van verzekerden kan volgens de commissie bereikt worden door de bestaande vormen van zorg op vier criteria te toetsen alvorens ze over te hevelen naar het basispakket. Deze vier criteria, gezamenlijk bekend geworden als de 'trechter van Dunning', zijn:

a) *Noodzakelijkheid.* Vaststellen welke zorg als noodzakelijk gezien moet worden, is alleen mogelijk vanuit een opvatting van gezondheid (alleen als duidelijk is wat men met de voorziening wil bereiken, is immers vast te stellen of deze noodzakelijk is). De commissie wijst individuele en professionele gezondheidsopvattingen af en kiest voor een *gemeenschapsgerichte gezondheidsopvatting.* Gezondheid is hierin een voorwaarde om normaal als lid van de samenleving te kunnen funktioneren, en noodzakelijke zorg

[6] Commissie Keuzen in de Zorg. *Kiezen en delen.* Den Haag: Distributiecentrum DOP, 1991; de gebundelde achtergrondstudies ten behoeve van de commissie zijn ook door het distributiecentrum DOP uitgegeven. Van dit advies is een verkorte publieksversie uitgegeven door het Ministerie van WVC (nu VWS).

is zorg die nodig is om dat zo goed mogelijk te verwerkelijken. Daarbij dient volgens de commissie wel een normatief kader gehanhaafd te worden van waarden die breed in de samenleving weerklank vinden; dit zijn de gelijkwaardigheid en beschermwaardigheid van alle mensen en de solidariteit.

In een nadere uitwerking stelt de commissie dat zorg die mensen in staat moet stellen normaal te kunnen funktioneren als lid van de gemeenschap, de hoogste prioriteit verdient. Voorbeelden hiervan zijn verpleeghuiszorg, psychogeriatrie en zorg voor mensen met een verstandelijke handicap. Deze zorg moet volgens de commissie zonodig wettelijk beschermd worden tegen mogelijke nadelen van gereguleerde concurrentie.

b) *Werkzaamheid*;

c) *Doelmatigheid*;

De criteria b) en c) kunnen vastgesteld worden via klinische 'trials' en kosteneffectiviteitsanalyses.

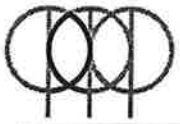
d) *Individuele verantwoordelijkheid en betaalbaarheid;* m.a.w. is de zorg zo duur dat die niet voor eigen rekening en verantwoording kan blijven?

Ad 2) Wachtlijsten dienen gebaseerd te zijn op medische criteria, ze dienen openbaar en toetsbaar te zijn; ze kunnen een nuttige funktie vervullen in de planning van zorgvoorzieningen en zorgverlening, maar mogen een kritische duur niet overschrijden. Wanneer dit toch gebeurt, dient aan het wegwerken van die wachtlijsten prioriteit gegeven te worden.

Ad 3) Nieuwe medische technologieën dienen evenals nieuwe geneesmiddelen getoetst te worden op werkzaamheid en veiligheid alvorens ze in het basispakket worden opgenomen. De commissie meent evenwel dat nieuwe technologieën ook beoordeeld dienen te worden op maatschappelijke, ethische en economische gevolgen voordat ze in het basispakket worden opgenomen. Dit in het licht van de gemeenschapsgerichte benadering van gezondheid en gezondheidszorg. Bovendien dient toelating tot de zorg op zo'n wijze te geschieden, dat *gepast gebruik* van de voorziening (doelmatigheid) wordt bevorderd. De commissie is van mening dat sturing en waar nodig remming van nieuwe medische technologie tot de kerntaak van de overheid behoort. Mede omdat het om juridische en ethische bescherming van mensen gaat.

Ad 4) De commissie meent dat de verantwoordelijkheid voor de verbetering van de (kwaliteit van de) medische zorg ligt bij de medische professie. Dit houdt ondermeer in dat goede indicaties worden opgesteld voor onderzoek en behandeling van aandoeningen, onder andere met behulp van consensusafspraken en protocolontwikkeling. De commissie acht het gewenst hierbij patiëntenorganisaties en verzekeraars te betrekken. Financiële prikkels kunnen worden gebruikt om de kwaliteit van de zorg te bevorderen. Ook zorgverzekeraars hebben in dit verband een eigen verantwoordelijkheid.

Tot slot doet de commissie aanbevelingen inzake het via derden op gang brengen van een maatschappelijke discussie over de 'keuzen in de zorg'-problematiek. Dit wordt wenselijk geacht met het oog op het creëren van een maatschappelijk draagvlak voor politieke besluitvorming.



Medisch handelen op een tweesprong

In het kader van het streven marginale geneeskunde terug te dringen en de doelmatigheid van het medisch handelen te vergroten, had de Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, de Ziekenfondsraad en de Gezondheidsraad verzocht na te gaan van welke verrichtingen de effectiviteit gering, nihil of onbekend is. Het advies van de Gezondheidsraad *Medisch handelen op een tweesprong* dat op 12 december 1991 uitkwam, is een antwoord op deze adviesaanvraag.[7] Het rapport concentreert zich op mogelijkheden om de doelmatigheid van het medisch handelen, in het bijzonder van de medisch specialisten te vergroten. De commissie stelt dat de kwaliteit van de gezondheidszorg in ons land in het algemeen goed is, maar dat ten gevolge van groeiende complexiteit, de krappe budgettering en de toegenomen werkdruk de kwaliteit onder druk komt te staan. Kwaliteitsverbetering, in het bijzonder doelmatigheidsverhoging, van het medisch handelen is nodig.

De commissie gaat in op enkele, vaak irrationele hindernissen voor doelmatigheidsverbetering. We noemen de belangrijkste.

- Tijdgebrek, slechte communicatie, en een onzekere of traditionele instelling van de arts en financiële belangen, staan een rationele toepassing van aanvullende diagnostiek (aanvullend op anamnese en lichamelijk onderzoek), in de weg.
- In honorering worden anamnese, praten met de patiënt en lichamelijk onderzoek, ondergewaardeerd ten gunste van aanvullende diagnostiek.
- Door gebrek aan gegevens over effektiviteit van diagnostiek en therapie, worden verrichtingen ingevoerd, zonder dat het nut ervan is bewezen. Bovendien worden nieuwe verrichtingen opgenomen in het voorzieningenpakket op grond van het gebruikelijkheidscriterium in plaats van op grond van bewezen doeltreffendheid.
- Concentratie van complexe, niet veel voorkomende verrichtingen worden nogal gehinderd door de (financiële) belangen van ziekenhuizen en specialisten.
- Nascholing bereikt niet iedere beroepsbeoefenaar en geeft weinig aandacht aan effektiviteit- en kwaliteitsonderzoek.
- De patiënt stelt hogere eisen aan de arts, waardoor die sterker het conflict ervaart tussen autonomie van de patiënt en professionele verantwoordelijkheid. Mede hierdoor is ook de werkbelasting van artsen zwaarder geworden.
- Verantwoording afleggen op basis van systematische evaluatie van het eigen handelen is nog niet overal gebruikelijk.
- Aan de samenwerking tussen artsen en de afbakening van verschillende specialismen schort nog het nodige.

De commissie stelt dat de beroepsgroep dringend zelf orde op zaken moet stellen, of anders zal moeten toestaan dat de overheid, de verzekeraars of ziekenhuismanagement het initiatief overnemen. De commissie geeft de voorkeur aan de eerste optie. Zij doet daarvoor enkele aanbevelingen:

- Door middel van verschillende maatregelen (kwaliteitscommissies binnen de wetenschappelijke verenigingen van artsen, visitatie) dient de medische professie de kwaliteit van medisch handelen te bevorderen. Artsen dienen dan wel bereid te zijn tot het

[7] Beraadsgroep Geneeskunde van de Gezondheidsraad. *Medisch handelen op een tweesprong.* Den Haag: Gezondheidsraad 1991.

afleggen van verantwoording over hun handelen.
- Waar concentratie van complexe verrichtingen gewenst blijkt, moet herverdeling van ziekenhuisbudgetten worden overwogen.
- De beroepsgroep dient te werken aan het formuleren van protocollen op basis van effektiviteitsonderzoek; protocollen moet niet dwingend zijn, maar richtinggevend.
- Nieuwe verrichtingen dienen alleen op basis van bewezen doeltreffendheid te worden ingevoerd. Hierbij draagt ook de beroepsgroep verantwoordelijkheid.
- Onderlinge samenwerking, toetsing en verwijzing tussen huisartsen en specialisten en tussen specialisten onderling dient te verbeteren.
- Versterking van de positie van de huisarts is nodig, zodat deze de patiënt kan adviseren bij belangrijke keuzen en overzicht kan houden.
- In het medisch onderwijs dient de klinisch-epidemiologische denktrant meer aandacht te krijgen, evenals de evaluatie van het handelen, collegiaal overleg en het zich toetsbaar opstellen, het werken met protocollen en een goede bejegening van patiënt en familie.

Gedeelde zorg: betere zorg

In een brief d.d. 5 juni 1992 aan de Eerste en Tweede Kamer maakt de toenmalig staatssecretaris van WVC, dhr. H.J. Simons de instelling bekend van de 'Commissie Modernisering Curatieve Zorg', onder voorzitterschap van mr. B.W. Biesheuvel, en licht de opdracht aan de commissie toe. In januari 1994 brengt deze commissie haar rapport *Gedeelde zorg: betere zorg* uit.[8]

De direkte aanleiding tot het instellen van deze commissie vormde de herziening van het financieringsstelsel van de gezondheidszorg, waaraan door het derde kabinet Lubbers, onder leiding van de verantwoordelijke bewindsman Simons is gewerkt. In het kader van deze stelselherziening achtte de Staatssecretaris het van het grootste belang "tijdig en adequaat te onderzoeken wanneer en onder welke condities huisartsenzorg, specialistische zorg en ziekenhuiszorg onderdeel kunnen gaan uitmaken van een gemoderniseerde zorgverzekering".

Het valt op dat in de taakomschrijving de commissie tevens gevraagd wordt aandacht te geven aan enkele zaken die in het advies *Medisch handelen op een tweesprong* als knelpunten worden aangewezen voor verbetering van de doelmatigheid in het medisch handelen. Dit betreft met name de verbeteringen in de samenwerking tussen specialist en ziekenhuis en tussen specialisten en huisartsen, de honorering van huisartsen en specialisten en de financiering van ziekenhuizen. Nadrukkelijk wordt erop gewezen dat de modernisering gepaard dient te gaan met bevordering van doelmatigheid, uitgaande van medisch effektief kwalitatief verantwoord handelen. Tevens dient daarmee kostenbeheersing te worden gerealiseerd.

De belangrijkste aanbevelingen van de commissie hebben betrekking op een nauwere samenwerking en afstemming tussen de verschillende voorzieningen op het terrein van de curatieve zorg (d.w.z. generalistische, specialistische en transmurale zorg) om een continuum van 'zorg op maat' te kunnen realiseren.

[8] Commissie Modernisering Curatieve Zorg. *Gedeelde zorg: betere zorg.* Den Haag: Hageman, 1994.

In de generalistische zorg staat de huisarts centraal. De 'poortwachtersrol' van de huisarts verdient nadere versterking, onder meer door verbreding van het takenpakket en nauwere samenwerking met, en eventueel ondersteuning van specialisten. De huisarts zou hiertoe gestimuleerd kunnen worden door een abonnementshonorarium met opslagen voor specifieke funkties en eventueel bij doelmatig handelen.

De medisch specialistische zorg is in toenemende mate verweven met de ziekenhuiszorg. De commissie is van mening dat dit ook in de organisatie zijn weerslag moet vinden in de vorming van het 'geïntegreerde medisch-specialistische bedrijf'. Kenmerkend hiervoor is dat de ziekenhuisorganisatie, de artsen en ander verpleegkundig personeel zich gezamenlijk verantwoordelijk weten voor doelmatige en kwalitatief hoogwaardige patiëntenzorg. Dit medische specialistische bedrijf zal volgens de commissie decentralisatie moeten kennen van verantwoordelijkheden en bevoegdheden naar zelfstandig werkende eenheden met eigen budgetten. Tegelijkertijd zal het bedrijf als geheel een eenduidige leiding moeten hebben in de vorm van directie/raad van bestuur. Dit betekent dat de economisch zelfstandige maatschappen worden opgeheven, maar dat de medische specialisten wel een hoge mate van zelfstandigheid behouden bij hun medisch handelen om recht te kunnen doen aan hun professionele autonomie. In samenhang hiermee wil de commissie ten aanzien van de honoreringsstructuur van specialisten afstappen van het verrichtingentarief en overgaan op een basishonorarium, aangevuld met toeslagen voor bijvoorbeeld extra werkdruk en speciale expertise.

Ten aanzien van de verhouding specialist-ziekenhuisorganisatie meent de commissie dat een dienstverband van specialisten het eenvoudigst zou zijn, maar laat andere mogelijkheden open. Wel wordt ook benadrukt dat de vrijheid van het medisch professionele handelen gegarandeerd moet worden door duidelijk vastgelegde afspraken tussen ziekenhuisorganisatie en medisch specialist.

De commissie gaat verder vrij uitvoerig in op de wijze waarop de capaciteit van gezondheidszorgvoorzieningen bepaald moet worden, op de verzekeringssystematiek en op de wijze waarop inzicht en toetsing kan worden bereikt van de kwaliteit van het medisch handelen. Wat betreft dit laatste stelt ook dit rapport dat de medische professie verantwoordelijkheid draagt voor verbetering voor de kwaliteit van het medisch handelen, ondermeer door consensusbijeenkomsten, protocolontwikkeling, en eventueel het opzetten van certificatie-systemen.

Tot slot doet de commissie voorstellen voor de wijze waarop nieuwe systemen zouden kunnen worden ingevoerd.

Conclusie

De hierboven behandelde rapporten overziende, kunnen we stellen dat het rapport van de commissie Dekker handelt over de financieringsstructuur van de gezondheidszorg en dat de regering enkele belangrijke voorstellen uit dit rapport, met een aantal wijzigingen is gaan invoeren.

De andere rapporten houden zich vooral bezig met de wijze waarop de doelmatigheid en de kwaliteit van de gezondheidszorg, en in het bijzonder van het medische handelen, kan worden verbeterd, met gelijktijdige beheersing van de kostenstijging. In de laatste drie rapporten wordt (tevens) nagegaan op welke wijze veranderingen in de medische zorgverle-

ning zelf (Gezondheidsraad), en in de organisatie en in de financieringssystematiek hiervan ('Dunning' en 'Biesheuvel') kunnen bijdragen aan het bereiken van genoemde doelstelling.

Een thema dat in deze drie rapporten steeds terug komt, is dat van de professionele autonomie. De commissies stellen maatregelen voor waarvan ze zelf het idee hebben dat ze de professionele autonomie inperken, of verwachten dat anderen dat zullen vinden. Geponeerd wordt dat de voorgestelde maatregelen de professionele autonomie niet ontoelaatbaar zullen beperken. Maar een grondige analyse van het verschijnsel professionele autonomie en van de betekenis ervan voor een ethisch verantwoorde medische zorg wordt niet gegeven. De genoemde rapporten roepen zo als het ware de vraag op naar de verhouding tussen de professionele autonomie van de arts en de invloed van maatregelen betreffende de organisatie en financiering van de gezondheidszorg. Deze vraagstelling staat in deze studie centraal en kan derhalve gezien worden in het kader van het zoeken van de overheid naar instrumenten voor een verantwoorde beheersing van de volume- en kostenstijging van de gezondheidszorg.

1.2 Probleemstelling

Het is niet toevallig dat verscheidene van de genoemde rapporten die handelen over de kosten van de gezondheidszorg in het algemeen, aan het handelen van artsen zo uitgebreid aandacht geven. Dat de meeste kosten in de gezondheidszorg vloeien uit de pen van de dokter is inmiddels een gevleugeld woord geworden.[9] De medische zorgverlening in de individuele arts/patiënt-verhouding wordt wel het primaire proces in de gezondheidszorg genoemd.[10] In deze relatie, zo wordt door de professie gesteld, dient de arts vooral de belangen van de patiënt in het oog te houden en te bevorderen.[11] De professionele verantwoordelijkheid voor het bieden van 'de zorg van een goed hulpverlener' vereist dan ook een vrijheid van handelen voor de individuele beroepsbeoefenaars, binnen de grenzen van wat de professie als verantwoord medisch handelen beschouwt en binnen de grenzen van de wet. Deze claim op behandelingsvrijheid vormt het (morele) hart van het beroep op professionele autonomie (zie verder hfdst. 3).

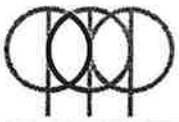
Maar vormt deze vrijheid van handelen, alsmede de vrijheid van de professie de grenzen van 'goed medisch handelen' autonoom vast te stellen, in samenhang met de grotere waardering voor de autonomie van de patiënt en de wijze waarop de gezondheidszorg wordt gefinancierd, niet tevens de achtergrond van de zo moeilijk beheersbare kostenontwikkeling van de gezondheidszorg, althans bij handhaving van een aanvaardbare kwaliteit en toegankelijkheid? Van de andere kant is het de vraag of, en in hoeverre beleidsmaatregelen met het oog op volume- en kostenbeheersing (bijv. de introductie van 'marktelementen' in het zorgstelsel, budgettering) de behandelingsvrijheid van de arts op aanvechtbare wijze inperken. Dit leidt tot de volgende probleemstelling:

---

[9] KNMG. Professioneel kiezen. *Medisch Contact* 47 (1992) nr.3, p.90.

[10] KNMG. Commentaar n.a.v. rapport Biesheuvel en het kabinetsstandpunt. *Medisch Contact* 49 (1994) nr.11, p.369.

[11] KNMG (1992) § 4.1.



In hoeverre perken instrumenten voor volume- en kostenbeheersing in de gezondheidszorg de professionele autonomie van de arts in, en in hoeverre is dat geoorloofd?

1.3 Methode en opzet

De boven geformuleerde probleemstelling behelst twee deelproblemen die in dit rapport als twee onderscheiden onderzoekslijnen gepresenteerd zullen worden.

1) Professionele autonomie van de arts. In dit deel van het project gaat het om een analyse van de medische praktijk, en van de arts/patiënt-verhouding in het bijzonder, en van de ethische betekenis van de professionele autonomie. Hierbij moet duidelijk worden welke (mate van) inperking van de professionele autonomie (waarvan de behandelvrijheid een wezenlijk onderdeel uitmaakt) ethisch gerechtvaardigd kan worden en welke niet.

2) Beheersinstrumenten. Een aanzienlijk deel van de kostenstijging van de gezondheidszorg hangt direkt samen met het handelen van artsen, in het bijzonder hun inzet van (nieuwe) technologie (zie § 2.2). Een mogelijkheid voor de overheid om de kosten van de gezondheidszorg te beheersen lijkt dan ook te zijn het inzetten van beheersinstrumenten die aangrijpen op het medische handelen. Om te kunnen beoordelen of bepaalde beheersinstrumenten op een ethisch verantwoorde wijze ingrijpen op het medische handelen is het nodig eerst na te gaan welk effekt het betreffende instrument heeft op het medische handelen. Om dit te doen is enig inzicht vereist in het Nederlandse zorgstelsel en in de plaats van de medische professie daarin. De tweede onderzoekslijn gaat in op de laatstgenoemde vraag (hfdst. 5) en bespreekt vervolgens enkele beheersinstrumenten (hfdst. 6-9).

In het slothoofdstuk (hfdst. 10) worden de twee lijnen samengebracht en worden de beheersinstrumenten geëvalueerd in het licht van de normatieve analyse van de medische praktijk en de betekenis van de professionele autonomie daarin. Hoofdstuk 11 besluit het rapport met een aantal aanbevelingen voor het overheidsbeleid.

1.4 Individu en collectief

Aan de boven gepresenteerde tweesporige probleemstelling willen we nog een korte toelichting toevoegen op onze benaderingswijze van deze problematiek.

Het primaire proces in de gezondheidszorg vindt plaats in de individuele arts/patiënt-relatie, dat wil zeggen op het micro-niveau. Beleidsmaatregelen beogen de structuur van de gezondheidszorg te beïnvloeden. De gezondheidszorg wordt dan gezien als een systeem waarvan de arts/patiënt-verhouding een element vormt.

Een belangrijke vraag is hoe in het gezondheidszorgbeleid het systeemniveau en het micro-niveau van de arts/patiënt-verhouding zich tot elkaar verhouden. Is het beleid primair gericht op de realisering van systeemdoelen (bijvoorbeeld beheersing van totale kosten, behalen van bepaalde meetbare gezondheidswinst) of op doelen op micro-niveau (handhaven van handelingsvrijheid van de arts en aanspraken van patiënten)?

Het overheidsbeleid toont de laatste decennia tendenzen van een collectivistische

benadering waarin systeemdoelen het primaire proces dreigen te overheersen.[12] Deze grotere aandacht in het gezondheidszorgbeleid voor het collectief, voor het systeem, staat niet op zichzelf. In de gehele geïndustrialiseerde wereld krijgt de samenleving in toenemende mate een technologisch karakter. Een belangrijk kenmerk van deze technologische cultuur is de groeiende omvang van menselijke ondernemingen. Meer en meer is het leven van het individu afhankelijk van het goed functioneren van collectieve systemen. Deze collectieve systemen hebben een eigen dynamiek en plaatsen onze cultuur voor nieuwe verantwoordelijkheden, namelijk de inrichting en het beheer van grote collectieve systemen. Ten aanzien van de medische ethiek betekent dit dat deze niet kan volstaan met gedragsregels inzake het handelen vande arts ten opzichte van de patiënt en de collegae. In de gezondheidszorg zijn niet langer alleen artsen en patiënten in de enkelvoudige arts/patiënt-verhouding ethische actoren.[13]

Ook van andere actoren als bestuurders van instellingen, verzekeraars, vertegenwoordigers van koepelorganisaties, adviesraden en de overheid worden beslissingen verwacht die ethisch verantwoord moeten worden. Dit houdt tegelijkertijd in dat de ethische reflectie binnen de gezondheidszorg niet alleen vragen betreft die opkomen uit de enkelvoudige arts/patiënt-verhouding, maar ook vragen die de organisatie en het functioneren van het zorgsysteem als geheel en van de onderscheiden niveaus en elementen van het systeem betreffen. Het micro- en het systeem-niveau hangen nauw met elkaar samen en beïnvloeden elkaar wederzijds. Daarom is het van belang een goed evenwicht te bewaren tussen het individuele en het collectieve in de gezondheidszorg. De bezinning op deze problematiek behoort tot een deelgebied van de ethiek dat 'systeemethiek' genoemd kan worden.

Binnen de systeemethiek kunnen in principe twee normatieve benaderingen worden onderscheiden. De eerste benadering gaat uit van het systeem en zijn doelen en tracht te doordenken hoe het menselijk handelen op micro-niveau zich het beste aan het systeem kan aanpassen. Deze benadering kiest haar uitgangspunt in feite in de bestaande wereld met haar collectieve systemen en trekt van daaruit lijnen naar de toekomst. De ethiek vormt dan een afgeleide van de systeemdoelen.

De andere benadering van een normatieve systeemethiek kiest haar uitgangspunt niet in de beheersing van het systeem, maar zoekt naar inherente normativiteit in de samenlevingsverbanden die het systeem behoort te respecteren. Achtergrondgedachte van deze benadering is dat normen geen louter menselijke uitvindingen of constructies zijn die dan in een moreel neutrale werkelijkheid toepassing zouden moeten krijgen. De werkelijkheid kent een eigen normativiteit. Deze komt onder andere tot uitdrukking in het verschijnsel dat de in de samenleving voorkomende sociale en maatschappelijke verbanden een eigen dynamiek en wetmatigheid hebben, welke het beleid slechts tot schade kan negeren.

Wij kiezen in deze studie met betrekking tot de gezondheidszorg voor de laatste normatieve benadering. Dit betekent dat het primaat niet ligt bij het systeem en zijn doelen waaraan verbanden op micro-niveau geheel ondergeschikt gemaakt zou mogen

[12] Zie hierover uitvoeriger: Strijbos S. The individual and the collective in health care: A problem of systems ethics. *Systems Research* 11 (1994) p.67-76.

[13] Vgl. Sporken P. *Ethiek en gezondheidszorg*. Baarn: Ambo 1977, p.56-62.

worden. Normatieve elementen die in verbanden op micro-niveau (hier vooral de arts-patiëntverhouding) besloten liggen dienen door het systeem te worden gerespecteerd.[14]

[14] De vraag kan worden opgeworpen of de moderne gezondheidszorg door haar complexiteit en veelvormigheid nog wel adequaat beschreven en geëvalueerd kan worden wanneer de arts/patiënt relatie centraal wordt gesteld. De hier gemaakte keuze in het kader van dit onderzoek berust op een praktische overweging (a) en een normatieve keuze (b).
a) de probleemstelling van dit project betreft het handelen van artsen en de beïnvloeding hiervan door maatregelen op systeemniveau; deze uit het onderwerp voortvloeiende beperking betekent geen ontkenning van het gegeven dat de gezondheidszorg, m.n. op het gebied van preventie, GVO en dergelijke, veel breder is dan het direkte medische handelen van artsen;
b) erkennend dat gezondheidszorg meer behelst dan het handelen van artsen, menen wij dat voor het zoeken naar normen voor het gezondheidszorgbeleid, in elk geval voorzover dat direkt op het medische handelen is betrokken, een normatieve analyse van het 'primaire proces' van medische zorgverlening vruchtbaar is. Enigszins extreem gezegd, een 'biopolitiek' waarin het overheidsbeleid inzake de volksgezondheid, dus inclusief het medische handelen, zich oriënteert op systeemdoelen betreffende 'het gezonde bestaan' wijzen wij af.

HOOFDSTUK 2
Achtergronden van de schaarste-problematiek

Samenvatting

In dit hoofdstuk gaan we in op cultuurhistorische en economische achtergronden van de kostenstijging van de gezondheidszorg.

In de meeste geïndustrialiseerde landen wordt een spanning ervaren tussen de opwaartse druk op de kosten van de gezondheidszorg en handhaving van de kwaliteit ervan. Dit suggereert dat het hier gaat om een probleem dat samenhangt met de aard van de westerse cultuur. Kunnen leidende opvattingen in onze cultuur omtrent gezondheid, geneeskunde en de positie van de arts een verklaring bieden voor de sterke opwaartse druk op de kosten van de gezondheidszorg?

De moderne natuurwetenschappelijk gefundeerde geneeskunde heeft vele mogelijkheden gecreëerd waarmee nood ten gevolge van ziekte en aandoeningen gelenigd kan worden. De levensverwachting en de kwaliteit van leven (vooral bij mensen met handicaps) zijn toegenomen (overigens zeker niet alleen door geneeskundige ontwikkelingen). Mede ten gevolge van hun succes zijn wetenschap en techniek voor de moderne mens steeds meer het zinkader gaan vormen en het levensgevoel gaan bepalen. Dit betekent dat in de moderne samenleving het medisch-wetenschappelijk mensbeeld en daarmee het fysieke bestaan in het hiernumaals een steeds centraler plaats heeft gekregen. Wetenschap en techniek worden gezien als de instrumenten bij uitstek om dit bestaan veilig te stellen. Dit betekent onder andere dat de verwachtingen van geneeskunde en gezondheidszorg ten aanzien van het beheersen van leven en gezondheid hoog gespannen zijn. Zelfs kan worden gesteld dat de traditionele godsdienst(en) als bron van interpretatie en zingeving van het leven tot op zekere hoogte is (zijn) vervangen door het wetenschappelijk verstaan van de werkelijkheid en het technisch-wetenschappelijk beheersen ervan. Met andere woorden: gezondheid en geneeskunde hebben een pseudo-religieuze lading gekregen. Dit vormt onzes inziens de fundamentele achtergrond van te hoge verwachtingen van geneeskunde en gezondheidszorg en van de sterke stijgende tendens in de kosten van de gezondheidszorg.

Tussen 1970 en 1991 is een verdubbeling opgetreden van het percentage van het Bruto Nationaal Produkt dat in de OECD-landen[1] gemiddeld aan de gezondheidszorg wordt besteed. We zijn nagegaan welke factoren hebben bijgedragen aan deze kostengroei. In onze analyse hanteren we de zogenaamde 'residual-approach'. Dit wil zeggen dat alle bekende factoren die hebben bijgedragen aan de kostengroei worden berekend en de overgebleven, nog onverklaarde kostenstijging wordt toegeschreven aan een restfactor. In ons model beschouwen we technologische verandering als de belangrijkste bijdrage in deze restfactor.

Tussen 1970 en 1991 zijn de kosten van de gezondheidszorg in Nederland met 460% (een factor 5,6) gegroeid. Deze kostengroei kan worden toegeschreven aan veranderingen in zorgbehoefte en aan veranderingen in het zorgaanbod. Voor 38%

[1] Dit zijn de geïndustrialiseerde landen die genoemd worden naar hun samenwerkingsorganisatie, de Organisation for Economic Cooperation and Development.

(factor 1,38) kan die stijging worden toegeschreven aan een toename van de zorgbehoefte; hiertoe behoren groei van de bevolking (factor 1,15) en veroudering (factor 1,12). Aan de aanbodszijde heeft vooral de inflatie in hoge mate bijgedragen aan de kostenstijging van de gezondheidszorg (160%, een factor 2,6). Ons model, waarin de factoren die de prijs betreffen moeten worden vermenigvuldigd met de factoren die het volume betreffen, levert voor de restfactor 'technologische verandering' een bijdrage op van 83%; dit wil zeggen dat de totale kosten van de gezondheidszorg tussen 1970 en 1991 met een factor 1,8 zijn gestegen door technologische verandering (afgezien van 'vervuilingen' van deze restfactor). Dit is een zeer significante bijdrage, zeker in vergelijking met onze bevinding, dat de lonen in de zorgsector enigszins zijn achtergebleven bij de loonontwikkeling in de rest van de economie, en daardoor de kostenstijgingen ten opzichte van het BNP enigszins hebben geremd (-8%).

Gezien het feit dat het in ons model om werkelijk gemaakte kosten gaat wordt de factor 'technologie' in belangrijke mate bepaald door het medische handelen. Deze bevindingen stroken met de hierboven gegeven analyse van de cultuurhistorische achtergronden van de kostenstijging. De te hoge verwachting en waardering van geneeskunde en gezondheidszorg, zowel bij arts als patiënt, leiden tot een voortsnellende ontwikkeling en toepassing van medische technologieën. Daarvoor krijgen patiënten ongetwijfeld in veel gevallen iets terug: adequater medische behandeling. Het kan evenwel politiek gezien als onhaalbaar worden beschouwd dat, uitgedrukt als percentage van het BNP, de kosten van de gezondheidszorg de komende 20 jaar even sterk stijgen (nl. verdubbelen) als in de onderzochte periode. Duidelijk is ook uit deze analyse dat beïnvloeding van het medische handelen, in het bijzonder de ontwikkeling en toepassing van medische technologieën, althans kwantitatief gezien de mogelijkheid biedt van een beperking van de kostenstijging van de gezondheidszorg. Vanuit beleidsmatig oogpunt gezien is het dus begrijpelijk dat de overheid zoekt naar beheersinstrumenten die de medische professie tot zuiniger handelen kunnen aanzetten. Terecht wordt daarbij evenwel tegelijkertijd de vraag gesteld naar de medisch-ethische legitimering van dergelijke instrumenten. Immers, in het gezondheidszorgbeleid mag het niet alleen gaan om kosten maar moet het vooral ook gaan over kwaliteit.

2.1 Cultuurhistorische achtergronden

2.1.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zullen we stilstaan bij de achtergronden van de sterk gestegen kosten van de gezondheidszorg en de blijvende opwaartse druk op die kosten. In het eerste deel van dit hoofdstuk gaan we in op historische en culturele achtergronden. Het tweede deel bespreekt de belangrijkste economische achtergronden. Duidelijk zal worden dat deze twee soorten achtergronden nauw met elkaar samenhangen.

Het aanzien van de wereld en het maatschappelijk leven zijn na de tweede wereldoorlog sneller veranderd dan in de eeuwen daarvoor. Dit geldt ook voor de geneeskunde en de gezondheidszorg. Veruit de meeste medische mogelijkheden van nu zijn in de naoorlogse periode ontwikkeld, en de technologische ontwikkeling gaat onverminderd voort. Door verbeterde levensomstandigheden en de groei van de medische

mogelijkheden is veel bereikt. De levensverwachting is sterk toegenomen (zie Figuur 1), de zuigelingensterfte is afgenomen, een aantal ziekten is verdwenen en vele andere kunnen beter worden behandeld. Allerhande hulpmiddelen kunnen de levenssituatie van mensen met een handicap verbeteren.

Figuur 1. Gezonde levensverwachting bij de geboorte in 5 landen, in 1960 en 1990 (in jaren)

	1960		1990		toename in %	
	MAN	VROUW	MAN	VROUW	MAN	VROUW
Verenigde Staten	66,6	73,3	72,0	78,8	8,1	7,5
Engeland	68,3	74,2	73,0	78,5	6,7	5,8
Duitsland	66,9	72,4	72,6[a]	79,0[a]	8,5	9,1
Nederland	71,6	75,5	73,8	80,1	3,1	6,1
Japan	65,5	70,2	75,9	81,9	15,9	16,7

a. 1989

BRON: OECD, *Health systems - facts and trends 1960 - 1991*, Health Policy Studies no. 3, Paris 1993, pp. 54 - 55.

Die snelle groei van geneeskunde en gezondheidszorg is wel gepaard gegaan met een sterke groei van de kosten van de gezondheidszorg. Dit geldt vrij algemeen voor de geïndustrialiseerde wereld. Tussen 1960 en 1991 zijn de kosten van de gezondheidszorg als percentage van het Bruto Nationaal Produkt gemiddeld in de OECD-landen verdubbeld.

Figuur 2. De kosten van de gezondheidszorg in een aantal OECD-landen, 1960 - 1991

	DE KOSTEN VAN DE GEZONDHEIDSZORG IN PROCENTEN VAN HET BRUTO NATIONAAL PRODUKT					DE NOMINALE KOSTEN VAN DE GEZONDHEIDSZORG (INDEX, 1960 = 100)		
	1960	1970	1980	1990	1991	1970	1980	1990
Verenigde Staten	5,3	7,4	9,2	12,2	13,3	274	922	2488
Engeland	3,9	4,6	5,9	6,0	6,6	230	1321	3370
Duitsland	4,9	6,0	8,4	8,8	9,1	273	853	1385
Nederland	4,0	5,9	8,0	8,4	8,7	419	1564	2397
Japan	3,0	4,6	6,5	6,7	6,8	696	3283	5896
OECD	3,9	5,1	7,0	7,8	8,1			

BRON: OECD (1993), pp. 18, 28, 108.

Tegelijkertijd tracht in die landen de overheid de loonkosten en derhalve de collectieve lasten, waaronder de kosten van de gezondheidszorg, zoveel mogelijk te beperken. Dit acht men nodig om sociale spanningen of sociale onrechtvaardigheid te voorkomen

(bijvoorbeeld te hoge sociale lasten waardoor werkgelegenheid in gevaar komt, ongelijke toegang tot gezondheidszorgvoorzieningen). In een aantal landen is recent een wijziging van de organisatie en financiering van de gezondheidszorg doorgevoerd of is men daarmee bezig (Bondsrepubliek Duitsland, Nederland, Groot-Brittannië en de Verenigde Staten).

Ondanks de verschillende gezondheidszorgstelsels in de diverse landen blijkt overal het probleem van de spanning tussen *de ervaren noodzaak van beheersing van de kostengroei van de gezondheidszorg enerzijds en van handhaving danwel verbetering van de kwaliteit van de zorg anderzijds, te bestaan.*[2]

Dit roept de gedachte op dat deze problematiek in de geïndustrialiseerde landen bepaalde gemeenschappelijke historische of cultuurhistorische achtergronden heeft. In deze paragraaf pogen wij die cultuurhistorische achtergronden op het spoor te komen. Daartoe is nagegaan of de overheersende opvattingen in onze samenleving over drie centrale begrippen in de gezondheidszorg, namelijk gezondheid, geneeskunde en positie van de arts, zoals die in de loop van de nieuwere Europese geschiedenis zijn ontstaan (mede) een verklaring bieden voor de steeds sterker wordende opwaartse druk op de kosten van de gezondheidszorg.

Het moge duidelijk zijn dat dit complexe onderwerp in dit bestek slechts in grote lijnen, met onvermijdelijke generalisaties, behandeld kan worden. Gedetailleerder studies van bepaalde ontwikkelingen of samenhangen zouden het beeld meer relief en nuance geven. Het gaat ons in dit hoofdstuk echter om de vraag naar een eventuele kwalitatieve samenhang tussen veranderingen in opvattingen omtrent de drie genoemde begrippen en de spanning tussen kosten en kwaliteit in de gezondheidszorg van de geïndustrialiseerde landen. Een inzicht in die samenhang is onzes inziens belangrijk bij het zoeken naar maatregelen ter beperking van die spanning.

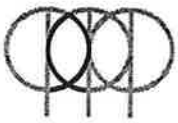
2.1.2 Enkele historische achtergronden van de moderne geneeskunde[3]

In de preliteraire en de meeste oude culturen waren de ambten van arts en priester dikwijls in een persoon verenigd, of betroffen zij twee funktionarissen die zeer nauw met elkaar waren verbonden en veelal belangrijke posities vervulden in de betreffende samenleving. Ziekte werd veelal verstaan als bedreiging van het bestaan, als onheil in de volle zin van het woord, als verwerping door de geestelijke wereld, en als gevolg daarvan eventueel ook door de samenleving. Gezondheid daarentegen was bewijs van gunst van goden of geesten en werd daarom verstaan als heil, opnieuw in de volle zin van het woord. Gezondheid werd dus zeker niet alleen lichamelijk en psychisch verstaan, maar vooral ook geestelijk en sociaal.

In het klassieke Griekenland treden ongeveer vanaf de zevende eeuw voor Christus de natuurfilosofen op. De natuurfilosofie leidt tussen de zevende en de vijfde eeuw

[2] Kemenade YW van. *Health care in Europe. The finance and reimbursement systems of 18 European countries*. Zoetermeer: National council for public health 1993; Kemenade YW van, Jong B de. Gezondheidszorgstelsels in Europa. *Medisch Contact* 48 (1993) nr.38, p.1149-1154.

[3] Voor een uitvoeriger bespreking van deze historische achtergronden, met literatuurverwijzingen, verwijzen we naar Achtergrondstudie 1 bij dit rapport.



voor Christus tot een meer wetenschappelijke geneeskunde, die lange tijd bestaat naast de zogenaamde priestergeneeskunde. De meer wetenschappelijke geneeskunde stond in dienst van het Griekse schoonheids- en gezondheidsideaal dat in de antieke Griekse en Hellenistische cultuur een belangrijke rol speelde. Gezondheid werd beschouwd als het hoogste goed en tevens als een deugd, waarvoor ieder zelf ook verantwoordelijkheid droeg. De arts had daarbij tevens een pedagogische en daarmee een preventieve taak, namelijk het bevorderen van een gezonde levensstijl.

Gedurende het grootste deel der Middeleeuwen stonden geneeskunde en ziekenverzorging onder de leiding van de christelijke kerk en vonden voor het grootste deel plaats binnen de kloosters. De Middeleeuwse kloostergeneeskunde vormde een combinatie van elementen uit de klassieke Hippocratische geneeskunde, met vormen van een christelijk-charismatische 'geneeskunst' met soms magische trekken en volksgeneeskunde, met name kruidengeneeskunde, van de diverse volken in het christelijk cultuurgebied. De verdere ontwikkeling van de klassieke pre-wetenschappelijke geneeskunde kwam pas in de late Middeleeuwen op gang. In de kloostergeneeskunde werden gezondheid, ziekte en geneeskunde werden geïnterpreteerd vanuit een christelijke opvatting van de heilsgeschiedenis, met als kernpunten het paradijs (gezondheid), het aardse leven na de zondeval (ziekte) en de opstanding, de vernieuwing (herstel). Deze duiding van gezondheid, ziekte en herstel gaf de mogelijkheid van zingeving van ziekte. Ziekte werd niet uitsluitend negatief opgevat en gezondheid niet uitsluitend positief. Het gezondheidsconcept bevat het element van het vermogen ziekte en lijden te dragen. Tot de kunst van het leven behoort ook de kunst te sterven (*ars moriendi*). Lichamelijke gezondheid en heil in religieuze zin werden duidelijk onderscheiden, hetgeen een relativering inhield van lichamelijke gezondheid als vitaliteit en een lange levensduur.

In de Middeleeuwse filosofische stroming van het nominalisme ligt een wortel van de moderne wetenschap. Het nominalisme leerde dat de mens zich niet behoeft te voegen naar de ordeningen van de natuur, maar het dient zich met zijn ratio daarboven te verheffen en met behulp van wetenschap en techniek de wetmatigheden van de natuur te doorbreken. Geschiedenis ging men zien als vooruitgang en de wereld als een grote werkplaats voor de ontwerpende en handelende mens.

2.1.3 Opkomst van de moderne geneeskunde

Bovengenoemde opvatting aangaande de verhouding van de mens tot de natuur is centraal geworden en gebleven voor de moderne wetenschap. Heel de natuur en daaronder ook het menselijke lichaam werd een voorwerp van onderzoek. Via Vesalius (1514-64), Descartes (1596-1650), Harvey (1578-1657) en J. de la Mettrie (1709-51) auteur van *L'homme machine*, voltrok zich de mechanisering van het mensbeeld.[4] Veel gegevens werden gevonden en veel theorieën geformuleerd. In dit verband kunnen ook de iatrochemici en de iatrofysici uit de 17e eeuw genoemd worden, die het belang van

[4] Lyons AS, Petrucelli RJ. *Medicine. An illustrated history.* New York: Adams 1978, p.19-151. Zie ook: Schipperges H. Anthropologien in der Geschichte der Medizin. In: Gadamer H-G, Vogler B (ed.). *Neue Anthropologie, II, Biologische Anthropologie.* Stuttgart: Georg Thieme 1972, p.179-214; hier m.n. p.181-182.

chemische reakties respectievelijk principes van de mechanica voor het menselijk funktioneren benadrukten.[5] Al deze gegevens en opvattingen konden echter pas in de loop van de 19e eeuw in een medisch-wetenschappelijk model en in een methodische benadering van de medische praktijk worden geïntegreerd. Pas toen werd de verkregen kennis vruchtbaar voor de medische praktijk en spreken we over de moderne geneeskunde.[6]

2.1.4 Kenmerken van de moderne geneeskunde

Als gevolg van de hierboven beschreven ontwikkeling kan de moderne geneeskunde in haar overheersende gedaante op de volgende wijze gekarakteriseerd worden.

a) Vanaf haar ontstaan (uit het nominalisme) is de moderne wetenschap in toenemende mate doortrokken van een technisch beheersingsstreven; dit vormde ook de sterkste drijfveer achter de wetenschappelijke ontwikkeling. Vooral sinds de geneeskunde in de loop van de 19e eeuw op (natuur)wetenschappelijke leest werd geschoeid is ook de geneeskunst steeds meer komen te staan in het teken van de medisch-technische beheersing van leven en gezondheid. Wat in wezen altijd als een kunst is verstaan kreeg hoe langer hoe meer het karakter van een technologie.[7]

b) Deze wetenschappelijk-technische opvatting van geneeskunde manifesteert zich op verschillende manieren:

- De verklaringsstrategie van de geneeskunde is ontleend aan de methode van de moderne (natuur)wetenschappen, en kan worden samengevat met de termen reductionisme, dualisme en determinisme.[8]
- Als gevolg van die benadering worden natuurwetenschappen als physica, biochemie en moleculaire biologie beschouwd als de basis voor de fundamentele medische wetenschappen als anatomie, fysiologie, pathologie, etc.[9] Dit betekent dat de medische behandelpraktijk is gebaseerd op wetenschappelijke abstracties en hierdoor in hoge mate wordt beheerst.[10, 11]
- Ziekte wordt opgevat als een 'ontologische entiteit', als een werkelijkheid die bestaat buiten de patiënt en de dokter en die als zij zich manifesteert gelocaliseerd kan worden

---

[5] Lyons & Petrucelli (1978) p.429-431; wel moet worden beseft dat de iatrochemici zelf bij de interpretatie van chemische reakties evenals Paracelsus teruggrepen op het gedachtengoed van de alchemie.

[6] Seidler E. Abendländischen Neuzeit. In: Schipperges H, Seidler E, Unschuld BU (ed.). *Krankheit, Heilkunst, Heilung*. München: Alber 1978, p.303-341; i.c. met name p. 324. Opvallend is dat in diezelfde 19e eeuw in het Duitse taalgebied een door de Romantiek beïnvloed natuur-filosofisch denken opgeld deed, waarin een integralere benadering van de mens werd voorgestaan en waarbij ook beschouwingen gewijd werden aan de mogelijkheid tot zingeving van ziekte en lijden in een biografische benadering, zie Schipperges (1972) p.199-202.

[7] Delkeskamp-Hayes C. Is medicine special, and if so, what follows? An attempt at rational reconstruction. In: Delkeskamp-Hayes C, Gardell Cutter MA (eds.). *Science, technology, and the art of medicine. European-American dialogues* (PM 44). Dordrecht: Kluwer Academic Publishers 1993, p.271-319.

[8] Foss L. The challenge to biomedicine: A foundation perspective. *Journal of Medicine and Philosophy* 14 (1989) p.165-91.

[9] Seidler (1978) p.324-326.

[10] Levin DM, Solomon GF. The discursive formation of the body in the history of medicine. *Journal of Medicine and Philosophy* 15 (1990) p.515-518.

[11] Have H ten. Medicine and the Cartesian image of man. *Theoretical Medicine* 8 (1987) p.235-46.

in structuren of processen in de patiënt.[12]
- De medische praktijk kenmerkt zich door een ordening van medische kennis, gebaseerd op dat ontologische ziektebegrip (zoals tot uitdrukking komt in nosografie, taxonomie en casuïstiek) en door een methodische werkwijze; hiertoe behoort het lichamelijk onderzoek van de patiënt, op een wijze die de 'subjectiviteit' van de patiënt en de dokter tot een minimum terugbrengt.[13]
Het onder b) genoemde kan worden samengevat in de constatering dat in de geneeskunde de machine de belangrijkste metafoor werd voor de mens.[14] Deze natuurwetenschappelijke opvatting van geneeskunde is mede achtergrond van de geweldige medisch-technische vorderingen.[15] De technologisch gekleurde moderne geneeskunde is zeer succesvol geweest in het ophelderen van lichaamsfuncties en het ontdekken van de materiële oorzaken van veel ziekten. Zij heeft vele mogelijkheden ontwikkeld van therapeutische en palliatieve ingrepen, die voor zeer velen tot groot voordeel zijn.

Echter, dit karakter van de moderne wetenschap in het algemeen en van de geneeskunde in het bijzonder heeft ook bijgedragen aan enkele ontwikkelingen in de westerse cultuur die van grote betekenis zijn voor de hedendaagse gezondheidszorg. Dit betreft hun invloed op de beleving van gezondheid en op de verwachtingen die men heeft van

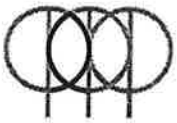
---

[12] Have H ten. Ziekte als wijsgerig probleem. *Wijsgerig Perspectief* 25 (1984/5) nr.1, p.5-12; deze opvatting dat ziekte een lokaliseerbaar morfologisch correlaat heeft gaat historisch terug op de iatrochemicus J.B. van Helmont (1577-1644), op G.B. Morgagni (1682-1771) en op R. Virchow (1821-1902) met zijn leer dat ziekte te herleiden is tot het disfunktioneren van cellen; zie Lyons en Petrucelli (1978) p.477 en 508 resp. Een dynamischer ziektebegrip dat niettemin tot hetzelfde fundamentele medische model behoort is het concept van alle ziekte als ontspoorde fysiologie; zie Foss (1989) p.170.

[13] Have H ten (1989); zie ook Levin & Solomon (1990); Ten Have (1987); nosografie: beschrijving van ziekten; taxonomie: i.c. classificatie van ziekten; casuïstiek: i.c. leer van ziektegevallen.

[14] Dit model impliceert niet alleen een dualisme tussen lichaam en geest (Cartesiaans mensbeeld), maar ook tussen de mens en zijn natuurlijke en sociale omgeving, zie Levin en Solomon (1990). Een Duits auteur heeft betoogd dat laatstgenoemd dualisme aan de moderne geneeskunde haar individualistische en reparatieve karakter heeft gegeven. Deze benadering besteedt weinig aandacht aan natuurlijke en sociale omgevingsfactoren die ziekte kunnen bevorderen of voorkomen; zie Belau H. Oekologie - Gesundheit - Medizin - oekologische Gesundheitstrategie. *Gesundh.-Wesen* 54 (1992) p.284-296.
Tegelijkertijd kunnen we constateren dat naast het overheersende wetenschappelijke medische model andere benaderingen naar voren zijn gebracht (vgl. Seidler 1978). In de loop van de twintigste eeuw heft de psychosomatische geneeskunde het machinemodel in de medische hoofdstroom gematigd en aangevuld, vooral in huisartsengeneeskunde en verpleeghuisgeneeskunde. Recenter zijn andere, meer holistische concepten van geneeskunde voorgesteld (zie: Foss (1989) en Levin en Solomon (1990); zie ook Balner H. *A new medical model: a challenge for biomedicine?* Publication of the Helen Dowling Institute for Biopsychosocial medicine. Amsterdam/Rockland MA: Swets & Zeitlinger 1990). Tot nu toe hebben deze alternatieven het overheersende model in de medische opleidingen, noch in de medische praktijk in algemene ziekenhuizen kunnen vervangen. Eén van die nieuwe concepten is een systeem-theoretische benadering van ziekte, geneeskunde en gezondheidszorgbeleid. (Voor een overzicht zie Belau 1992). Het is voor ons nog onduidelijk hoe deze benadering zal uitwerken. Het zou een instrument kunnen worden voor een nog striktere controle van het gezondheidszorgsysteem en van een verdergaande medicalisering van het leven, zie: Strijbos S. *Het technische wereldbeeld.* Amsterdam: Buijten & Schipperheijn 1988). Die benadering zou echter ook aanleiding kunnen geven tot het ontstaan van een andere houding tegenover ziekte en geneeskunde. Een systeemtheoretische benadering zou de invloed van de curatieven geneeskunde op de algemene gezondheidstoestand van de bevolking kunnen relativeren. Dit zou kunnen leiden tot een sterkere nadruk op het initiatief en de verantwoordelijkheid van de aktoren op de onderscheiden niveaus van het 'systeem'.

[15] Have H ten, Wackers G. In de greep van de medische technologie. *Wijsgerig Perspektief* 28 (1987/8) nr.3, p.890-895.



de geneeskunde en van de beroepsgroep die dit praktiseert. We gaan op beide invloeden nader in.

2.1.5 Beleving van gezondheid

Het is van groot belang te beseffen dat de invloed van de wetenschappelijk-technische benadering van mens en werkelijkheid zich niet heeft beperkt tot wetenschappers en technici.

Wetenschappelijke theorieën en modellen werden en worden niet ervaren als slechts modellen ter beschrijving of verklaring van bepaalde verschijnselen, maar als weergave van de werkelijkheid. Ze vonden daardoor hoe langer hoe meer ingang in de samenleving en cultuur als geheel.[16, 17] Wetenschappelijke - en dus abstracte - kennis vormde het wereld- en mensbeeld.[18] Deze kennis werd verkregen en gebruikt in het kader van het streven naar technische beheersing van leven en samenleving.[19]

Dit alles heeft het denken en het levensgevoel van de westerse mens diepgaand beinvloed.[20] Het heeft onder meer vergaande consequenties voor de wijze waarop ziekte, dood en gezondheid in onze cultuur worden beleefd.[21] Het moderne mensbeeld en levensgevoel betekenen dat hoogstens nog een zeer vaag perspektief overblijft voor een leven dat uitgaat boven het aardse bestaan op zichzelf. Het hier en nu wordt dan ook het één en het al. Gezondheid, welstand en het zich welbevinden worden de hoogste waarden. Gezondheid is daarbij enerzijds doel op zichzelf, maar anderzijds ook

---

[16] Ten Have (1987).

[17] Strijbos (1988).

[18] Deze moderne houding t.o.v. de werkelijkheid is door de Belgische geleerde A. Vergote als volgt samengevat: "De gehele ingesteldheid van de wetenschappelijke geest, in de natuur- én in de menswetenschappen, doen de wereld van de natuur en van de mens denken als een gesloten evoluerend geheel, waar geen plaats is voor een initiatiefnemende goddelijke werkzaamheid". Vergote A. *Cultuur, religie, geloof.* Leuven: Universitaire Pers 1989, p.31.

[19] Jaspers K. The physician in the technological age. *Theoretical Medicine* 10 (1989) p.251-267, i.h.b. p.263.

[20] De verandering van het zien en beleven van de wereld onder invloed van, of in elk geval in samenhang met de ontwikkeling van de moderne wetenschap is prachtig beschreven door Romano Guardini. "Vergelijken we [*onze wijze van zien en beleven, hj*] met die van vroegere tijdperken der geschiedenis, dan merken we dat zich in de loop van de geschiedenis van de nieuwere tijd een merkwaardige verdunning en daarmee een verwereldlijking van de wereld voltrekt.
Daarbij maakt een fysisch-rationele laag van de werkelijkheid zich los en wordt beschouwd als het geheel, in elk geval als het serieus-eigenlijke van de werkelijkheid der wereld. Het religieuze verdwijnt niet, maar het zondert zich eveneens af, als het specifiek-religieuze, dat in aparte ervaringen, houding en handelingen, die 'van de religie' ervaren en beoefend wordt. Hierdoor verliezen de direkte werkelijkheden veel diepte en gewicht" (p.28). Enkele pagina's verder beschrijft hij consequenties van deze verandering. "De beschreven verdunning van de religieuze valentie van de werkelijkheid van de wereld heeft gevolgen voor heel het bestaan. In het voorafgaande werd gezegd, dat dingen, gebeurtenissen, ordeningen in de wereld en in het menselijk leven pas vanuit het religieuze geheel hun eigen wezen gekregen hebben. (...) Derhalve wordt de ervaring die de mens heeft van het zijnde, mede bepaald door zijn vermogen om de religieuze valentie ervan te voelen. (p.32). (...). De Verlichting heeft erover gejuicht dat de mens vrij werd van de religieuze oergevoelens en de daaruit voortkomende benauwingen en alles door verstand, eigen initiatief en doelmatige planning kon beheersen; deze vreugde blijkt nu een tragische ironie te zijn. Wat tot vrijheid leek te leiden, verdunt in waarheid de substantie van het bestaan (p.37)". Guardini R. *Religie en openbaring*. Hilversum: P. Brand 1963.

[21] Berg JH van den. *Het menselijk lichaam*. Nijkerk: Callenbach, dl.1, 1959, dl.2, 1961. In dit werk laat de auteur met vele voorbeelden zien hoe de opkomst van de moderne anatomie in de Europese cultuur gepaard is gegaan met een ander verstaan van het lichamelijk bestaan.

voorwaarde om te kunnen funktioneren en genieten. Reeds in 1959 schreef de filosoof en arts Karl Jaspers dat het verlies van de transcendente werkelijkheid het aardse geluksstreven tot het absolute heeft doen toenemen.[22]

De 'Verdiesseitigung' van het leven houdt ook in dat men de begrensdheid, de beperktheid en de kwetsbaarheid van het menselijk bestaan als lichamelijk bestaan niet voluit wil aanvaarden. Dit bemoeilijkt ook een mogelijke verwerking of zelfs zingeving van ziekte en lijden. Tesamen met het verlies van de transcendente dimensie van het leven heeft dit het vermogen tot dragen en verwerken van ziekte, lijden en sterven verminderd.[23] Met andere woorden, het door de moderne wetenschap en techniek gestempelde levensgevoel manifesteert zich ook in het streven naar beheersing van het leven en van de gezondheid en als keerzijde daarvan naar uitsluiting van de dood uit het leven.[24]

2.1.6 Verwachtingen van geneeskunde en gezondheidszorg

Dit streven naar beheersing van leven en gezondheid betekent op zijn beurt weer een versterking van de invloed van wetenschap en techniek op het overheersende denkklimaat en levensgevoel omdat zij worden gezien als de instrumenten bij uitstek om die beheersing te realiseren.[25]

De sterk verminderde betekenis van de godsdienst voor het verstaan van wereld en leven blijkt in onze cultuur hand in hand te zijn gegaan met de opkomst van het wetenschappelijk-technische beheersingsstreven. De verwachting van de komst van het Rijk Gods die in wisselende intensiteit een rol heeft gespeeld in de westerse cultuur, kreeg een geseculariseerde pendant in het streven naar een volmaakte samenleving met behulp van wetenschap en techniek. In het moderne levensgevoel bestaat de tendens gezondheid te zien als tot op zekere hoogte maakbaar. Gezondheid wordt dan begrepen

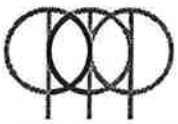
---

[22] Jaspers (1989) p.261. Meer recent is dezelfde gedachte door verschillende auteurs uitgewerkt. We geven enkele citaten: "In onze cultuur wordt het lichaam gesacraliseerd en het lichaamsheil komt in de plaats van het zieleheil. In de moderne cultuur straft niet langer God, maar het lichaam". "Gezond zijn en blijven is een absolute noodzaak om te kunnen deelnemen aan het arbeidsproces en dus ook aan het consumptiefeest". "In welke zin is gezondheid een religie geworden? Gezondheid is geworden tot inhoud van een collectief zingevingssysteem, dat het leven inzicht en uitzicht geeft, de gedragingen regelt en waarvan heil wordt verwacht. Zoals een religie heeft de gezondheid haar priesters (artsen en verpleegkundigen), haar leer (de medische wetenschap), haar cultusplaatsen (de ziekenhuizen, de kathedralen van de moderne tijd), haar riten (jaarlijkse check-ups) en moraal (gezondheidsregels)". En even verder op dezelfde pagina: "Gezondheid een nieuwe religie? Wij kunnen gerust stellen dat in de functionele wereld waarin wij leven, waar God in de hemelen verzwonden is, waar de dood als het absolute einde ervaren wordt, zonder hoop op wederopstanding, heel wat mensen in de gezondheid zin en uitzicht gevonden hebben"; zie Rolies J. Gezondheid: een nieuwe religie? In: Rolies J (red.). *De gezonde burger*. Nijmegen: SUN 1988, p.24, 25, 27, resp.; zie ook in dezelfde bundel: Karskens M. Biopolitiek en de gezonde mens, p.79, en Have H. ten. Gezondheid tussen beschrijving en waardering, p.122.

[23] Ariès Ph. *Beelden van de dood*. Nijmegen: SUN 1987, i.h.b. p.225-232; Borg MB ter. Betekenis en beleving van de dood. *Medisch Contact* 48 (1993) nr.51/52, p.1637/8.

[24] Zie Achterhuis HJ. Het goede leven of overleven. In: Jacobs FCLM, Wal GA van der (red.). *Medische schaarste en menselijk tekort*. Baarn: Ambo 1988, p.170-193. Volgens Achterhuis is dit streven opgekomen onder invloed van het denken van Francis Bacon en Thomas Hobbes.

[25] Jaspers (1989) p.261: "All difficulties should be eliminated through technical measures, on the basis of science". Zie ook: Schuurman E. *Tussen technische overmacht en menselijke onmacht*. Kampen: Kok 1985.



als iets dat gekocht kan worden, of waar men door premiebetaling recht op heeft. Het moderne (algemene) ziekenhuis vormt de institutionalisering van het streven naar macht over ziekte en dood en van het geloof in de maakbaarheid van gezondheid.[26]

Juist het beschouwen van wetenschap en techniek als instrumenten ter beheersing van het bestaan en ter oplossing van onze problemen, maken dat wetenschap en techniek een sterk beslag leggen op het leven, maar dat tegelijkertijd hun eigen ontwikkeling en invloed onbeheersbaar worden.

2.1.7 Huidige positie geneeskunde en arts

Hierin valt een opvallende paradox te constateren. Het groeiende beslag van wetenschap en techniek op het denken en het leven heeft de betekenis van de 'traditionele' religies in de europese cultuur verdrongen. Maar de 'ruimte' van de religie, of beter de dimensie van de religie in het menselijk bestaan is niet leeg gebleven. Het verlies van het beslag van de 'traditionele' religie(s) op het leven leidde tot een overschatting van de wetenschappelijke rationaliteit met het oog op technische beheersing, zó dat dit denken als het ware gezichtspunt werd beschouwd. Daarmee verloor men het vermogen om de kwetsbaarheid, de sterfelijkheid en de gebrokenheid van het bestaan in een omvattend zinvol kader te plaatsen. Ook voor de duiding van en de omgang met die donkere kant van de *'condition humaine'* viel men terug op dat technisch-wetenschappelijke denken. Maar door dit denken die functie te geven werd het nog sterker

---

[26] Eibach U. *Medizin und Menschenwürde*. Wuppertal: Brockhaus Verlag 1988[3], p.9-27. Het betoog in de paragrafen 2.1.5 en 2.2.6 kan worden ondersteund door een anthropologisch vertoog. Dit vertoog begint met de constatering dat in het menselijk bestaan een dubbele relatie bestaat tussen het kennend en handelend ik, het subject en het menselijk lichaam. De kortste formuleringen van de twee relaties zijn: 'ik ben mijn lichaam' en 'ik heb mijn lichaam'. Toombs spreekt in dit verband van het onderscheid tussen 'het geleefde lichaam' en 'het objectieve of fysiologische lichaam'. Zie: Toombs SK. *The meaning of illness*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers 1993, p.51v). In 'het geleefde lichaam' is er een fundamentele identificatie en eenheid tussen het menselijk subject en het lichaam, tussen 'ik' en mijn lichaam. Ik ben belichaamd in mijn lichaam. Mijn lichaam is mijn uniek zijn-in de wereld.
Niettemin, het ik transcendeert het lichaam. Het menselijk bestaan gaat niet in het biologische bestaan op. Het menselijk subject verhoudt zich altijd aktief op een of andere wijze tot zijn lichaam. De wijze waarop het lichaam wordt behandeld is cultureel bepaald. Omdat ik mijn lichaam kan behandelen op die en die manier, is het mij mogelijk mijn lichaam te objectiveren als een instrument. Ziekte versterkt in het algemeen het besef van het lichaam als object, omdat het lichaam zich niet gedraagt en de taken niet uitvoert die het normaal zonder problemen doet. In deze tweede relatie tussen het ik en het lichaam vallen ik en mijn lichaam niet samen; ik kan zelfs een gevoel van vervreemding ervaren tussen het zelf en het lichaam. In de europese cultuur is de relatie van het ik tot het lichaam als een object steeds belangrijker geworden in het menselijk bestaan. Dit heeft mede aanleiding gegeven tot het ontstaan van de moderne geneeskunde. Maar op haar beurt heeft de objectivering die plaats vindt in de 'medische blik' het verstaan van het eigen lichaam als een object ten koste van het lichaam als geleefd lichaam versterkt. In de eerste plaats doordat patiënten zich bewust zijn van de objectivering gedurende een medisch onderzoek, en in de tweede plaats doordat mensen de medische taal en modellen in hun denken en levensgevoel overnemen (protoprofessionalisering). Op deze wijze heeft het toenemende beslag van de geneeskunde op het leven in de moderne samenleving geleidt tot een versterking van het verstaan van het lichaam als een instrument waarvan wordt verwacht dat het goed funktioneert, en zo niet, dat het gerepareerd wordt door de geneeskunde. Het is aannemelijk dat de prominenter ervaring van het lichaam als instrument, en als haar keerzijde de verzwakking van het verstaan van het lichaam als geleefd lichaam, geleid heeft tot een meer eisende houding van het subject ten opzichte van het lichaam en ten opzichte van de geneeskunde. Met andere woorden, het heeft geleid tot een sterkere nadruk op gezondheid en een hoge verwachting van geneeskunde.

verabsoluteerd, zó dat het een pseudo-religieuze betekenis heeft gekregen.

Een interpretatie van de moderne cultuur-ontwikkeling vanuit de anthropologie ondersteunt dit betoog. Religie is vanuit de anthropologie wel omschreven als: "1) a system of symbols which acts to 2) establish powerful, pervasive, and longlasting moods and motivations in men by 3) formulating conceptions of a general order of existence and 4) clothing these conceptions with such an aura of factuality that 5) the moods and motivations seem uniquely realistic".[27] Onzes inziens is de mens een religieus wezen, in de zin dat de mens aan zichzelf niet genoeg heeft, maar de geborgenheid en de zin van zijn bestaan zoekt buiten het eigen persoonlijke bestaan op zichzelf. De mens zoekt naar een kader van waaruit hij de werkelijkheid en zijn leven kan interpreteren en daarin een zin kan verstaan. Dit betreft niet in de laatste plaats de duiding van zijn kwetsbaarheid, van lijden en sterven. Dat kan in een algemene zin als de religiositeit van de mens worden gezien, hetgeen naar ons inzicht een anthropologische structuur is.

Welnu, het beslag dat het wetenschappelijke denken, en dit als instrument van het technische beheersingsstreven, legt op de moderne samenleving en cultuur heeft ertoe geleid dat voor velen de wetenschap het interpretatie- en het zingevingskader is geworden, althans voor het publieke leven. Daarmee heeft dat verstaan en beheersen van het leven een religieus karakter gekregen.[28] De medische beheersing van leven en gezond-

---

[27] Een citaat van Clifford Geertz in: Marty ME. Religion and healing. The four expectations. *Second Opinion* 7 (1988) p.66. Marty gebruikt deze definitie in de context van een artikel waarin hij vier vormen van religieuze beschouwingen ten aanzien van gezondheid en geneeskunde gespreekt. Eén van deze religieuze benaderingen van die problematiek is dan de modern geneeskundige, eventueel aangevuld met een algemeen religieus besef.

De genoemde definitie van religie sluit overigens inhoudelijk aan bij de laatste omschrijving van het begrip religie die wordt gegeven door Webster's Third New International Dictionary. Deze omschrijving luidt als volgt: "7a: A cause, principle, system of tenets held with ardor, devotion, conscientiousness, and faith: a value held to be of supreme importance. b: a quality, condition, custom, or thing, inspiring zealous devotion, conscientious maintenance, and cherishing" ; bij de term 'religious' geeft dit woordenboek de volgende toelichting: "1: relating to that which is acknowledged as ultimate reality: manifesting devotion to and reflecting the nature of the divine or that which one holds to be of ultimate importance".

[28] 'Religieus' hier opgevat overeenkomstig Webster's Dictionary, zie vorige noot, en niet als aanduiding van een bepaalde godsdienst.

Ook andere geleerden hebben gewezen op het religieuze karakter van de moderne houding ten opzichte van de wetenschap en de techniek en in het bijzonder van de medische wetenschap en techniek.

Eibach (1988), p.22, spreekt in dit verband van 'Wissenschaftsreligion'.

De Franse theoloog G. Vahanian stelt dat de secularisatie een proces is dat eerder een verplaatsing dan een vernietiging van het religieuze inhoudt. Ook zegt hij dat in de moderne tijd de magie plaats gemaakt heeft voor de wetenschap, terwijl de techniek de mythe (in de zin van traditionele religie) afloste; de herwaardering van de waarden verliep van het religieuze als een tot de mythe behorend cultureel fenomeen tot het culturele als een tot de techniek behorend religieus fenomeen; tevens dat wij in de diepere lagen van het techniekprobleem een probleem van religieuze orde ontmoeten. De techniek dient een belangrijke functie te vervullen in de cultuur, nl. het openen van perspectief voor het humane in de toekomst; in dit opzicht krijgt bij Vahanian de techniek een religieuze dimensie en opdracht. Vahanian G. Christliche Religion und Kultur. In: *Handbuch der Christlichen Ethik*, dl. II. Freiburg, Basel, Wien: Herder Verlag 1991, p.439-453. In dezelfde bundel ziet R. Degkwitz in het streven naar volledige gezondheid een manifestatie van het menselijke verlangen naar oneindigheid en geluk dat voortspruit uit zijn religiositeit (p.73-80).

Iwan Illich schrijft: "The French revolution created two great myths: first that physicians could replace the clergy.....". *Medical nemesis - the expropriation of health*. London:Boyars 1975: part III, § 4.

De filosoof Carl Friedrich von Weizsäcker schreef: "Der Glaube an die Wissenshaft spielt die Rolle der herrschenden Religion unserer Zeit" geciteerd in: Staudinger H, Behler W. *Chance und Risiko der Gegenwart*.

heid vormt hiervan een centraal onderdeel. Met andere woorden, de mens in de moderne samenleving verabsoluteert, mythologiseert gezondheid en geneeskunde. Opmerkelijk genoeg moeten we dan ook tot op zekere hoogte een terugkeer constateren tot de rol van de geneeskunde en de arts in de 'primitieve' en de klassieke grieks-helleense cultuur. Zoals we zagen vielen in die culturen gezondheid en heil in religieuze zin vrijwel samen en was het de taak van de arts hindernissen tegen een leven volgens dat ideaal zoveel mogelijk op te ruimen. Dit verklaarde ook toen de hoge positie van de arts in de samenleving.[29]

Deze ontwikkeling heeft echter ook nadelige effecten voor de gezondheid en voor de samenleving.

2.1.8 Nadelige gevolgen

De filosoof Herman Dooyeweerd heeft betoogd dat iedere verabsolutering van iets uit de geschapen werkelijkheid, bijvoorbeeld van menselijke functies als de rede, of van morele waarden als gezondheid, altijd leidt tot onoplosbare spanningen in het denken, de zogenaamde antinomieën. Dooyeweerd wijst de dialektiek tussen het wetenschaps-ideaal en het persoonlijkheidsideaal aan als de meest fundamentele dialektiek in het moderne westerse denken, die de westerse filosofie vanaf Descartes heeft beheerst en tot uitdrukking komt in antinomieën.[30]

Het wetenschapsideaal houdt in het streven de werkelijkheid met behulp van een soeverein geachte rede te verklaren in termen van mechanische causaliteit. Het persoonlijkheisideaal behelst de idee van de soevereine vrijheid van de menselijke persoonlijkheid die zich heel de werkelijkheid wil onderwerpen. Dit persoonlijkheids-ideaal heeft het wetenschapsideaal opgeroepen daar de wetenschap het noodzakelijk instrument is ter beheersing van de werkelijkheid.

Echter, het wetenschapsideaal houdt in dat ook de mens zelf, zijn denken en zijn vrijheid worden onderworpen aan het rationele, mathematische denken en worden verklaard in termen van mechanische causaliteit. Daarmee is echter de menselijke vrijheid tot illusie verklaard. Houdt men het persoonlijkheidsideaal overeind tegenover het wetenschapsideaal, dan wordt dit laatste een fundamentele grens gesteld en

---

Paderborn: F. Schöningh 1976, p.87; dit citaat is afkomstig uit Weizsäcker CF von. *Die Tragweite der Wissenschaft I.* Stuttgart 1966^2: p.3-4.

[29] Toch is er ook een belangrijk verschil met de situatie in onze cultuur. In de genoemde oudere culturen heerste een veel breder opvatting van heil en daarmee van gezondheid. In het gezondheidsbegrip waren de sociale, morele en geestelijke dimensies van het leven besloten. Het werk van de arts - genezing, herstel trachten te bewerkstelligen, maar ook het voorkomen van ziekten - betrof dan ook die dimensies van het leven (zie Achtergrondstudie 1 bij dit rapport). Het Griekse levensgevoel dat o.a. tot uitdrukking kwam in de spreuk: 'meden agan' = 'niets te zeer', zal ertoe hebben bijgedragen dat niet het overleven in zo goed mogelijke lichamelijke gezondheid werd verabsoluteerd, zoals in onze cultuur het geval is; zie Achterhuis (1988).

[30] Dooyeweerd H. *A new critique of theoretical thought.* Amsterdam: Uitg. H.J. Paris/Philadelphia: Presbyterian and Reformed Publishing Cy. 1955, p.36-49. Ook: Dooyeweerd H. *De crisis der humanistische staatsleer in het licht eener calvinistische kosmologie en kennistheorie.* Amsterdam: N.V. Boekhandel W. ten Have 1931, p.19-26. De wijsgerige oplossing van deze tegenspraak ligt overigens niet in een soort gulden middenweg tussen deze twee idealen, maar in een totaal andere werkelijkheidsbeschouwing die haar archimedisch punt niet zoekt in de immanente, maar in de transcendente werkelijkheid.

daarmee als omvattend ideaal verworpen.

De spanning tussen het wetenschapsideaal en het persoonlijkheidsideaal manifesteert zich ook in de verabsolutering van geneeskunde resp. van gezondheid in onze samenleving. Het 'medische model' is een uiting van het wetenschapsideaal, het moderne gezondheidsbegrip kan gezien worden als concentratiepunt van elementen van het persoonlijkheidsideaal als vitaliteit, schoonheid, autonomie.[31]

Ook in dit geval doet consequente doorvoering van één van beide idealen het andere teniet. Het streven naar totale beheersing van het leven tast niet alleen de vrijheid van patiënten aan maar onder omstandigheden ook hun gezondheid.[32] Handhaving van de eigen verantwoordelijkheid voor gezondheid en een optimaal gebruik van medische mogelijkheden vereist een verwerping van het beheersingsideaal.

De grote(re) nadruk op patiëntenrechten gedurende de laatste 10-15 jaar is waarschijnlijk voor een belangrijk deel terug te voeren op deze spanning tussen een doorgeslagen streven naar medische beheersing en zekerheid - die overigens niet alleen leeft onder artsen maar ook onder patiënten - en het streven van mensen toch zoveel mogelijk zelf over het eigen leven te beslissen. Het is echter zeer twijfelachtig of het benadrukken van de autonomie van de patiënt de dreiging van de medisch-technische overheersing wel kan keren. Het zou deze ook zeer wel kunnen versterken. Veel patiënten hebben zich immers in belangrijke mate het medische beheersingsideaal eigen gemaakt. Juist het autonomie-denken bevordert het concept van de arts als medisch-ingenieur die medisch handelt op verzoek van de patiënt die op deze wijze zijn somatisch en psychisch bestaan zo goed mogelijk wil (laten) beheersen.[33] De bedreiging van de zelfstandigheid en de gezondheid van patiënten door met name de curatieve specialistische geneeskunde is hiervan niet een ongelukkig neveneffect dat door kleine aanpassingen in het systeem is te verhelpen. Zij is onlosmakelijk verbonden met het eerder beschreven moderne mensbeeld en met de opvatting van geneeskunde als een toegepaste (natuur)wetenschap. Zoals we zagen (par. 2.1.4) heeft dit ertoe geleid dat de abstracties die de wetenschap kenmerken - en die tot veel medisch-wetenschappelijke kennis hebben geleid - en in de techniek concrete vorm hebben aangenomen, ook het concrete medische handelen overheersen.[34] In deze medische benadering

---

[31] Zie Rolies (1988).

[32] Illich I. *Medical nemesis - the expropriation of health*. London: Boyars 1975. Postman N. *Technopolie*. Houten: De Haan 1992, p.92-105; Evans D. *Without moral limits*. Cromway books, Westchester IL 1989; Brennan TA et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice study I. *New England Journal Medicine* 324 (1991) p.370-6; Leope LL et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard medical practice study II. *New England Journal of Medicine* 324 (1991) p.377-84; Kassirer J. Our stubborn quest for diagnostic certainty. A cause of excessive testing. *New England Journal Medicine* 320 (1989) p.1489-91.

[33] Vgl. Strijbos S. Vijf stellingen tegen een op autonomie gerichte medische ethiek. *Beweging* 54 (1990) nr.2, p.23-27.

[34] Porto EM. Social context and historical emergence: The underlying dimension of medical ethics. *Theoretical Medicine* 11 (1990) p.145-56; ook Gabriel Marcel heeft gewaarschuwd tegen het uit het oog verliezen van de beperkingen van de abstractie, tegen wat hij noemde de abstracte mentaliteit, "welke onvermijdelijk alles doet ontaarden wat zij aanraakt"; en elders: "Men kan misschien stellen dat de abstracte mentaliteit in zekere zin beschouwd kan worden als een overplanting van het imperialisme in de psychische wereld". Marcel G. *De mensen contra het menselijke*. Utrecht: Erven J. Bijleveld 1958, p.87, resp 86.

wordt de patiënt geobjectiveerd en behandeld volgens het machine-model. Voor het persoonlijke en unieke van iedere patiënt met een aandoening is in deze subject-object relatie geen oog. In hoeverre dit in de praktijk ook werkelijk gebeurt zal sterk afhangen van de mate waarin de arts als persoon zijn medisch-technische kennis weet te integreren in een primair persoonlijke relatie met de patient. Dit zal in sommige specialismen (huisarts, verpleeghuisarts) minder moeite kosten en vaker voorkomen dan in andere (super)specialismen. Wanneer echter de (wetenschappelijke) subject-object relatie de persoonlijke relatie tussen arts en patient overheerst wordt de patient als persoon geweld aangedaan.[35]

2.1.9 Besluit

We vatten tot besluit dit betoog over historisch-culturele achtergronden samen.
De modern-wetenschappelijke geneeskunde heeft vele preventieve, diagnostische, therapeutische en palliatieve mogelijkheden tot stand gebracht, waarmee veel nood ten gevolge van ziekten, aandoeningen en handicaps gelenigd kan worden. Tegelijkertijd heeft de overschatting van het wetenschappelijke denken - die overigens door de aard ervan werd uitgelokt - ertoe geleid dat lichamelijke en psychische gezondheid, en de geneeskunde als beheersingsinstrument een pseudo-religieuze lading hebben gekregen.

Ook in onze cultuur vallen gezondheid en heil weer in belangrijke mate samen en hebben gezondheid en geneeskunde, en daarmee ook de taak en de positie van de arts, een pseudo-religieus karakter gekregen. Dit heeft geleid tot een toenemende medicalisering van de samenleving, een aanzienlijke iatrogene schade en een sterke opwaartse druk op de kosten van de gezondheidszorg. Dit laatste kan in een samenleving waarin door individualisering en pluralisme de solidariteit afbrokkelt, leiden tot moreel onaanvaardbare verschillen in toegang tot essentiële gezondheidszorgvoorzieningen. Deze situatie vormt onzes inziens het fundamentele probleem dat in de discussie over de keuzen in de zorg, over stelselherziening en beheersingsinstrumenten aan de orde is.

2.2 Economische achtergronden

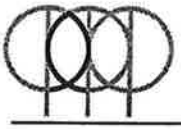
2.2.1 Een classificatie van invloeden

In het voorgaande hebben we een aantal culturele achtergronden van de schaarsteproblematiek in de gezondheidszorg besproken. Deze factoren beïnvloeden het gebruik van zorg en zijn daarom in zekere zin indirect. In deze paragraaf willen we de direkte invloeden beschrijven en kwantificeren. Deze feitelijke invloeden onderscheiden we van de culturele achtergronden met de aanduiding 'economische achtergronden'.

De Engelse gezondheidseconoom A.J. Culyer heeft gewaarschuwd voor twee mythen die volgens hem het juiste zicht op de aard van de kostenstijging van medische zorg in de weg staan.[36] Volgens de eerste mythe zouden de uitgaven volledig en eenduidig

[35] Strijbos S (red.). *Nieuwe medische ethiek.* Amsterdam: Buijten & Schipperheijn 1985.

[36] Culyer AJ. *Health care expenditures in Canada: myth and reality; past and future.* Canadian Tax Paper no.82, 1988.



Dit rapport is opgesteld door een werkgroep bestaande uit
dr. J. Hoogland, drs. J.J. Polder, dr.ir. S. Strijbos en dr.ir. H. Jochemsen

Dank voor stimulerende discussies over en commentaar op verschillende concept-hoofdstukken zijn zij in het bijzonder verschuldigd aan de leden van de begeleidings-commissie:
dr. D.J. Bakker, prof.dr.ir. J.H. van Bemmel, prof.dr. D. Post en drs. F.J.M. Werner.

Dit project werd gesubsidieerd door het
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
onder projectnummer 91-88.

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Professioneel

Professioneel beheerst: professionele autonomie van de arts in relatie tot instrumenten voor beheersing van de kosten en de kwaliteit van de gezondheidszorg / [opgesteld door J. Hoogland ... et al.]. - Ede : Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut. - (Rapport van het Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut, ISSN 0922-6923; nr. 12)
Met lit.opg.
ISBN 90-72659-12-0
Trefw.: artsen en kostenbeheersing / artsen en kwaliteitszorg

Professioneel beheerst

Professionele autonomie van de arts in relatie tot instrumenten voor beheersing van kosten en kwaliteit van de gezondheidszorg

Rapport van het Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut, nr. 12
Ede, februari 1995

worden bepaald door het nationale inkomen (BNP),[37] volgens de tweede mythe door de gezondheidstoestand van de bevolking. Beide monocausale mythen bevatten een kern van waarheid, maar de verklaring die zij bieden is niet volledig, laat staan monocausaul. Uit internationale vergelijkingen blijkt bijvoorbeeld dat er grote verschillen zijn in het beslag van de zorgsector op de nationale economie, bij een vergelijkbaar niveau van de volksgezondheid. Volgens Culyer worden deze verschillen veroorzaakt door de instituties die de zorgverlening omkaderen en die we in haar totaliteit het zorgstelsel noemen. Hierbij gaat het met name om de wijze waarop beschikbaarstelling van nieuwe technologieën is geregeld. Dit houdt in dat de kosten van de gezondheidszorg mede worden bepaald door het aanbod van zorgvoorzieningen.

Hiermee hebben we drie categorieën van invloeden: behoefte, vraag en aanbod. Abel-Smith en Maynard[38] gebruiken deze categorieën als een raamwerk voor de classificatie van invloeden, zie Figuur 3. De beste benadering van de bijdrage van elk van deze factoren wordt verkregen met een gezondheidszorgmodel waarin alle causale verbanden zijn gespecificeerd. De constructie van zo'n model is evenwel met vele conceptuele problemen omgeven, alsmede met moeilijkheden aangaande de meetbaarheid van een aantal factoren. Deze plaatsen de constructie van een compleet gezondheidszorgmodel buiten de probleemstelling van onze studie. Waar het ons om gaat is een globale indruk van de kostenverhogende factoren in de periode 1970-1990. Wij gebruiken daarvoor een 'residual approach', en beperken ons daarbij tot de factoren die in Figuur 3 met hoofdletters zijn aangegeven.[39]

Figuur 3. Determinanten van de kosten van de gezondheidszorg

VRAAG	BEHOEFTE	AANBOD
1. verzekeringsgraad van de bevolking	6. GEMIDDELDE GEZONDHEIDSTOESTAND (morbiditeitspatroon)	10. TECHNOLOGIE
2. verstrekkingenpakket van de zorgverzekering	7. DEMOGRAFISCHE SITUATIE	11. INFLATIE
3. migratie	8. TECHNOLOGIE	12. ARBEIDSMARKT EN RELATIEVE LONEN
4. acceptatie van ziekte	9. (on)gezond gedrag	13. aantal artsen
5. scholingsgraad		14. aantal bedden
		15. gemiddelde ligduur

BRON: BRIAN ABEL-SMITH & ALAN MAYNARD (1978). Toegevoegd zijn de gemiddelde ligduur, de gezondheidstoestand, en de invloed van technologie op de behoefte aan zorg.

[37] Zie bijv. Newhouse J. Medical care expenditure; a cross national survey. *Journal of Human Resources* 12 (1977) p.115-125; Maxwell RJ. *Health and Wealth*. Toronto 1981, p.33-38.

[38] Gebaseerd op: Abel-Smith B & Maynard A. *De organisatie, financiering en kosten van de gezondheidszorg in de Europese gemeenschap*. Serie Sociale Politiek nr. 36, Brussel: Commissie van de Europese Gemeenschappen 1978. Toegevoegd zijn de gemiddelde verpleegduur, het morbiditeitspatroon en de invloed van technologie op de behoefte aan zorg.

[39] Alleen voor de periode na 1970 waren alle benodigde statistische gegevens beschikbaar en vanaf 1991 waren (bij het opstellen van deze tekst) nog niet alle gegevens compleet.

2.2.2 Kwantificering van kostenverhogende invloeden in de gezondheidszorg

In een 'residual approach' wordt gewerkt met een model dat niet volledig gespecificeerd is. De invloed op de kosten van factoren die bekend en meetbaar zijn wordt berekend en in mindering gebracht op de totale kostenstijging. De onverklaarde restfactor wordt vervolgens toegeschreven aan de meest voor de hand liggende factor. Wij volgen deze methode bij de analyse van de kostenstijging in de Nederlandse gezondheidszorg in de jaren 1970-1990, die een factor 5,6 bedroeg. Bij de analyse gaan we uit van het eenvoudige verband: kosten (of uitgaven) = volume x prijs. We corrigeren de factor van de uitgavenstijging vervolgens voor bekende en meetbare volume- en of prijsverhogende factoren. Dit zijn in hoofdlijnen: de behoefte aan zorg, de inflatie en de sectorspecifieke loonontwikkeling. Het model wordt in bijlage 2.2 volledig uitgewerkt.

Vraag blijft buiten beschouwing

In onze kwantitatieve analyse laten we de *vraag* naar medische zorg buiten beschouwing. Hiervoor zijn meerdere argumenten. De belangrijkste hebben betrekking op de onmeetbaarheid en het diffuse karakter van de culturele factoren en het feit dat in deze onderzoeksperiode vrijwel de hele bevolking volledig was verzekerd. Bovendien is onzes inziens de omvang van het voorzieningenpakket eerder een aanbod- dan een vraagfactor, wegens informatieasymetrieën en aanbod-geïnduceerde vraag.[40]

De behoefte aan zorg

De behoefte aan zorg kan zowel normatief als positief worden benaderd. De normatieve benadering gaat uit van de behoefte zoals die voortkomt uit de gezondheidstoestand van de bevolking. In deze bijdrage volgen wij een positieve benadering, die uitgaat van het daadwerkelijk vastgestelde aantal patiënten (prevalentie).[41]

Uit deze keuze volgt tweeërlei: 1) we analyseren alleen de kosten van patiënten die zijn opgenomen in ziekenhuizen, verpleeghuizen en RIAGGS, maar van deze patiënten dan ook alle kosten, zowel intra- als extramurale. De extramurale kosten van patiënten die niet zijn opgenomen in ziekenhuizen of andere instellingen, zijn niet in de beschouwingen betrokken.[42] 2) We veronderstellen dat er geen patiënten thuis zijn die in het ziekenhuis behoren te zijn, en geen patiënten in het ziekenhuis die niet ziek zijn.

Het is duidelijk dat iedere patiënt uniek is en dat de totale zorgbehoefte niet kan worden vastgesteld door een eenvoudige optelling van patiënten. De individuele behoefte aan zorg varieert per ziekte en leeftijd van de patiënt en daardoor hangt de totale behoefte af van de verdeling van de individuele behoeften. Ons model houdt

[40] Bovendien is er een meetprobleem omdat een groot deel van het voorzieningenpakket verscholen ligt achter de formule: alle behandelingen die algemeen aanvaard zijn door de medische beroepsgroep moeten worden vergoed.

[41] Deze meting kan onzuiver zijn, omdat bij het vaststellen van een diagnose veel onzekerheden een rol spelen. Onze cijfers hebben echter betrekking op het aantal patiënten in ziekenhuizen, en omdat deze patiënten in de regel minimaal twee keer zijn onderzocht verwaarlozen we het verschillen tussen de normatieve en de vastgestelde behoeften.

[42] De te verklaren gezondheidszorguitgaven zijn gecorrigeerd voor de sectoren die niet in de analyse worden meegenomen.

hiermee rekening. Wij onderscheiden 21 diagnosegroepen, overeenkomstig de classificatie van de World Health Organisation. Van deze groepen weten wij de gemiddelde kosten per patiënt in 1988, die wij hebben omgezet in een wegingsindex (WI, zie Figuur

Figuur 4. 21 Diagnosegroepen met wegingsindexen gebaseerd op de totale kosten en het aantal patiënten per groep

DIAGNOSEGROEP	WEGINGS-INDEX	DIAGNOSEGROEP	WEGINGS-INDEX	DIAGNOSEGROEP	WEGINGS-INDEX
infectieziekten	2,47	ademhalingsziekten	1,18	perinatale ziekten	0,76
nieuwvormingen	1,35	spijsverteringsziekten[a]	1,01	symptomen en niet classificeerbare ziekten[c]	1,32
endocriene ziekten	1,94	urogenitale ziekten	0,98	ongevallen	1,56
bloedziekten	1,17	zwangerschap en geboorte[b]	0,77	zwakzinnigheid (intramuraal)[d]	7,48
psychische ziekten	10,40	huidziekten	1,84	zwakzinnigheid (semimuraal)[e]	3,93
zenuwstelsel	1,84	bewegingsapparaat	1,84	dementie	5,77
hartvaatziekten	1,73	aangeboren afwijkingen	0,85	psychische ziekten (extramuraal, RIAGG)	0,15

a. exclusief tandheelkundige hulp
b. inclusief de zorg voor de kinderen die in het ziekenhuisgeboren worden
c. inclusief niet classificeerbare medische consumptie
d. vepleeghuizen
e. dagverpleging en gezinsvervangende tehuizen

4)[43] en het aantal patiënten in de periode 1970-1990.[44] Met deze gegevens kan worden berekend hoe de kosten van de gezondheidszorg zich ontwikkelen als gevolg van de behoefte-ontwikkeling. Voor de periode 1970-1990 komt deze invloed neer op een toename met een factor 1,38.

In deze kostenstijging kunnen drie componenten worden onderscheiden: 1) bevolkingsgroei (115%); 2) een verschuiving van goedkope naar duurdere ziekten (116%,

[43] Koopmanschap M et al. *Kosten van ziekten in Nederland*. Rotterdam: Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg 1991.
[44] CBS. *Diagnoses intramurale gezondheidszorg*. Heerlen, diverse jaren.

veroorzaakt door veroudering, nl. het gegeven dat oudere mensen lijden aan duurdere ziekten dan jonge mensen (107%), en technologische verandering (108%). Deze laatste invloed

Figuur 5. De invloed van de behoefte aan zorg (index, 1970=100)

	1975	1980	1985	1990
KOSTEN VAN DE GEZONDHEIDSZORG	235	380	475	561
BEHOEFTE AAN ZORG	118	131	136	138
1. BEVOLKINGSGROEI	105	109	111	115
2. VERGRIJZING	103	106	109	112
- oudere mensen hebben duurdere kwalen	102	103	105	107
- oudere mensen genezen langzamer	101	102	103	104
3. TECHNOLOGIE	110	114	113	108
succesvolle behandeling leidt tot meer en duurdere ziekten per mensenleven				

heeft betrekking op het verschijnsel dat ten gevolge van technologische vooruitgang mensen relatief goedkope ziekten overleven en dan later in het leven lijden aan complexere en duurdere ziekten.[45] Met andere woorden: de morbiditeit over het hele leven genomen neemt toe.[46] 3) Een tweede gevolg van veroudering: oudere mensen herstellen van eenzelfde ziekte minder snel dan jongere mensen en blijven daarom langer in het ziekenhuis en behoeven meer zorg en voorzieningen. De vergrijzing van de bevolking zal daarom zelfs wanneer het aantal patiënten in alle diagnosegroepen hetzelfde blijft, leiden tot een toename in de uitgaven. Deze toename komt in onze onderzoeksperiode neer op 4%. Het totale effect van de vergrijzing benadert daarmee de 12% (index 112; zie Figuur 5).

Het aanbod van zorg

We zien dat de uitgaven aan medische zorg in onze onderzoeksperiode met 38%, dat wil zeggen met een factor 1,38 zijn toegenomen ten gevolge van een toegenomen zorgbehoefte. De behoefteontwikkeling verklaart daarmee slechts een deel van de totale uitgavenstijging ter grootte van een factor 5,6. De grootste invloed komt kennelijk van de aanbodzijde van de zorgverlening. Hierbij gaat het om twee factoren: volume en

[45] Deze faktor behelst ook het effekt dat verfijndere diagnose-mogelijkheden ertoe lijden dat een groter aantal mensen patiënt wordt. Dat wil zeggen: technologische vooruitgang verandert de reikwijdte van de definitie van ziekte. Deze faktor is als restfaktor berekend overeenkomstig de uitgangspunten van ons model.

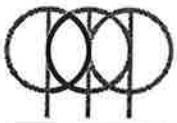
[46] Zie Weisbrod BA. The health care quadrilemma: an essay on technological change, insurance, quality of care and cost containment. *Journal of Economic Literature* 29 (1992) p.523-552.

prijs. Het volume van de zorgverlening wordt bepaald door de hoeveelheid middelen die wordt ingezet om de behoefte aan zorg te lenigen. De beschikbaarheid van zorgvoorzieningen heeft een tweeledig karakter. Technologische en economische beschikbaarheid. De technologische beschikbaarheid betreft de vooruitgang in de medische wetenschap en economische beschikbaarheid betreft een financieringssysteem dat de nieuwe mogelijkheden toegankelijk maakt voor de bevolking. Lange tijd vielen in vrijwel alle geïndustrialiseerde landen beide typen beschikbaarheid vanzelfsprekend samen. Door de komst van extreem dure voorzieningen is deze vanzelfsprekendheid aan het verdwijnen. In onze 'residual approach' kunnen we deze twee vormen van beschikbaarheid niet scheiden ten gevolge van gebrek aan gegevens. Daarom interpreteren wij nieuwe behandelmogelijkheden als innovaties, die zowel technisch als economisch beschikbaar zijn. Dit houdt in dat de waargenomen invloed van technologie een beperkende invloed behelst van het gezondheidszorgbeleid.[47] Het arsenaal aan beschikbare medische voorzieningen kan in twee verschillende categorieën worden verdeeld: gebouwen, apparatuur, geneesmiddelen en, niet in de laatste plaats, personeel. Hierbij is het de vraag of tussen de verschillende elementen causale relaties bestaan en zo ja, welke. Is het aantal behandelingen en verpleegdagen groot omdat er veel artsen en verpleegkundigen zijn, of zijn er veel artsen en verpleegkundigen omdat de zorgbehoefte groot is en de medische wetenschap veel behandelmogelijkheden aanreikt? Wij volgen de laatste redenering en gaan er vanuit dat alleen de behoefte en de technologie bepalend zijn voor het volume van de zorgverlening.[48]

Behalve door een volumetoename kan een uitgavestijging ook het gevolg zijn van prijsveranderingen. Zo leidt technologische vooruitgang in de meeste gevallen niet alleen tot een volumevergroting, maar ook tot een stijging van de behandelprijs. In het algemeen zal de individuele behandelprijs stijgen, maar dit is geen ijzeren wet, zoals blijkt uit innovaties als poliovaccinatie (goedkoper dan zgn. ijzeren long) en niertransplantaties (op termijn goedkoper dan dialyse). De algehele invloed wordt echter gedomineerd door het kostenopdrijvende effekt en er is dan ook een algemene positieve relatie tussen technologische vooruitgang en de gemiddelde behandelprijs. Naast de technologische ontwikkeling beïnvloeden ook de economische ontwikkeling en de situatie op de arbeidsmarkt de medische prijs. De invloed van de economische ontwikkeling loopt via veranderingen in het algemene prijspeil. Deze inflatie bedraagt over onze onderzoeksperiode een factor 2,6 en verklaart daarmee het grootste deel van de nominale stijging van de medische uitgaven. De situatie op de arbeidsmarkt voor gezondheisdzorgwerkers komt tot uitdrukking in de relatieve loonontwikkeling. De lonen in de zorgsector bleven in onze onderzoeksperiode 10% achter bij de lonen in de rest van de economie, en hebben daardoor de kostenstijging als percentage van het BNP enigszins geremd. Uit onze analyse volgt na uitzuivering van al de bovengenoemde invloeden een factor 1,7 die we toeschrijven aan volume- en prijseffekten van technolo-

[47] Wij komen hier in hfdst. 6 op terug bij de bespreking van de invoering van nieuwe technologieën.

[48] Deze keus vloeit lijnrecht voort uit onze positieve benadering van de behoefte aan zorg, die onderscheiden moet worden van een normatieve benadering. Zij strookt ook met de stelling van Baumol, dat in sommige sectoren technologische vooruitgang niet gepaard gaat met een uitstoot van arbeid, omdat arbeid en kapitaal geen substituten zijn maar elkaar aanvullen (de ziekte van Baumol).



gische verandering (zie Figuur 6).

Figuur 6. De invloed van het aanbod van zorg (index, 1970=100)

	1975	1980	1985	1990
KOSTEN VAN DE GEZONDHEIDSZORG	235	380	475	561
AANBOD	198	294	347	407
1. INFLATIE	152	203	250	260
2. RELATIEVE LONEN IN DE GEZONDHEIDSZORG	100	96	90	92
3. TECHNOLOGIE	130	151	154	170
nieuwe medische mogelijkheden leiden tot een stijging van volume en kosten van de gezondheidszorg				

Tezamen met de invloed op de zorgbehoefte bedraagt de totale invloed van technologische vernieuwing in de periode 1970-1990 een factor 1,83 (zie Figuur 7).

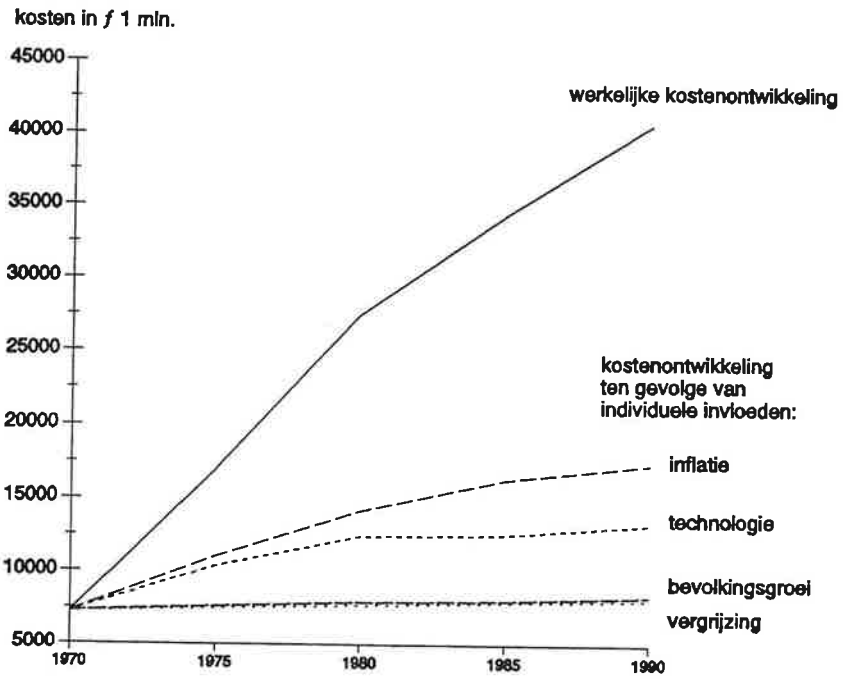
Figuur 7. De invloed van de technologische ontwikkeling (index, 1970=100)

	1975	1980	1985	1990
KOSTEN VAN DE GEZONDHEIDSZORG	235	380	475	561
TECHNOLOGIE	143	171	173	183
1. succesvolle behandeling leidt tot meer en duurdere ziekten per mensenleven	110	114	113	108
2. nieuwe medische mogelijkheden leiden tot een stijging van volume en kosten van de gezondheidszorg	130	151	154	170

Met andere woorden, van 1970-1990 heeft de technologische vooruitgang in de gezondheidszorg geleid tot een stijging van 83% in gezondheidszorguitgaven. Hierbij gaat het om het totaal van volume- en prijsstijgingen, en is zowel de technologische als economische beschikbaarheid meegenomen. Dit laatste betekent dat in onze restfactor technologie een overheidsinvloed verborgen zit die een restrictieve invloed heeft gehad op de

uitgavenstijging.[49] In Figuur 8 zijn de diverse invloeden op de kostenontwikkeling grafisch in beeld gebracht[50, 51]

Figuur 8. De werkelijke wikkeling van de kosten van de gezondheidszorg en de kostenontwikkeling ten gevolge van individuele invloeden, 1970 - 1990



2.2.3 Discussie

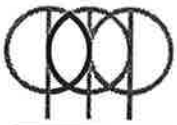
Tegen ons *'residual model'* zijn uiteraard bezwaren in te brengen. Diverse invloeden bleven buiten beschouwing (zie Figuur 3). Daarnaast is het, zoals J. Newhouse heeft opgemerkt, frustrerend om een bepaalde invloed te moeten berekenen als een restfactor, zelfs al is er geen alternatieve berekeningsmethode.[52] Het enige dat we kunnen doen is aannemelijk maken dat deze restfactor gedomineerd wordt door de technologische vooruitgang. Newhouse vergelijkt met dit doel Health Maintenance Organisations

[49] Weisbrod BA (1991) p.523-552, noemt voor de VS waar de overheid nauwelijks invloed uitoefent op de zorgverlening een stijging ten gevolge van technologie die veel groter is, nl. 300% (een faktor 4 i.p.v. 1,83). Overigens spelen hier meerdere faktoren een rol, zoals bijvoorbeeld het Amerikaanse verschijnsel van defensieve geneeskunde.

[50] De in Figuur 8 aangegeven werkelijke kosten zijn lager dan die in het FOZ staan vermeld. Dit komt doordat wij bepaalde categorieën zorgverlening buiten beschouwing hebben gelaten, o.a. verzorgingstehuizen, tandartsenhulp, zie noot 42.

[51] Omdat de individuele invloeden onderling een multiplicatief verband hebben kan de werkelijke kostenontwikkeling niet verkregen worden door de verticale optelling van de individuele curven.

[52] Newhouse JP. Medical Care Costs: How much welfare loss? *Journal of Economic Perspectives* 6 (1992) p.3-21, m.n. 11-13.



(HMO's) met traditionele zorginstellingen in de VS en de Amerikaanse gezondheidszorg met die van andere landen. Zijn conclusie is dat ondanks niveau-verschillen de uitgaven aan gezondheidszorg in alle organisatievormen van de gezondheidszorg en in alle landen met ongeveer hetzelfde percentage zijn gestegen. Hoewel dit een wat te snelle conclusie lijkt[53] ligt het wel voor de hand dat over heel de wereld een universele kostenopdrijvende factor in de gezondheidszorg aanwezig is. Gezien alle verschillen tussen de landen is technologische verandering hiervoor de meest waarschijnlijke kandidaat. Deze factor betreft in ons model een verzamelfactor die de invloed van veranderingen in het medisch handelen op de uitgaven weergeeft. Daarbij gaat het om invoering en aanwending van nieuwe technologieën en om veranderingen van behandelpatronen, welke veranderingen ook als technologische vooruitgang getypeerd kunnen worden. Blijkbaar is het zorg- en financieringsstelsel van grote betekenis, zoals Culyer al beweerde, maar het beïnvloedt alleen de ligging van de uitgavencurve, maar nauwelijks de helling. Op deze wijze zijn alle geïndustrialiseerde landen geconfronteerd met dezelfde schaarsteproblematiek en rijst overal de vraag naar adekwate beheersinstrumenten.

2.3 Conclusie

Gezien het feit dat het in ons model om werkelijk gemaakte kosten gaat wordt de factor 'technologie' in belangrijke mate bepaald door het medische handelen. Deze bevindingen stroken met de hierboven gegeven analyse van de cultuurhistorische achtergronden van de kostenstijging. De te hoge verwachting en waardering van geneeskunde en gezondheidszorg, zowel bij arts als patiënt, leiden tot een voortsnellende ontwikkeling en toepassing van medische technologieën. Daarvoor krijgen patiënten ongetwijfeld in veel gevallen iets terug: adequater medische behandeling. Het kan evenwel politiek gezien als onhaalbaar worden beschouwd dat, uitgedrukt als percentage van het BNP, de kosten van de gezondheidszorg de komende 20 jaar even sterk stijgen (nl. verdubbelen) als in de onderzochte periode. Duidelijk is ook uit deze analyse dat beïnvloeding van het medische handelen, in het bijzonder de ontwikkeling en toepassing van medische technologieën, althans kwantitatief gezien de mogelijkheid biedt van een beperking van de kostenstijging van de gezondheidszorg. Vanuit beleidsmatig oogpunt gezien is het dus begrijpelijk dat de overheid zoekt naar beheersinstrumenten die de medische professie tot zuiniger handelen kunnen aanzetten. Terecht wordt daarbij evenwel tegelijkertijd de vraag gesteld naar de medisch-ethische legitimering van dergelijke instrumenten. Immers, in het gezondheidszorgbeleid mag het niet alleen gaan om kosten maar moet het vooral ook gaan over kwaliteit.

[53] Newhouse concludeert onzes inziens te snel dat de groeitrajecten hetzelfde zijn. De jaarlijkse reële procentuele toename van gezondheidszorguitgaven per hoofd van de bevolking tussen 1960 en 1980 was in de Verenigde Staten 5,0%. Deze toename was lager in het Verenigd Koninkrijk (3,7%), Canada (4,8%) en Duitsland (4,7%), en hoger in bijv. Frankrijk (5,8%), Italië (6,0%) en Japan (8,9%). Deze verschillen die als momentopname wellicht gering zijn, worden in een perode van 17 jaar veel en veel groter: V.S. (129%), V.K. (79%), Japan (326%). Ter vergelijking: in de periode 1970 - 1990 bedroeg de reële groei in Nederland 115%.

Bijlage 2.1 Een model voor de berekening van de economische achtergronden

De kosten van de gezondheidszorg worden door drie factoren beïnvloed: de behoefte aan zorg, het volume van de zorgverlening en de prijs daarvan.

$$\textit{health care expenditures (HCE)} = f\ \textit{(need, quantity, price)} \qquad [1]$$

De behoefte aan zorg wordt berekend aan de hand van het gewogen aantal patiënten en een demografische index, die aangeeft dat oudere mensen een langer genezingsproces hebben dan jonge mensen.

$$need_t \equiv \textit{weighted number of patients}\ (WNP)_t \cdot \textit{demographic index}\ (DI)_t^{\beta} \qquad [2]$$

Het gewogen aantal patiënten wordt berekend via een indeling in 21 diagnosegroepen, zie figuur 4 in hoofdstuk 2.

$$WNP_t = \frac{\sum_i^n \textit{number of patients}\ (NP)_t^i \cdot \textit{weight index}\ (WI)^i}{\sum_i^n \textit{weight index}(WI)^i} \qquad [3]$$

De wegingsindex is gebaseerd op de relatieve kosten per diagnosegroep in 1988.

$$WI^i = \frac{\textit{total costs}\ (TC)_{88}^i}{10.000 \cdot NP_{88}^i} \qquad [4]$$

Ontwikkelingen in het gewogen aantal patiënten kennen drie onderliggende factoren: bevolkingsgroei, vergrijzing en een invloed van de technologie die aangeeft dat betere diagnose- en behandelmogelijkheden leiden tot vervangende ziekte waardoor het gemiddelde aantal ziekten per mensenleven toeneemt.

$$IWNP_t = POPI_t \cdot DI_t^{\alpha} \cdot TI_t^{\gamma} \qquad [5]$$

De bevolkingsgroei wordt weergegeven door vergelijking 6:

$$POPI_t = \frac{\textit{population}_t}{\textit{population}_{70}} \qquad [6]$$

De invloed van vergrijzing op de behoefte aan zorg kan berekend worden met vergelijking 7, waarin CSE^i staat voor het kostenaandeel van ouderen in de verschillende diagnosegroepen.

$$DI_t^{\alpha} = \frac{\%65_t^-}{\%65_{70}^-} \cdot (1 - CSE^i) \cdot WI^i + \frac{\%65_t^+}{\%65_{70}^+} \cdot CSE^i \cdot WI^i \qquad [7]$$

De vergrijzing heeft niet alleen een invloed op het aantal en de soort ziekten in de bevolking, zoals weergegeven door DI^{α}, maar ook op de behoefte aan zorg gegeven de diagnosegroep, DI^{β} zie vergelijking 2. Ouderen herstellen langzamer van een bepaalde ziekte dan jongeren. Vergelijking 8 berekend deze invloed. STCE staat daarbij voor het aandeel van bejaarden in de totale kosten.

$$DI_t^{\beta} = \frac{\%65_t^-}{\%65_{70}^-} \cdot (1-STCE_{70}) + \frac{\%65_t^+}{\%65_{70}^+} \cdot STCE_{70} \qquad [8]$$

Het volume van de zorgverlening is afhankelijk van de behoefte aan zorg, maar evenzeer van de hoeveelheid middelen die aangewend worden om aan deze behoefte tegemoet te komen. Deze hoeveelheid middelen is afhankelijk van de technologische ontwikkeling. Daarbij moet het begrip 'technologie' ruim opgevat worden. Wij gaan er vanuit, dat de hoeveelheid bedden, verpleegsters en artsen bepaald worden door de hoeveelheid technologie.

$$quantity\ of\ care\ (QC) = f\ (need,\ technology) \qquad [9]$$

$$QC_t = WNP_t \cdot DI_t^{\beta} \cdot technology\ index\ (TI_t^{\zeta}) \qquad [10]$$

Het aanbod van zorg heeft naast een volume-component ook een prijs-component. Drie factoren hebben een invloed op de (gemiddelde) prijs van medische zorg: inflatie (de algemene prijsontwikkeling), relatieve lonen van werkers in de gezondheidszorg, en de prijsveranderende invloed van ontwikkelingen in de medische technologie.

$$price\ of\ care = f\ (economic\ situation,\ labor\ market,\ technology) \qquad [11]$$

$$PIHC_t = consumer\ price\ index\ (CPI)_t \cdot wage\ index\ (RLI)_t \cdot TI_t^{\eta} \qquad [12]$$

De invloed van de lonen wordt weergegeven door de volgende formule:

$$RLI_t = \frac{wage\ index\ health\ care\ (LIHC)_t}{average\ wage\ index\ (ALI)_t} \qquad [13]$$

Substitutie van de vergelijkingen 10 en 12 in vergelijking 1 geeft de volgende relatie, waarin TI^{δ} staat voor de gecombineerde invloed van de technologische ontwikkeling op volume en prijzen ($TI^{\delta} = TI^{\zeta} . TI^{\eta}$)

$$HCE_t = WNP_t \cdot DI_t^{\beta} \cdot CPI_t \cdot RLI_t \cdot TI_t^{\delta} \qquad [14]$$

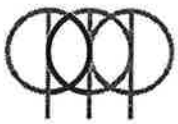
Omdat de weging van het aantal patiënten is gebaseerd op de kosten van de gezondheidszorg, kan vergelijking 14 om de volgende manier herschreven worden:

$$HCE_t = HCE_{70} \cdot IWNP_t \cdot DI_t^{\beta} \cdot CPI_t \cdot RLI_t \cdot TI_t^{\delta} \qquad [15]$$

$$TI_t^{\delta} = \frac{HCE_t}{HCE_{70} \cdot IWNP_t \cdot DI_t^{\beta} \cdot CPI_t \cdot RLI_t} \qquad [16]$$

De totale invloed van de technologische ontwikkeling kan tenslotte berekend worden aan de hand van vergelijking 17:

$$TI_t = TI_t^{\gamma} \cdot TI_t^{\delta} = TI_t^{\alpha} \cdot TI_t^{\zeta} \cdot TI_t^{\eta} \qquad [17]$$



DEEL II

Normatieve benadering van de geneeskunde en het beroep van de arts

HOOFDSTUK 3
Professionele autonomie

Samenvatting

De kern van het begrip 'professionele autonomie' wordt gevormd door het begrip 'professie'. Met Unschuld vatten wij twee elementen op als cruciaal voor het bepalen van de inhoud van het professie-begrip: 1) het streven naar dienstverlening waarin het belang van de patiënt centraal staat; 2) de onafhankelijkheid in de uitoefening van het beroep. Dit laatste element laat meteen zien dat de 'autonomie' (onafhankelijkheid) al in het begrip 'professie' alszodanig ligt opgesloten. Dit blijkt ook uit andere definities van het 'professie'-begrip, waarin dikwijls de zelfregulering van de professie door middel van beroepsverenigingen een centrale rol speelt. Op grond van een specifieke en hooggekwalificeerde deskundigheid bezit een professie een grote mate van zelfstandigheid en is zij moeilijk controleerbaar van buitenaf. Slechts de leden van de professie zelf beschikken over de competentie die vereist is voor een goede beoordeling van hun beroepsuitoefening.

Men kan het begrip 'professionele autonomie' op twee manieren benaderen: 1) empirisch (als beschrijving van een empirisch kenmerk van professies als sociologisch verschijnsel); 2) filosofisch (als een normatieve structuur die gegeven is met de structurele condities van de menselijke bestaanswijze). Wij hebben in ons betoog niet voor één van beide benaderingen gekozen, maar hebben vooral willen benadrukken dat zij elkaar aanvullen en completeren.

De empirische benaderingswijze hebben wij in ons onderzoek uitgewerkt in een meer economische beschouwing omtrent de structurele kenmerken van zorgstelsels in het algemeen en het Nederlandse zorgstelsel in het bijzonder. Daarbij is het begrip 'professionele autonomie' opgevat in termen van 'behandelvrijheid' (zie hfdst. 5.1).

De normatieve benaderingswijze hebben wij uitgewerkt aan de hand van een structuuranalyse van de medische praktijk. Daarbij hebben wij het begrip 'praktijk' in een specifieke zin opgevat, namelijk als een door al dan niet geëxpliciteerde regels geconstitueerde sociale praktijk (levensvorm), die door een eigen, inherent normatieve bestemming wordt gekwalificeerd.

De problemen rond de autonomie van de professie hebben wij verwoord in termen van het 'professionele autonomie-dilemma': de normatieve claim van de professie met betrekking tot haar autonomie kan onvoldoende getoetst worden vanwege de feitelijke moeilijkheid om de kwaliteit van het medisch handelen van buitenaf vast te stellen. De vraag naar de mate waarin de autonomie van de professie onvervreemdbaar is, kan op grond van bovenstaande vertaald worden in de vraag welke ruimte qua bevoegdheden en beschikbare middelen gerespecteerd dient te worden om de professie naar behoren te kunnen laten functioneren. Onzes inziens moeten de grenzen van die ruimte gelegitimeerd kunnen worden op grond van een visie op de normatieve bestemming van de medische praktijk en de plaats van de professie daarin (hfdst. 4 en achtergrondstudie 2).

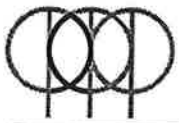
3.1 Inleiding

In deze studie gaat het om de rol van de medische professie en de individuele leden daarvan in de huidige gezondheidszorg. In dit hoofdstuk willen wij uiteenzetten wat in dit verband onder een professie verstaan moet worden en op welke wijzen men tegen het verschijnsel professionalisering (sociologisch/descriptief of filosofisch/normatief) kan aankijken. Tenslotte zal het hoofdstuk uitmonden in een beschrijving van het 'professionele dilemma'.

Het verschijnsel 'professionalisering' heeft alles te maken met een verregaande arbeidsdeling en specialisering die de moderne maatschappijen kenmerken. In veel sociologische theorieën rond het verschijnsel modernisering wordt het proces van maatschappelijke differentiatie als één van de hoofdkenmerken daarvan beschouwd. Voor veel beroepen en functies in de moderne samenleving worden een hoogwaardige opleiding en een verregaande specialisering vereist. Dergelijke beroepsgroepen kunnen tot een professie worden wanneer zij zich op basis van hun kennis en competentie in beroepsverenigingen organiseren, waarbij deze verenigingen doorgaans een tweetal functies vervullen: "a) de bevordering van de competentie, d.w.z. de kennis en kunde van de aangesloten leden en b) het toezicht op de handhaving van de integriteit van de leden, d.w.z. het zich gedragen volgens de voor alle leden geldende gedragsnormen, neergelegd in een beroepscode".[1] Dit geldt in het bijzonder voor die beroepsgroepen, die een dienstverlenend karakter hebben en waar het vertrouwen tussen beroepsbeoefenaar en cliënt van groot belang is. Gedacht kan worden aan beroepen in de sfeer van de gezondheidszorg, waar het gaat om het lichamelijk en psychisch functioneren van mensen, beroepen in de sfeer van het recht en de rechtsbescherming (advocatuur, rechterlijke macht), of beroepen waarin men te maken heeft met gevoelige informatie over het economische functioneren van bedrijven en andere organisaties (accountants). Het is niet vreemd dat mensen die zich juist op deze gebieden bijzondere kennis en verantwoordelijkheid hebben verworven, een groot aanzien bezitten. Tot op zekere hoogte hebben zij ons maatschappelijk functioneren in de hand. Iemand die ziek is kan daardoor niet langer deelnemen aan het arbeidsproces. Hetzelfde geldt voor iemand, die bepaalde rechten verliest of van zijn vrijheid wordt beroofd. Met deze zaken zijn dermate fundamentele belangen gemoeid, dat de professionals, die op deze terreinen belangrijke verantwoordelijkheden bezitten ons volle vertrouwen moeten kunnen genieten. In dit verband is ook de herkomst van het begrip 'professie' van belang, dat oorspronkelijk de betekenis had van 'een gewijd ambt uitoefenen'.[2] Het woord 'professie' verraadt daarin zijn herkomst uit de religieuze sfeer: het afleggen van een gelofte.

[1] Mok AL. Professionalisering. In: Rademaker L (red.). *Sociologische encyclopedie*. Utrecht/Antwerpen 1978, dl. II, p.557.

[2] Mok (1978) p.556. Ook kan hier verwezen worden naar het lemma 'profession' in *Webster's Dictionary*.



3.2 Het begrip 'professie'

Het begrip 'professie' kan op verschillende manieren benaderd worden. Klinkert onderscheidt een tweetal benaderingen: een empirische en een theoretische.[3] Cornelissens onderscheidt een drietal (sociologische) benaderingen: de kenmerkbenadering, de functionele benadering en de machtsbenadering.[4] Freidson gaat uitvoerig in op de problemen, die bestaan rond het definiëren van het begrip 'professie'. Zijns inziens leveren definities, die gebaseerd zijn op een opsomming van kenmerken niet veel op, omdat ze geen uitsluitsel bieden ten aanzien van de vraag welke kenmerken voor de theoretische analyse van het verschijnsel relevant zijn. Als oplossing van dat probleem onderscheidt hij een drietal strategieën. Een eerste strategie bestaat erin vooral nadruk te leggen op "the process by which occupations claim or gain professional status". Een tweede strategie kiest in plaats van een statische benadering, die uitgaat van een begrip 'professie' als een onderscheiden type beroepen, een meer dynamische benadering, waarin "the process by which occupations are professionalized" centraal staat. Deze strategie kan echter slechts slagen, wanneer sprake is van een minstens minimaal concept van wat een professie is. Tegen die achtergrond is een derde strategie te onderscheiden, die erop uit is "to specify a set of referents, that is, attributes, traits, or defining characteristics, by which the phenomenon may be discriminated in the empirical world".[5]

Voor de doeleinden van onze studie is het niet zo belangrijk een sluitend professiebegrip te bezitten. Immers, wij hoeven ons niet te bekommeren om de gemeenschappelijke eigenschappen of kenmerken van een veelheid van onderscheiden professies. Voor ons is slechts van belang de vraag in welke opzichten artsen en specialisten binnen het terrein van de gezondheidszorg als leden van een professie kunnen worden opgevat en welke consequenties dat heeft voor het functioneren van de gezondheidszorg. Daarom sluiten we ons aan bij de opvatting van Unschuld, dat de centrale inhoud van het begrip professie wordt bepaald door een tweetal elementen: 'das Streben nach selbstloser Dienstleistung' en 'die Unabhängigkeit in der Ausübung der Berufstätigkeit'.[6]

Deze minimale omschrijving bevat een tweetal belangrijke beslissingen. In de eerste plaats wordt ermee aangesloten bij een omvangrijke definitie van het begrip 'professie' afkomstig van de pedagoog Morris Cogan: "Ein *Profession* ist ein Beruf, dessen Ausübung auf ein Verständnis der theoretischen Struktur eines Wissens oder Wissenschaftsbereiches sowie auf die Fähigkeiten, die ein solches Verständnis begleiten, begründet ist. Besagtes Verständnis und besagte Fähigkeiten werden auf praktischen Angelegenheiten, die der Bevölkerung von lebenswichtiger Bedeutung sind, angewandt. Die praktische Tätigkeit einer *profession* wird durch ein verallgemeinertes Wissen und durch die Ansammlung

---

[3] Klinkert JJ. *Verloskundigen en artsen - Verleden en heden van enkele professionele beroepen in de gezondheidszorg*. Alphen aan de Rijn/Brussel 1980, p.9v.

[4] Cornelissens LJM (vakgroep Metamedica, RU Leiden), in een nog ongepubliceerd manuscript dat is besproken in het overleg tussen verschillende onderzoekers die met dit onderwerp bezig zijn (zie Woord Vooraf).

[5] Freidson E. *Professional powers - A study of the institutionalization of formal knowledge*. Chicago/London 1986, p.30v.

[6] Unschuld PU. Professionalisierung und ihre Folgen. In: Schipperges H, Seidler E und Unschuld PU (hrsg.). *Krankheit, Heilkunst, Heilung*. Freiburg/München 1978, p.520.

menschlicher Weisheit und Erfahrung geformt, die alle dazu beitragen, die Irrtümer, die sich aus Spezialisierung ergeben, zu korrigieren. Da sie lebenswichtigen Bedürfnissen der Menschheit dienen, betrachten die *professions* den *selbstlosen Dienst*[7] an ihrer Klientel als ihre wichtigste ethische Maxime".[8]

De tweede beslissing bestaat erin dat wordt aangesloten bij de opvatting van Freidson, dat het beslissende kenmerk van professies bestaat in "einer legitimen, organisatorisch festgelegten Autonomie, im Recht also, die eigene Tätigkeit zu kontrolieren".[9]

Met bovenstaande zijn twee zaken naar voren getreden, die voor een analyse van het verschijnsel professie zeer belangrijk zijn: 1) professionalisering hangt samen met een verregaande arbeidsdeling, specialisering en differentiatie van functies en beroepen, die kenmerkend zijn voor moderne samenlevingen en die samenhangen met een verregaande ontwikkeling van wetenschap en technologie; tegen deze achtergrond is professionalisering een typisch modern verschijnsel;[10] 2) tegelijk heeft het verschijnsel professie echter alles te maken met waarden en belangen die binnen alle samenlevingen en in alle tijden een centrale betekenis voor het leven hebben.[11] In termen van Habermas' theorie van het communicatieve handelen zou men kunnen zeggen, dat het verschijnsel professionalisering alles heeft te maken met het tweevoudige perspectief, waaronder men moderne samenlevingen kan beschouwen: als *systeem* en als *leefwereld*. Dit geldt ook voor de gezondheidszorg en de professionalisering daarbinnen. Zo spreekt Widdershoven over "medicine between life-world and system".[12] Volgens Habermas kan men twee vormen van rationalisering onderscheiden, die niet automatisch met elkaar sporen. De eerste vorm van rationalisering is gebaseerd op het steeds verdergaand vermogen van de mens om de objectieve werkelijkheid te beheersen door empirische wetenschap en technologie. Ook binnen de geneeskunde heeft deze vorm van rationalisering tot enorme ontwikkelingen geleid. Deze vorm van rationalisering heeft er tevens toe geleid dat de gezondheidszorg steeds meer het karakter heeft gekregen van een systeem. Er is sprake van functionele differentiatie en specialisatie. Systemen worden door niet-communicatieve media (macht en geld) geïntegreerd. De coördinatie en onderlinge afstemming van handelingsplannen vindt plaats door een doel-rationele oriëntatie op het eigen belang of het belang van de eigen organisatie of instelling.

Naast deze vorm van rationalisering kan men ook een communicatieve vorm van rationalisering onderscheiden. Deze is gebaseerd op het feit dat de mens als talig wezen

---

[7] Cursivering van ons.

[8] Cogan ML. Toward a definition of profession. In: *Harvard Educational Review* 23 (1953) p.48-49. Aangehaald in Unschuld (1978) p.519.

[9] Freidson E. *Profession of medicine*. New York 1972, p.71. Aangehaald in Unschuld (1978) p.520.

[10] "Die medizinischen und naturphilosophischen Texten des hohen Mittelalters und der frühen Neuzeit bieten ein überzeugendes Material für die These, daß es zu einer Professionalisierung der Heilberufe erst mit dem Entstehen der Universitäten und der Entfaltung der Wissenschaften kommen konnte". Schipperges H. Motivation und Legitimation des ärtzlichen Handlens. In: Schipperges H, Seidler E und Unschuld PU (1978) p.465.

[11] Zie Schipperges (1978) p.486: "Die Idealvorstellungen und Forderungen, wie man ein Leben ohne Not und Angst, krisenfrei und heilsgewiß, führen und erhalten könne, sind zu allen Zeiten abhängig geblieben von religiösen und sozialpolitische Ordnungsvorstellungen".

[12] Widdershoven GAM. Science and communication in medical practice. In: Engeldorp Gastelaars Ph van. Magala S & Preuß O (eds.). *Critical theory today - The Frankfurt School: How relevant is it today?*. Den Haag 1990, p.62v.

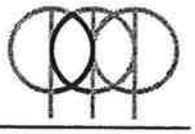
in staat is om over zijn wereldbeeld en zijn interpretaties van de feitelijke en normatieve werkelijkheid van gedachten te wisselen met anderen. Deze gedachtenwisseling of discussie kent een eigen, onvervreemdbare rationaliteit, welke door Habermas dikwijls is getypeerd als de 'dwangloze dwang' van het betere argument. Het is door middel van deze rationaliteit dat men kan spreken van de rationalisering van de leefwereld. Daaronder verstaat Habermas het feit dat door middel van rationele discussie onderdelen van onze interpretatiekaders of van de 'achtergrondconsensus' waartegen ons handelen voortdurend plaatsvindt steeds meer aan de vanzelfsprekendheid ontrukt en expliciet thematiseerbaar en kritiseerbaar kunnen worden.

De strekking van deze zienswijze is duidelijk: Habermas verzet zich niet zozeer tegen de eerste vorm van rationalisering als zodanig. Hij juicht deze juist toe omdat zij kan leiden tot een verregaande ontlasting van het communicatieve handelen. Maar de eerste vorm van rationalisering moet wel gelegitimeerd worden in een voortdurende discussie daarover, die zelf door de tweede vorm van rationaliteit wordt bepaald. Anders gezegd: de systeem-rationaliteit van de moderne samenleving mag geen macht op zichzelf worden, maar dient steeds gecontroleerd te worden door een consensus daarover die op een communicatief rationele wijze tot stand is gekomen. Dit geldt tevens voor de gezondheidszorg: Habermas waardeert de wetenschappelijke en technologische ontwikkelingen binnen de geneeskunde positief, zolang de grenzen en reikwijdte van deze ontwikkelingen maar onder controle staan van een voortdurend debat daarover, waarbinnen niet alleen aan de instrumenteel-technische, maar ook aan de normatieve en ethische aspecten van de geneeskunde recht wordt gedaan.[13] Hij staat echter zeer kritisch tegenover een verzelfstandiging van de wetenschappelijk-technische ontwikkelingen in de geneeskunde. In dat kader spreekt hij ook van 'therapeutisering' als één van de kenmerken van een samenleving, waarin de verzelfstandigde systeemrationaliteit de rationalisering van de leefwereld blokkeert of in de weg staat. Wanneer de mensen niet langer de gelegenheid hebben om de werkelijkheid waarin zij leven adekwaat te interpreteren om zo hun weg daarin te vinden, speelt de medische praktijk dikwijls een belangrijke rol in het 'aanpassen' van de mensen aan eisen van hun omgeving. Gezondheidszorg gaat dan als smeermiddel van het systeem functioneren om de schade van de 'kolonisering van de leefwereld' door het systeem te neutraliseren.[14]

Op dit moment kan reeds worden opgemerkt dat het van het grootste belang is het verschijnsel professionalisering op een evenwichtige wijze te beschouwen vanuit beide perspectieven. Wie er uitsluitend naar kijkt vanuit systeem-perspectief is geneigd het professionaliseringsvraagstuk vooral te beschouwen als een economisch of als een machtsvraagstuk en dreigt de ethische en normatieve aspecten van dit vraagstuk te verwaarlozen. Wie daarentegen uitsluitend naar het verschijnsel kijkt vanuit het perspectief van de leefwereld dreigt de structurele aspecten van de problematiek te veronachtzamen. Zo geldt bijvoorbeeld voor het veld van de gezondheidszorg, dat ermee gerekend moet worden, dat

[13] Vgl. Habermas J. *Theorie des kommunikativen Handelns - Band 1: Handlungsrationalität und gesellschaftliche Rationalisierung.* Frankfurt a/M. 1981, p.342v.

[14] Habermas J. *Theorie des kommunikativen Handelns - Band 2: Zur Kritik der funktionalistischen Vernunft.* Frankfurt a/M. 1981, p.533v.



de kwaliteit van moderne medische voorzieningen een niet meer terug te draaien specialisatie en technologische ontwikkeling veronderstelt. De hedendaagse gezondheidszorg heeft alle kenmerken van een systeem.[15] Maar anderzijds staan deze verregaande 'technologisering' en 'specialisering' niet op zichzelf, maar worden ze gedragen door allerlei fundamentele opvattingen omtrent gezondheid en ziekte, de zin van het menselijk leven en de plaats van het lijden daarin en de betekenis van lichamelijke en psychische gezondheid voor het functioneren van mensen in de samenleving.

In deze studie zal nadrukkelijk een poging worden gedaan dat wat bij Habermas als het systeem-perspectief en het leefwereld-perspectief naast elkaar staat integraal te behandelen. Daarom willen wij in deze studie een normatieve visie op de professie ontwikkelen. Dat wil niet zeggen dat wij een levensbeschouwelijke studie over professionele autonomie willen presenteren. Integendeel. Waar het ons om gaat is de intrinsiek normatieve aspecten van het medische handelen en de medische praktijk zichtbaar te maken teneinde op basis daarvan aanbevelingen te doen voor het beleid ten aanzien van de professie. Daarbij is het duidelijk dat vooral voor de beleidsmatige vraag naar de beheersbaarheid het systeemperspectief relevant is, maar dat deze benadering niet op zichzelf kan blijven staan en dient te worden geplaatst binnen een breder kader.

3.3 Twee benaderingen

In het voorafgaande hebben wij een tweetal elementen als wezenlijk voor het begrip 'professie' opgevat. En wij hebben gewezen op een zekere parallel tussen beide elementen en de opvatting dat men de medische praktijk vanuit een systeem-perspectief en vanuit een leefwereld-perspectief kan beschouwen. In onze studie zullen wij iets soortgelijks doen. In het tweede deel zullen wij een normatief-wijsgerige beschouwing geven over wat in onze ogen constitutief is voor de medische praktijk. Men zou deze benadering behalve normatief-wijsgerig ook 'socio-logisch' kunnen noemen in de betekenis waarin Gremmen dit begrip gebruikt[16]: het zoeken naar de constituerende logica van (de regels zoals ze gelden voor) een bepaalde sociale praktijk of levensvorm. Daarnaast kan men een meer empirische beschrijving geven van de feitelijke autonomie van de professie. Dit zou men de (empirisch-)sociologische benadering kunnen noemen. Deze benadering komt men bijvoorbeeld tegen in de sociologie van de professionalisering, waarop wij hieronder kort willen ingaan. In onze studie zullen wij ons vooral vanuit economisch perspectief met deze empirisch-descriptieve benadering bezighouden (deel 3). In de komende paragrafen willen wij een korte inleidende beschouwing geven over beide benaderingswijzen.

3.3.1 De empirisch-sociologische invalshoek

Het ligt voor de hand het verschijnsel 'professionele autonomie' in eerste instantie vanuit

[15] Vgl. Strijbos S. The individual and the collective in health care: a problem of systems ethics. *Systems Research* 11 (1994) no.3, p.67-75.

[16] Gremmen B. *The mystery of the practical use of scientific knowledge*. Z.p. 1993 (proefschrift Universiteit Twente), p.83.

sociologische invalshoek te bestuderen. In een dergelijke analyse staan vragen centraal als: hoe komt een professie tot stand?; hoe weet een professie allerlei speciale bevoegdheden en privileges te verkrijgen of af te dwingen?; waarop is de macht van een professie gebaseerd?; hoe kunnen de overheid en andere publieke organisaties invloed uitoefenen op de professie? Het zal duidelijk zijn dat een dergelijke analyse ook onmisbaar is. In ons onderzoek staat bijvoorbeeld de vraag centraal of men voor een adekwate beheersing van de kosten van de gezondheidszorg de professionele autonomie van de arts ongemoeid kan laten. Een dergelijke vraag bezit een nadrukkelijk empirisch-sociologisch aspect. Belangrijke aandachtspunten in dat onderzoek zouden moeten zijn in hoeverre de professionele autonomie kostenverhogend werkt. Een andere vraag zou kunnen zijn in hoeverre de structuur van het zorgstelsel doortrokken is van de professionele autonomie van de arts? Verder zou moeten worden gekeken naar de vraag in hoeverre de toenemende verwachtingen van mensen ten aanzien van de medische professie ook een kostenverhogende werking hebben aan de vraagzijde: welke waarde hechten de potentiële cliënten van de professie aan hun gezondheid en welke claim leggen zij daarmee op het medische handelen? In hoeverre wordt de medische professie niet ook gedwongen om een overdaad aan medische handelingen te verrichten om zich in te dekken tegen tal van risico's en de toenemende druk van schade-claims op grond van medische fouten? Met name de toenemende neiging om gezondheid op te vatten als een product van medisch handelen en de arts/patiënt-relatie steeds meer op te vatten als een relatie tussen een producent en een consument van een bepaald product,[17] leidt tot een toenemende druk van de vraagzijde op publieke middelen.

De belangrijkste onderzoeker op het gebied van de sociologische benadering is de amerikaanse socioloog Eliot Freidson. Volgens hem verwijst het begrip 'professionele autonomie' naar een uiterst complex verschijnsel, dat zich niet gemakkelijk laat omschrijven of definiëren. Beslissend voor het verschijnsel van de 'professionele autonomie' is volgens hem evenwel de toekenning van (een monopolie op) bepaalde bevoegdheden, rechten en privileges aan een beroepsgroep door de overheid (als uiteindelijke bron van macht en autoriteit in de moderne samenlevingen) door middel van een stelsel van vergunningen.[18] "(H)et enig werkelijk belangrijke en uniforme criterium waardoor professies zich van andere beroepen onderscheiden, (is) hun autonomie - een positie van wettige zeggenschap over het eigen werk. Deze autonomie is niet absoluut, afhankelijk als ze is voor haar voortbestaan van de tolerantie en zelfs de bescherming door de staat, en niet noodzakelijkerwijze alle terreinen van de beroepsactiviteit omvattend".[19] Professionele autonomie heeft zo bezien betrekking op de zeggenschap over het eigen werk, die door de overheidsmacht is gesanctioneerd en in het zorgstelsel is vastgelegd (hfdst. 5).

Deze minimale voorwaarde om van een professie in nadrukkelijke zin te kunnen spreken, brengt in ieder geval een strenge selectie tot stand. Zo kan men binnen tal van

[17] Zie voor de uitwerking van de tegenstelling tussen *contract* en *convenant* (m.b.t. de vraag of de arts-patiënt-relatie een contract- of een vertrouwensrelatie is) bijv.: Agich GJ. Rationing and professional autonomy. *Law, Medicine & Health Care* 18 (1990) no.1-2, p.77-84.

[18] Freidson E. *Professional dominance. The social structure of medical care*. New York 1970, p.83v.

[19] Freidson E. *De medische professie. Een studie van de sociologie van de toegepaste kennis*. Lochem/Poperinge 1981, p.85.

beroepsgroepen een sterke professionalisering waarnemen, veelal tot uitdrukking komend in de vastlegging van bepaalde opleidingseisen waaraan voldaan moet zijn wil men bepaalde beroepen kunnen vervullen. Te denken valt aan verpleegkundigen, verloskundigen[20], maar ook aan directie-secretaresses, officieren[21], leraren[22] etc. In al deze gevallen is sprake van steeds striktere omschrijvingen van de professionele competenties die vereist zijn om het betreffende beroep te kunnen uitoefenen. Toch is in de meeste van deze gevallen geen of slechts zeer beperkt sprake van het ontvangen van speciale, wettelijk geregelde bevoegdheden.[23] Daarom kan in al deze gevallen weliswaar gesproken worden van professionalisering, maar (nog?) niet van een professie in strikte zin.

Overigens impliceert de zienswijze van Freidson tevens dat de 'professionele autonomie' altijd afgeleid - verleend - en daarmee dus niet absoluut is. Anders gezegd: de professionele autonomie van de arts als zakelijk verschijnsel is wettelijk ingekaderd. Wanneer de overheid tot een veranderde wetgeving overgaat, kan dat ingrijpende consequenties hebben voor de autonomie van de professie.

Naast het feit dat het begrip 'professionele autonomie' verwijst naar de verhouding tussen de overheid en een professie, laat Freidson zien, dat de zeggenschap over het eigen werk, die met de professionele autonomie gegeven is, betrekking kan hebben op twee onderscheiden aspecten daarvan. Voor de professionele autonomie is wezenlijk de zeggenschap over de *technische uitvoering* van het eigen werk. De zeggenschap over de *politiek-economische organisatie* van het werk kan van land tot land ingrijpend verschillen.[24]

Met het feit dat de autonomie van een professie afhankelijk is van de overheid en van wetgeving, is al aangegeven dat autonomie een betrekkelijke zaak is. Sociologisch spreekt men dan ook zeer dikwijls van 'relatieve autonomie'. Ook Rockwell Schulz en Stephen Harrison wijzen daarop, wanneer zij stellen: "Autonomy, therefore, needs to be discussed in terms of its limits. There are two dimensions to such limits: who sets them? and what are they?"[25]

De sociologische 'definitie' van het begrip 'professionele autonomie' heeft een sterk relativerende ondertoon in verhouding tot het meer pretentieuze, 'normatieve' gebruik van de term, zoals bijvoorbeeld in de beroepscode van artsen. Een kritische behandeling van de term 'professionele autonomie' vanuit een normatieve invalshoek dient zich daarom tevens te verantwoorden in de richting van een door de sociologische beschouwingswijze

---

[20] Zie Klinkert (1980).

[21] Teitler G. *De wording van het professionele officierskorps - Een sociologisch-historische analyse*. Rotterdam, 1974.

[22] Tacq J. *Is de hedendaagse leraar een professional - Een oratorische vraag, Politica* 25 (1975) p.77-98; Leune JMG. *Onderwijsbeleid onder druk - Een historisch-sociologisch onderzoek naar het opereren van lerarenverenigingen in het Nederlands onderwijsbestel*. Groningen 1976.

[23] Hier moet men wellicht een uitzondering maken voor verloskundigen - en in de wet BIG ook voor verpleegkundigen - die men tot de medische professies zou kunnen rekenen.

[24] Freidson (1981) p.36v, i.h.b. p. 53v.

[25] Schulz R & Harrison S. Physician autonomy in the Federal Republic of Germany, Great Britain and the United States. *International Journal of Health Planning and Management* 2 (1986) p.337.

geïnspireerde 'ideologie-kritische' benadering.[26]

3.3.2 De normatieve invalshoek[27]

Hoe belangrijk de sociologische invalshoek ook moge zijn, zij kan de normatieve vraag naar de professionele autonomie niet verdringen. Men kan naast het onderzoeken van de feitelijke macht en autonomie van de professies ook vragen naar de legitimiteit van deze macht. De vraag naar de normatieve grondslag van de speciale bevoegdheden en privileges van een professie behoudt een eigen, onherleidbaar karakter. Deze vraag vormt daarom ook de rechtvaardiging van een specifiek filosofische invalshoek in het onderzoek naar de autonomie van de medische professie. In dit onderzoek zal die vraagstelling in eerste instantie worden behandeld aan de hand van een nadere bezinning omtrent de specifieke verantwoordelijkheden van de arts ten opzichte van de patiënt die een beroep doet op zijn hulp of bijstand.

Om misverstanden te voorkomen willen wij eerst nog wat nader ingaan op het specifieke karakter van de normatieve invalshoek. Met ons pleidooi om ook de normatieve vragen recht te doen, willen wij niet de suggestie wekken dat men kan scheiden tussen het (empirische) 'Sein' en het (normatieve) 'Sollen'. Wij willen dus ook niet suggereren dat men enerzijds wetenschappelijk (waardevrij) kan onderzoeken wat professionele autonomie is en anderzijds normatief (levensbeschouwelijk) stelling kan innemen ten opzichte van de legitimiteit ervan. Veeleer is het zo dat reeds het wetenschappelijke onderzoek zich laat leiden door wat wij later in deze studie 'regulatieve gezichtspunten of principes' zullen noemen en daarmee zelf ten volle een normatief geladen activiteit is. Tegelijk willen wij laten zien dat de normatieve legitimiteit van de professionele autonomie uit de aard der zaak volgt. Zoals wij nog uitvoerig zullen aantonen is het onherleidbare karakter van de ethisch gekwalificeerde zorg die de arts geacht wordt aan de patiënt te verlenen een normatieve grond voor de mate van autonomie die de arts heeft. De onoverdraagbaarheid van zijn verantwoordelijkheid (en daarmee tevens de niet-afdwingbaarheid ervan) vormt de grond voor de autonomie van de arts. Wij zullen in deze studie een poging doen deze zaken aan het licht te brengen door middel van wat wij een 'structuur-analyse van de medische praktijk' zullen noemen.

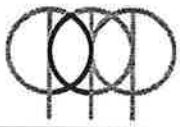
Het belang van een dergelijke, normatieve benadering wordt nog onderstreept door het feit dat het begrip *professionele autonomie* of de daarmee aangeduide zaak in de beroepsopvatting van de professies dikwijls een belangrijke rol speelt. Professionele autonomie verwijst dus niet alleen naar een empirisch verschijnsel, maar ook naar een voor dat verschijnsel legitimerend kader. Men kan dit voor wat de medische professie betreft illustreren aan de hand van de *Europese medisch-ethische code*[28]:

---

[26] Voor deze meer ideologie-kritische benadering verwijzen wij graag naar de studie van L.J.M. Cornelissens (zie noot 4).

[27] Het begrip 'normatief' heeft in onze beschouwingen een bredere betekenis dan het begrip 'ethisch'. De ethische wijze van ervaren en beoordelen vormt slechts één van de normatieve ervarings- en beoordelingswijzen.

[28] Beaufort ID de & Dupuis HM (red.). *Handboek Gezondheidsethiek*. Assen/Maastricht 1988, p.651v.



Artikel 5

Zowel in zijn rol van raadgever als in zijn rol van zorgverlener moet de arts volledige professionele vrijheid van handelen hebben en moeten de technische mogelijkheden en morele omstandigheden aanwezig zijn die hem dit mogelijk maken.

Indien aan die voorwaarden niet wordt voldaan, moet de patiënt daarvan op de hoogte worden gesteld.

Tegenover de meer empirische benadering van professionele autonomie valt in dit artikel het accent sterk op het normatieve. Voor zijn functioneren als arts (i.e. als lid van zijn professie), moet de arts volledige vrijheid van handelen hebben. En wordt zijn functioneren belemmerd, dan moet hij de patiënt hiervan op de hoogte brengen. De arts moet dus alle ruimte hebben om die adviezen te geven en die behandelingsplannen ten uitvoer te brengen die hij op basis van zijn kennis en ervaring het beste acht voor de patiënt. En de laatste moet erop kunnen vertrouwen, dat de arts voor hem doet wat in zijn vermogen ligt. Mocht nu bijvoorbeeld de overheid besluiten bepaalde behandelingsmethoden niet beschikbaar te stellen in het pakket basisvoorzieningen, dan wordt daarmee de vrijheid van handelen van de arts beperkt. Dit moet hij aan de patiënt kunnen meedelen: ik sta hier machteloos, want de maatschappij gunt u de behandeling niet, die ik voor u geïndiceerd acht.[29]

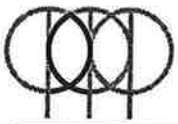
Het is duidelijk dat in deze omschrijving van professionele autonomie een grote claim ligt opgesloten: om zijn roeping te kunnen vervullen, moet de arts volledige vrijheid van handelen hebben. Het geciteerde artikel beschrijft deze handelingsruimte, waarbinnen de arts autonoom (= zelfbepalend) is in termen van een bezit (het *hebben* van vrijheid) en in termen van de uit dat bezit voortvloeiende mogelijkheden. Daarin ligt een zekere eenzijdigheid.

Immers, wat is de grondslag voor deze claim tot het hebben van volledige handelingsvrijheid? De grondslag voor de claim op professionele vrijheid of autonomie is gelegen in het feit dat de arts in staat gesteld moet worden zijn professionele roeping maximaal te vervullen. Duidelijk is in ieder geval, dat in de roeping van de arts de patiënt en zijn welbevinden centraal staat. Anders gezegd: de roeping van de arts ligt primair daarin te doen wat in zijn vermogen ligt voor de patiënt die aan zijn zorg is toevertrouwd. Zulks mag ook blijken uit de eerste twee artikelen van de *Europese medisch-ethische code*:

artikel 1

De arts heeft tot taak te waken over de lichamelijke en geestelijke gezondheid van de mens en diens lijden te lenigen in eerbied voor het menselijk leven en de

[29] Mocht de arts in kwestie vinden dat het niet verstrekken van de geïndiceerde behandeling of therapie in strijd is met zijn professionele verantwoordelijkheid, dan staan hem drie mogelijkheden ter beschikking: 1) de behandeling toch te geven en de juridische consequenties daarvan te trekken (een vorm van burgerlijke ongehoorzaamheid); 2) met zijn beroep te stoppen, omdat de beroepsuitoefening volgens zijn eigen morele code onmogelijk gemaakt wordt (gewetensbezwaren?); 3) de politieke besluitvormers te overtuigen van het feit dat de beschikbaarheid van de betrokken therapie wezenlijk is voor een goede uitoefening van de professionele competentie.



menselijke persoon, ongeacht leeftijd, ras, religie, nationaliteit, sociale status, politieke overtuiging of enig ander kenmerk, en dat zowel in vredes- als in oorlogstijd.

artikel 2
Bij de uitoefening van de geneeskunde staan de medische belangen van de zieke voorop. De arts zal zijn medisch kennen en kunnen uitsluitend aanwenden ter verbetering of bescherming van de gezondheid van diegenen die zich op hun eigen verzoek aan zijn zorgen toevertrouwen; dit mag hun geen nadeel berokkenen.

Wanneer men oog heeft voor deze grondslag van de professionele autonomie, wordt duidelijk dat het begrip 'autonomie' binnen deze context belangrijke misverstanden kan oproepen. Het legt immers sterk de nadruk op de rechten en de privileges van de arts, i.p.v. op de voorwaarden die het hem mogelijk moeten maken zijn roeping naar behoren te vervullen.[30] Alleen al om die reden zou het voorkeur verdienen om de woorden 'professionele autonomie' met de grootst mogelijke terughoudendheid in de mond te nemen. De professie mag de ruimte claimen die zij nodig heeft om haar roeping te vervullen. De erkenning van die claim mag echter nooit door de professie als een voorwaarde worden gehanteerd voor de vervulling van haar roeping. In dat geval wordt de discussie rond professionele autonomie te zeer door belangen overheerst. Dit is de situatie die thans dreigt.

Daartegenover stellen wij dat de erkenning van de professionele autonomie moet volgen uit de aard van de professionele roeping zèlf en dat eventuele claims gerelateerd dienen te zijn aan de ruimte die de professie voor het vervullen van zijn roeping nodig heeft. Dat zou tevens impliceren dat men zich in de discussies omtrent de professionele autonomie van de arts niet moet fixeren op de vraag naar de grenzen van die autonomie en de beperkingen die eraan gesteld (zouden moeten) worden en dat men veel meer aandacht dient te geven aan de vraag onder welke voorwaarden de arts zijn roeping het

[30] Als voorbeeld van het feit dat de professie zelf mede debet is aan dit misverstand mag de reactie van de KNMG op het rapport Biesheuvel dienen; KNMG. Commentaar naar aanleiding van het rapport-Biesheuvel en het kabinetsstandpunt. *Medisch Contact* 49 (18 maart 1994) no.11. De KNMG legt in haar reactie op dit rapport veel nadruk op de 'professionele verantwoordelijkheid' van de arts. Zij gaat daarbij uit van het 'primaire hulpverleningsproces': de arts-patiëntrelatie. Het organisatorische kader van de gezondheidszorg moet dit primaire proces (ook omschreven als de spil of as) niet doorbreken. Binnen dit primaire proces heeft de arts een grote verantwoordelijkheid, namelijk om "zorg te verlenen en medische handelingen te verrichten zodanig dat hij aan eisen van kwaliteit (met daarbij inbegrepen de eis van doelmatigheid) voldoet. Die verantwoordelijkheid is hem als professional toebedeeld op grond van zijn deskundigheid en vaardigheid en is niet overdraagbaar". Voor een belangrijk deel lijkt de inzet van de KNMG-reactie gelegen te zijn in de direct daarop volgende argumentatie: "Deze verantwoordelijkheid kan hij slechts waarmaken indien de professie als geheel - binnen zekere maatschappelijke spelregels en waar nodig met relevante maatschappelijke groeperingen - de ruimte krijgt om te formuleren wat goede medische zorg is (onder andere door standaarden, protocollen, consensusontwikkeling etc.) en wat een goede medische opleiding is (onder andere door eindtermen, opleidingseisen, etc.)".
De reactie als geheel lezend kan men zich niet aan de indruk onttrekken, dat de KNMG zich steeds daar bezorgd toont over een afname van de professionele verantwoordelijkheid waar aan de vrijheid of *professionele onafhankelijkheid* van de arts of van de professie getornd wordt, terwijl daar waar de arts in sterkere mate verantwoordelijk gesteld dreigt te worden voor onderdelen van de gezondheidszorg de KNMG vooral lijkt te wijzen op de verantwoordelijkheid van andere deelnemers in het veld.

beste kan vervullen.

Overigens moet er in dit verband op gewezen worden dat een pleidooi om vooral te spreken van *professionele verantwoordelijkheid* in plaats van *professionele autonomie*[31] niet tot de conclusie leiden mag, dat beide begrippen synoniem zijn. Hubben wijst erop dat de "gelijkschakeling van de begrippen professionele autonomie en professionele verantwoordelijkheid (...) verwarrend" werkt.[32] Hij meent dat het vanzelfsprekend is, dat de arts verantwoordelijk is voor zijn handelen en bepleit daarom het spreken over professionele autonomie te beperken tot het terrein van de professionele deskundigheid van de arts. Wij zijn geneigd ons bij dit pleidooi aan te sluiten. Bij professionele autonomie gaat het erom welke beslissingsruimte wettelijk gewaarborgd moet zijn en welke middelen beschikbaar gesteld dienen te worden voor een adekwate uitoefening door de arts van zijn professionele deskundigheid.

Met al deze opmerkingen hebben wij overigens nog geen problemen opgelost, maar hoogstens voor ons uit geschoven. Door het begrip 'roeping' zo centraal te stellen ligt de bewijslast nu bij de vraag of op een steekhoudende wijze inzicht geboden kan worden in de geheel eigen taak van de arts. Het vervolg van deze studie zal moeten bewijzen of we hierin geslaagd zijn. Op dit punt van ons betoog kunnen wij nog niet veel meer doen dan het belang van deze benadering naar voren brengen. Aan het slot van deze paragraaf willen wij graag vier redenen geven, die dit belang kunnen onderstrepen.

In de eerste plaats gaan achter de beroepsopvatting van de medische professie en haar macht in onze samenleving impliciete opvattingen en overtuigingen schuil omtrent de aard en betekenis van gezondheid, ziekte, en zorg. Men kan achter de hedendaagse gezondheidszorg een *ethos* ontwaren. Een beschrijving van dat ethos kan veel duidelijkheid verschaffen omtrent de huidige vragen en dilemma's rond de gezondheidszorg.[33]

In de tweede plaats kan er binnen de normatieve benadering bezinning plaats vinden omtrent de vraag welke elementen van het medische handelen *geëigend* en welke *niet geëigend* zijn. Immers, als wij er in slagen de inherente normativiteit van de medische praktijk inzichtelijk te maken, moeten daaruit conclusies volgen voor de vraag wat in eigenlijke zin medisch is en wat niet. Daarmee kan deze benadering een belangrijke bijdrage leveren aan de problematiek rond de grenzen van de zorg.

Binnen een dergelijke benadering is het in de derde plaats mogelijk om een kritisch standpunt te ontwikkelen rond verschijnselen als *deskundologisering* (medicalisering), *juridificering* en *economisering* van de geneeskunde.[34]

Tenslotte kan een dergelijke benadering binnen de huidige situatie, waarin de gezondheidszorg steeds meer de eigenschappen gaat aannemen van een complex en

---

[31] Vgl. KNMG. Professioneel kiezen. *Medisch Contact* 47 (1992) no.3, p.95; zie ook bijv. Dupuis HM. Professionele autonomie en de vrijheid van medisch handelen. *Medisch Contact* 46 (1991) no.42, p.1247-9.

[32] Hubben JH, Roscam Abbing HDC (red.). *Gezondheidsrecht in perspektief*. Utrecht: De Tijdstroom 1993, p.65-72.

[33] Vgl. Werkgroep Ethiek van de Vereniging voor Filosofie en Geneeskunde (VFG). *Bereidheid tot bezinning - Beschouwingen naar aanleiding van het rapport van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid 'Grenzen aan de zorg'*. VFG 1989, p.56v.

[34] Vgl. Habermas (1981) Bd. II, p.522v.; zie ook: Kunneman H. *Humanisme, postmodernisme en het deskundologische regime*. Utrecht 1989 (inaugurele rede).

anoniem systeem, keuzemomenten expliciet maken en daarmee de schijn van autonomie, die aan allerlei ontwikkelingen in de gezondheidszorg kleeft, doorprikken.

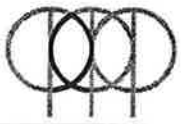
Wij zullen aan deze normatieve benadering inhoud geven door een *structuuranalyse* te maken van het *professionele handelen* binnen de *medische praktijk*. Wat onder de begrippen 'structuuranalyse', 'handelen' en 'praktijk' verstaan moet worden is kort weergegeven in de eerste paragraaf van hfdst. 4. (een uitgebreide verantwoording hiervan is te vinden in Achtergrondstudie 2 bij dit rapport). Vervolgens zullen we in hfdst. 4 de genoemde begrippen nader toespitsen op de medische praktijk en de diverse verantwoordelijkheden schetsen die op het gebied van de gezondheidszorg bestaan.

3.4 Het professionele autonomie-dilemma

In het voorafgaande hebben we twee benaderingen van het verschijnsel 'professionele autonomie' geschetst. Daarbij hebben we erop gewezen dat men het begrip 'professionele autonomie' in tweeërlei zin kan opvatten:
1) professionele autonomie als een begrip dat het mogelijk maakt kenmerken van bepaalde beroepsgroepen in de moderne samenleving sociologisch te beschrijven. In de moderne samenleving worden individuen steeds afhankelijker van experts ('Expertenkultur'; 'professionalisering', 'deskundologie' etc.). Deze experts verwerven zich daardoor een machtspositie, die hun een (onevenredig?) grote invloed geeft op het maatschappelijk gebeuren, en die gekenmerkt wordt door bijzondere rechten en/of privileges.
2) professionele autonomie als een ideaal voor een bepaald type beroepen en de wijze van uitoefening daarvan. In sommige beroepen is een (min of meer persoonlijke) vertrouwensrelatie tussen professional en cliënt van een dermate grote betekenis, dat veel belang gehecht wordt aan een solide basis voor dat vertrouwen in de vorm van een normatieve beroepsstandaard of -code, vastgelegd in een gedragscode, gepaard aan interne, professionele toetsing. Dit ideaal (waaraan in ethische codes im- of expliciet gerefereerd wordt) wordt door de leden van de professie dikwijls benut als grond voor de legitimering van hun privileges en bijzondere status.

Aan de tweede opvatting (professionale autonomie als beroepsideaal) zijn doorgaans een aantal claims inherent, die door de leden van de professie worden aangevoerd ter verdediging van hun vrijheid en privileges: "First, the claim is that there is such an unusual degree of skill and knowlegde involved in professional work that nonprofessionals are not equipped to evaluate or regulate it. Second, it is claimed that professionals are responsible - that they may be trusted to work conscientiously without supervision. Third, the claim is that the profession itself may be trusted to undertake the proper regulatory action on those rare occasions when an individual does not perform his work competently or ethically. The profession is the sole source of competence to recognize deviant performance, and it is also ethical enough to control deviant performance and to regulate itself in general. Its autonomy is justified and tested by its self-regulation".[35]

[35] Freidson E. *Profession of medicine - A study of the sociology of applied knowledge*. New York 1975[8], p.137. Vgl. Freidson (1970) p.93v.



Men kan zich afvragen in hoeverre deze claims terecht zijn. Zo stelt Freidson in de reeds aangehaalde studie: "I believe that expertise is more and more in danger of being used as a mask for privilege and power rather than, as it claims, as a mode of advancing the public interest".[36] Ook Klinkert legt een soortgelijke scepsis aan de dag wanneer hij vraagt naar de verklaring van de "hoge positie van het medische beroep in de samenleving": "Na het voorafgaande willen wij antwoorden, dat de autonomie van de professie hierin uiterst belangrijk is. Deze immers maakt het de samenleving onmogelijk de legitimeringen welke vanuit de professie worden gegeven voor haar bevoorrechte positie op hun waarheid te onderzoeken".[37] Het is dus de moeite waard om de claim van een professie om haar vertrouwen te schenken vanwege haar zelf-regulerend vermogen, kritisch te onderzoeken. Is dit zelf-regulerend vermogen werkelijk zo sterk als wordt gesuggereerd? Een dergelijke vraagstelling komt neer op het (ideologie-)kritisch onderzoeken van het ideaal van professionele autonomie. Zijn de claims terecht of dienen zij er slechts toe een ander belang te versluieren?[38]

Resumerend: Freidson spreekt over de *professional self-regulation* als over de *test of autonomy*. Zijn de claims van de professie ten aanzien van haar autonomie terecht, gedeeltelijk terecht of onterecht? Als de claims slechts gedeeltelijk terecht zijn, voor welk gedeelte dan? En voor zover de claims terecht zijn: hoe staat het met de invulling ervan en wat kan daaraan verbeterd worden?

In dit verband zal het basis-dilemma blijken te zijn, dat de claim - hoe terecht op zichzelf ook - een splijtend effect heeft: zij kan de kracht van de professie vormen, maar tegelijk de structurele zwakte van de professie versluieren. Men kan het zelfregulerend vermogen van de professie slechts versterken en stimuleren als men in staat is de individuele leden van de professie ertoe te bewegen op een niet defensieve wijze om te gaan met hun eigen tekortkomingen en fouten. Slechts daar waar de professie en haar individuele leden bereid zijn tot een verregaande verantwoording van hun handelen, kan men hun een verregaande zelfstandige verantwoordelijkheid voor hun handelen toevertrouwen. Daar waar zij evenwel ons vertrouwen vragen om niet met haar/hun eigen tekortkomingen te worden geconfronteerd is argwaan op zijn plaats.

Daarmee lijken een aantal uitgangspunten genoemd die op dit moment op brede consensus mogen rekenen. Zo stelt het kabinet in het rapport *Grenzen van de zorg*: "Ons staat een tussenweg voor ogen waarbij de overheid de ontwikkelingen van wetenschap en praktijk actief volgt en bovendien het kader schept waarbinnen de ontwikkelingen plaats kunnen vinden maar voorshands voldoende ruimte laat aan de zelfregulerende activiteiten

---

[36] Freidson (1975) p.337.

[37] Klinkert JJ. *Inleiding in de medische sociologie*. Assen/Maastricht: Van Gorcum 1988[4], p.69; Vgl. Klinkert JJ. *Macht van artsen - Een bezorgde verkenning van een professie*. Assen: Van Gorcum 1974.

[38] "(H)ence, unlike all other comparable fields of societal practice, the quality of medical services both needs to be externally controlled and remains to a considerable extent inaccessible to such controls. Subjective, i.e., ethos-directed selfcontrol, seems therefore particularly important. At the same time a closer examination reveals that such self-control is very difficult to achieve. Ethical obligations do not come with earmarked limits". Delkeskamp-Hayes C. Is medicine special, and if so, what follows?. An attempt at rational reconstruction. In: Delkeskamp-Hayes C & Gardell Cutter MA (ed.). *Science, technology, and the art of medicine*. Dordrecht/Boston/London 1993, p. 293.

van de professie".[39] En in het rapport *Medisch handelen op een tweesprong* van de Gezondheidsraad staat te lezen: "Het medisch handelen bevindt zich op een 'tweesprong'. De beroepsgroep heeft de keuze: of nu zelf orde op zaken stellen of dulden dat de overheid, de verzekeraars of het ziekenhuis-management het initiatief overnemen". En even verder: "Verbetering van het medisch handelen is in de eerste plaats een taak van de beroepsgroep zelf".[40] En ook de artsenorganisaties lijken zich bewust van deze uitgangspunten. Zo merkt de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst in haar reactie op het 'rapport-Biesheuvel' op dat de bereidheid tot het afleggen van verantwoording behoort tot de professionele autonomie van de arts.[41]

Daarmee komen wij tot een voorlopige conclusie: wij zullen in deze studie kiezen voor het professionele model. Dat wil zeggen dat wij menen dat de medische professie een belangrijke mate van autonomie toekomt voortvloeiend uit haar verantwoordelijkheid voor het welzijn van de patiënt en de onbaatzuchtigheid die voor de vervulling van een dergelijke verantwoordelijkheid is vereist. Maar voor de blijvende erkenning en respectering van deze autonomie is een grote mate van bereidheid tot het afleggen van verantwoording vereist. Dit betekent dat al die kostenbeheersende maatregelen die gericht zijn op een nadere verantwoording van het medische handelen en de kwaliteit daarvan in al haar aspecten, niet strijdig zijn met het beginsel van de professionele autonomie.

[39] *Grenzen van de zorg - Regeringsstandpunt inzake het advies van de Ziekenfondsraad, de Nationale Raad voor de Volksgezondheid en de Gezondheidsraad*. Tweede Kamer, vergaderjaar 1987-1988, 20620, nrs. 1-2. Den Haag 1988, p.14.

[40] Gezondheidsraad. *Medische handelen op een tweesprong*. Den Haag 1991, p.12v. In dit rapport wordt veel nadruk gelegd op het belang van een 'toetsbare opstelling' van artsen (pp. 10v, 29v, 43v, 53v).

[41] KNMG (1994) p.369v.

HOOFDSTUK 4
Medische praktijk en verantwoordelijkheid van de arts

Samenvatting

Bij onze poging inzicht te verwerven in de interne normativiteit van de medische praktijk, maken wij gebruik van een begrippenkader dat uitvoerig wordt uiteengezet in de achtergrondstudie 'Handelen, praktijk en verantwoordelijkheid', die wij aan ons rapport hebben toegevoegd.

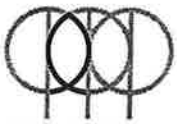
Het begrip 'praktijk' in de samenstelling medische praktijk hebben wij in een specifieke zin opgevat. Wij hebben ons verzet tegen de subsumptie-theoretische opvatting van praktijk, waarin dit begrip wordt begrepen in termen van de toepassing van wetenschappelijke kennis van empirische regel- of wetmatigheden. De medische praktijk zou dan bestaan in een toepassing van de medische wetenschap in de praktijk van het medische handelen.

In ons betoog sluiten wij echter aan bij de definitie die MacIntyre geeft van het begrip 'praktijk': elke samenhangende en gecompliceerde vorm van sociaal gevestigde, menselijke samenwerkings-activiteit, waardoor goederen die aan die vorm van activiteit inherent zijn worden gerealiseerd door middel van het nastreven van die kwaliteits-maatstaven ('standards of excellence'), die eigen zijn aan en gedeeltelijk definiërend zijn voor die vorm van activiteit met het resultaat dat de menselijke vermogens om uit te blinken in de realisatie van die goederen èn het menselijke begrip van de betrokken doelen en goederen, systematisch wordt uitgebreid.

In aansluiting bij recente filosofische inzichten vatten wij het begrip 'praktijk' op in termen van een 'competent performance'. Praktijken worden mogelijk gemaakt en begrensd door principes en regels, die competenties vastleggen. De kritiseerbaarheid van het handelen binnen een bepaalde praktijk wordt niet bepaald door de expliciete formulering van de daarvoor geldende regels, maar door het impliciete regelbewustzijn, dat iemand in staat stelt zijn competentie uit te oefenen ('the competence is in the performance').

Bij onze verdere uitwerking van dit praktijk-begrip maken wij een onderscheid tussen constitutieve (kwalificerende en funderende) en regulatieve principes. Onder de eerste principes verstaan wij die welke het mensen mogelijk maken zich binnen praktijken omtrent hun handelen te verantwoorden. Het zijn de principes die voor een bepaalde praktijk gelden en die de grond vormen voor de kritiseerbaarheid van het handelen binnen die praktijk. Regulatieve principes zijn veeleer die basisovertuigingen, die mensen motiveren om aan bepaalde praktijken deel te nemen en zich binnen die praktijken ook daadwerkelijk aanspreekbaar op te stellen.

Binnen praktijken kan men echter een verscheidenheid aan constitutieve principes onderscheiden. Deze kan men nader indelen in principes die op een kwalificerende en die op een funderende wijze constitutief zijn. Onder het kwalificerende principe van een praktijk verstaan wij dat type van normativiteit of die beoordelingswijze, die de bestemming van een bepaalde praktijk uitmaakt. Dat wil zeggen dat de realisering en positivering van alle voor een bepaalde praktijk geldende (funderende) principes en normen hun uiteindelijke richting ontvangen vanuit het kwalificerende principe. Waar het economische principe van de spaarzaamheid tot de funderende principes van de medische praktijk behoort, wordt de vraag wat in de medische praktijk onder spaar-



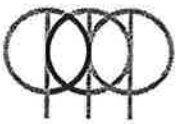
zaamheid moet worden verstaan bepaald door het kwalificerende principe van de medische praktijk: spaarzaamheid is een zo doelmatig mogelijk gebruik van middelen om mensen wel te doen ('benevolence' als het kwalificerende principe van de medische praktijk).

Met het in kaart brengen van de constitutieve principes is de inherente normativiteit van een praktijk nog niet uitputtend behandeld. Behalve de vraag welke principes voor een bepaalde praktijk gelden kan de mens de vraag stellen waarom deze principes gelden. De basisovertuigingen dienaangaande, die wij hebben aangeduid met het begrip ethos, maken de regulatieve zijde uit van de normativiteit van een bepaalde praktijk. Behalve naar de voor een praktijk constitutieve principes kan men ook vragen naar de regulatieve principes en levensbeschouwelijke gezichtspunten, die bepalend zijn voor de richting waarin een bepaalde praktijk zich ontwikkelt, de eisen die mensen eraan stellen en de verwachtingen die zij ervan hebben.

Met behulp van dit analytische kader hebben wij vervolgens een analyse van de medische praktijk gemaakt. De eerste consequentie van onze zienswijze is, dat wij de medische praktijk (de geneeskunst) niet langer opvatten als de toepassing van de medische wetenschap (de geneeskunde). Veeleer dient men de medische praktijk op te vatten als een complex verschijnsel waarin een veelheid van principes en regels gelden. Deze stand van zaken is mede mogelijk gemaakt door de totstandkoming en ontwikkeling van andere (funderende) praktijken, die in de medische praktijk zijn voorondersteld. Het medische handelen laat dan ook een grote verscheidenheid aan beoordelingswijzen toe. Voor ons onderzoek was het de uitdaging om na te gaan welke van deze beoordelingswijzen voor het medische handelen kwalificerend en welke funderend zijn.

Allereerst hebben wij laten zien dat de medische praktijk als een complex sociaal verschijnsel is opgebouwd rond een kern die door ons als de medische grondsituatie of, met de KNMG, als het primaire medische proces is aangeduid. Deze kern bestaat in de arts/patiënt-relatie die ontstaat in het moreel gekwalificeerde appèl dat de patiënt doet op de arts als hulpverlener vanuit een ervaring van verstoring in het lichamelijke of psychische functioneren. Deze ervaring van verstoring doet zich voor in de alledaagse leefwereld of in de dagelijkse ervaring en is dus niet theoretisch gekwalificeerd. Daarmee is de verstoring zoals die op dit niveau ervaren wordt de primaire aanleiding tot het medische handelen.

Het principe dat de aldus opgevatte medische praktijk kwalificeert is het ethische of morele principe van de zorg of meer specifiek van de 'benevolence'. Onder een principe verstaan wij - zoals gezegd - de kern van een beoordelingswijze, het criterium dat de onherleidbare eigenheid of dimensie van een beoordelingswijze uitmaakt. Voor het ethische hebben wij deze kern met Puolimatka omschreven als een normatieve houding die het welzijn van de ander als intrinsiek waardevol beschouwt.
Naast het morele principe als het kwalificerende principe van de medische praktijk staat het medisch handelen ook veel andere beoordelingswijzen toe. Anders gezegd: de medische praktijk in haar huidige historische gestalte veronderstelt de uitkristallisering van een groot aantal andere praktijken en de bijbehorende maatstaven en criteria. Zo kan het medisch handelen tevens wetenschappelijk, technologisch, economisch en/of juridisch beoordeeld worden. Met deze vier beoordelingswijzen noemen wij precies die welke door ons expliciet aan de orde gesteld zijn. Voortdurend ligt het gevaar op de loer dat deze praktijken en hun beoordelingsmaatstaven de medische praktijk overwoekeren. In dat geval kan men respectievelijk spreken van een verwetenschappelijking, een vertechnisering, een vereconomisering of een juridificering van de medische praktijk.



Het is daarom van belang in te zien dat deze aspecten slechts in een funderende zin constitutief zijn en hun realisering onder de leiding dient te staan van het kwalificerende aspect.

Uit de hierboven globaal beschreven analyse van de medische praktijk volgt een tweetal principes dat richtinggevend kan zijn voor de beoordeling van beheersinstrumenten op het terrein van de kostenontwikkeling binnen de gezondheidszorg. In de eerste plaats maakt deze analyse het mogelijk de onoverdraagbare kern van de onderscheiden verantwoordelijkheden in en rond de medische praktijk zichtbaar te maken. Daarmee kan tevens inzichtelijk gemaakt worden in welke zin de autonomie-claim van de professie uit de aard van de professionele verantwoordelijkheid gerechtvaardigd is. In de tweede plaats kan men de verschillende dimensies binnen deze specifiek gekwalificeerde verantwoordelijkheid zichtbaar maken vanuit het beginsel van de simultane realisatie van normen.

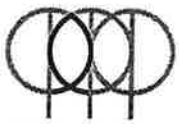
Tenslotte willen wij wijzen op het richtinggevende ethos binnen de moderne gezondheidszorg. In dat kader vragen wij vooral aandacht voor de mythe van de totale beheersing en de daarmee samenhangende technologische imperatief. In onze samenleving waar het 'internal good' van de medische praktijk steeds meer wordt gedefinieerd in termen van welbevinden, geluk of zelfontplooiing en niet in de eerste plaats in termen van een herstel naar aanleiding van verstoringen in het lichamelijk of psychisch funktioneren, dreigt een ernstige overschatting en overvraging van het medische handelen. In dat kader wijzen wij op een verwarring van gezondheid met heil. Wij zouden daartegenover een ethos willen bepleiten dat zich ten aanzien van de mogelijkheden en verwachtingen met betrekking tot het medische handelen terughoudend opstelt. Dat impliceert volgens ons tweeërlei: 1) een zekere bescheidenheid ten aanzien van de mogelijkheden tot technische beheersing van ziekte en gezondheid en een daaruit voortvloeiende terughoudendheid in het medisch handelen; 2) een verdiepte bezinning op en verbreding van de discussie over de plaats van de gezondheidszorg in onze moderne samenleving. Dit laatste vereist tevens een nadere verantwoording aangaande het richtinggevende ethos binnen de huidige medische praktijk.

4.1 Inleiding

Teneinde iets te kunnen zeggen over de structurele kenmerken van de medische praktijk is het noodzakelijk eerst het praktijk-begrip zelf kritisch onder de loep te nemen. Daarbij verzetten wij ons tegen een traditionele opvatting van het praktijk-begrip vanuit de tegenstelling tussen 'theorie' en 'praktijk'. Deze opvatting kan als de 'subsumptie-theoretische opvatting' worden aangeduid[1] en wordt gekenmerkt door de volgende vooronderstellingen:

1) de rationaliteit van het handelen wordt bepaald door de mate waarin het op wetenschappelijke kennis is gebaseerd;
2) de praktische werkzaamheid van de kennis is gebaseerd op haar nomologische karakter;
3) de werkzaamheid van de kennis wordt gegarandeerd door de stringente scheiding tussen waarden en feiten: wetenschappelijke kennis bestaat in een neutrale verklaring van

[1] Vgl. Gremmen B. *The mystery of the practical use of scientific knowledge*. Z.p. 1993 (proefschrift Universiteit Twente).



feitelijke standen van zaken.

De subsumptie-theoretische opvatting heeft een aantal consequenties die haar ongeschikt maken voor een adequaat begrip van de medische praktijk. De belangrijkste daarvan is de scheiding tussen rationaliteit en normativiteit. Handelen is rationeel voorzover het is gebaseerd op nomologische kennis omtrent wetmatige samenhangen in de empirische werkelijkheid en in die zin normatief neutraal. Normatieve vragen hebben niet zozeer betrekking op de rationele keuze van middelen, maar op de keuze van de doelen die met behulp van die middelen worden nagestreefd. Daardoor blijft de intrinsieke normativiteit van praktijken buiten beeld. De praktische bruikbaarheid van kennis heeft volgens deze opvatting met de levensbeschouwelijke geladen keuze van doelen niets te maken.

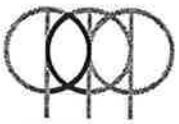
Wij zoeken daarentegen aansluiting bij de definitie die MacIntyre geeft aan het begrip 'praktijk'[2]: elke samenhangende en gecompliceerde vorm van sociaal gevestigde, menselijke samenwerkings-activiteit, waardoor goederen die aan die vorm van activiteit inherent zijn worden gerealiseerd door middel van het nastreven van die kwaliteitsmaatstaven ('standards of excellence'), die eigen zijn aan en gedeeltelijk definiërend zijn voor die vorm van activiteit met het resultaat dat de menselijke vermogens om uit te blinken in de realisatie van die goederen èn het menselijke begrip van de betrokken doelen en goederen, systematisch worden uitgebreid.

Dit begrip van praktijk kan nader inzichtelijk gemaakt worden met behulp van concepten als 'taalspel', 'levensvorm', 'competentie', 'performance', 'constitutieve (kwalificerende en funderende) en regulatieve regels'. Het verband tussen deze termen willen wij hieronder kort toelichten. Voor een uitgebreide verantwoording van deze begrippen verwijzen wij naar de achtergrondstudie over *Praktijk, handelen en verantwoordelijkheid*.

Menselijk handelen kan (in tegenstelling tot menselijk gedrag) worden beschouwd als iets dat 'interne beoordelingen' toelaat. Dat wil zeggen dat het handelen van mensen geleid wordt door regels die een kritische beoordeling van dat handelen mogelijk maken en die intentioneel betrokken zijn op dat handelen: berust het handelen op een juist of onjuist inzicht in de werkelijkheid; is het al dan niet geslaagd of adequaat; is het moreel aanvaardbaar of verwerpelijk; is het economisch verantwoord etc.? Met andere woorden: handelen is in tegenstelling tot gedrag kritiseerbaar op grond van de voor dat handelen constitutieve regels.

Wanneer wij hier het begrip 'regels' gebruiken bedoelen wij niet primair expliciet geformuleerde normen, wetten of handleidingen. Onder regels verstaan wij in eerste instantie wat in de linguïstiek vaak wordt aangeduid met behulp van het begrip 'competenties'. Of er van een regel sprake is maakt men niet uit door te vragen naar de expliciete formulering ervan, maar door de vraag of er sprake is van een competentie die men beheerst. De vraag of iemand goed viool spelen kan wordt ook niet bepaald door de

[2] MacIntyre A. *After virtue. A study in moral theory*. London 1985², p.187: "By a 'practice' I am going to mean any coherent and complex form of socially established cooperative human activity through which goods internal to that form of activity are realized in the course of trying to achieve those standards of excellence which are appropriate to, and partially definitive of, that form of activity, with the result that human powers to achieve excellence, and human conceptions of the ends and goods involved, are systematically extended".



mate waarin hij kan vertellen hoe hij viool speelt ('knowing that'), maar door de mate waarin hij het vioolspel beheerst ('knowing how'). In die zin spreken wij van praktijken in termen van 'competent performances'.

Dit betekent dat men praktijken kan beschouwen als levensvormen, dat wil zeggen als complexen van (impliciete of expliciete) regels (competenties) die handelingen en de beoordeling daarvan mogelijk maken. Daarbij wordt iedere praktijk gekenmerkt door een 'internal good', dat de kwaliteitsmaatstaven voor het handelen binnen die praktijk of levensvorm vastlegt. Men kan dit 'internal good' nader expliciteren als de *bestemming* (bestemmingsfunctie) van de betreffende praktijk.

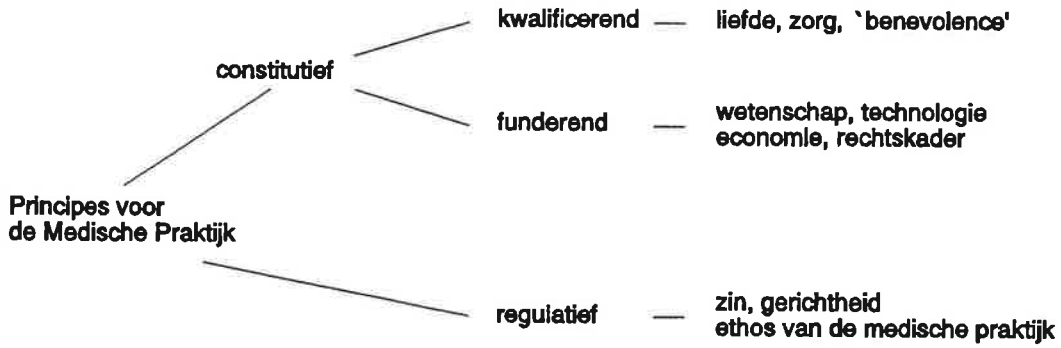
Nu kan men aan iedere praktijk een veelheid van *aspecten* onderscheiden. Onder 'aspecten' moet hier worden verstaan: wijzen van beoordeling. Men kan het medische handelen van de arts economisch, juridisch, ethisch of esthetisch beoordelen. En deze opsomming is niet uitputtend. Een economische beoordeling houdt in dat men het handelen van de arts bijvoorbeeld beoordeelt onder het gezichtspunt van spaarzaamheid. Een juridische beoordeling houdt in dat men het handelen beoordeelt onder het gezichtspunt van rechtvaardigheid of legitimiteit. En een ethische beoordeling houdt in dat men het handelen van de arts beoordeelt in termen van de mate waarin het welzijn van de ander centraal staat in dat handelen (zorg, *benevolence*).

De hierboven genoemde gezichtspunten kan men beschouwen als de principes die de normatieve kern uitmaken van een bepaalde beoordelingswijze. Normen, regels, conventies en dergelijke vatten wij op als de historisch variabele uitwerkingen of positiveringen van deze normatieve beoordelingswijzen voor specifieke vormen van handelen.

De genoemde beoordelingswijzen in hun verscheidenheid worden mogelijk gemaakt door het feit dat de principes die er de normatieve kern van uitmaken en de regels, normen en conventies als de historische uitwerkingen daarvan voor het handelen in kwestie gelden. Anders gezegd: de genoemde principes en regels zijn voor het handelen in kwestie constitutief. Alleen de wijze waarop zij constitutief zijn is niet steeds dezelfde. Om dat inzichtelijk te maken brengen wij een onderscheid aan tussen principes, regels (normen, voorschriften e.d..) die constitutief zijn in een *funderende* zin en in een *kwalificerende* zin. Principes en regels die in een *funderende* zin constitutief zijn, zijn in het handelen wel vooronderstelde, maar maken niet de bestemming van dat handelen uit. Dat laatste geldt wel voor principes en regels die in een *kwalificerende* zin constitutief zijn. Deze principes en regels maken de *bestemming* (of de bestemmingsfunctie) van de betreffende praktijk uit (zie Figuur 1).

Om een voorbeeld te noemen: wanneer men het handelen van een huisarts die zijn patiënten zelden naar een specialist verwijst *economisch* beoordeelt, is de kans groot dat men zijn handelen bijzonder spaarzaam zou kunnen noemen. De huisarts in kwestie lijkt weinig kosten te genereren. Wanneer echter blijkt dat er in zijn patiëntenkring relatief veel patiënten overlijden, zal niemand willen verdedigen dat het hier gaat om een kwalitatief excellente arts. Met andere woorden: hoezeer het economische principe van de spaarzaamheid ook geldig is voor het medische handelen van de arts, het is niet het principe dat in een kwalificerende zin constitutief is voor dat handelen. Immers, in het handelen van de arts dient de (medische) zorg voor de patiënt centraal te staan.

Figuur 1. Principes voor de medische praktijk



Naast de constitutieve regels onderscheiden wij principes die regulatief zijn voor praktijken. Immers, de vraag naar de intrinsieke normativiteit van praktijken gaat niet op in de vraag naar de principes en regels die daarvoor constitutief zijn. De vraag welke principes en regels voor een bepaalde praktijk gelden gaat noodzakelijk gepaard met de vraag *waarom* deze regels voor die praktijk gelden. Anders gezegd: men kan bij het speuren naar de intrinsieke normativiteit van praktijken niet stoppen wanneer men de regels die een gegeven praktijk mogelijk maken heeft gevonden.

De genoemde regulatieve sfeer (of: de regulatieve zijde van normativiteit) heeft met andere woorden betrekking op de gronden of basisovertuigingen, die mensen hebben om de geldigheid van de principes en regels voor bepaalde, gegeven praktijken te erkennen en te respecteren. Deze gronden zijn zelf levensbeschouwelijk bepaald in die zin dat zij niet meer zonder meer kunnen worden afgeleid uit het feit dat bepaalde praktijken gegeven zijn. De vraag waarom wij aan bepaalde praktijken deelnemen en waarde hechten aan de in die praktijken te realiseren goederen, kan zelf niet zonder meer in termen van deze praktijken worden verantwoord. Hier spelen levensbeschouwelijke gezichtspunten met betrekking tot het goede leven en de bestemming van mens en werkelijkheid een beslissende rol. Het gaat hier om de grondhouding of het *ethos* van waaruit de mens zich verhoudt tot de normativiteit van de praktijken waarin hij zich beweegt. Dit ethos moet volgens ons beschouwd worden als het antwoord dat de mens geeft op het feit dat hij de werkelijkheid ervaart in een grote verscheidenheid van dingen, gebeurtenissen, handelingen en praktijken en de daarmee gegeven principes, regels en beoordelingswijzen, terwijl deze verscheidenheid tevens lijkt te verwijzen naar een samenhang. Naar onze mening is dit levensbeschouwelijke antwoord ten diepste van religieuze aard. Daarbij vatten wij religie op in termen van de ex-centriciteit van het mens-zijn: het mens-zijn is fundamenteel een antwoord-zijn op een in de ervaring van de werkelijkheid op de mens afkomend appèl ten aanzien waarvan hij zijn verantwoordelijkheid beseft. Religie is daarmee voor ons een structuur-begrip, dat op zichzelf nog niets zegt over de richting van dat antwoord (par. 2.1.7).

Met behulp van het aldus uiteengezette praktijk-begrip kunnen we een analyse maken

van de medische praktijk.

De *kwalificerende* regels voor de medische praktijk zijn die regels, die aan het medisch handelen zijn specifieke karakter geven. Zij kunnen beschouwd worden als positiveringen van het principe dat de kern vormt van dat aspect van het medische handelen dat als het *kwalificerende* aspect kan worden aangeduid. Het zijn de regels die het medische handelen als specifiek type van handelen *mogelijk maken* en *begrenzen*. Dit begrenzen moet niet direct in restrictieve zin gelezen worden: veeleer gaat het namelijk om de regels die bepalen wat medische handelingen zijn in eigenlijke zin.

De *funderende* regels zijn regels die het medische handelen in zijn actuele historische vorm mogelijk maken en die in de specifieke aard van het medische handelen zijn voorondersteld zonder zelf van medisch karakter te zijn. Hier gaat het met andere woorden om positiveringen van principes die gelden voor de zogenaamde funderende aspecten van de medische praktijk. Deze regels ontvangen hun specifieke grenzen en kleuring van de kwalificerende regels. *Regulatieve* principes geven tenslotte richting aan de ontsluiting[3] van het medische handelen in overeenstemming met zijn zin of interne bestemming.

In dit hoofdstuk zullen wij kwalificerende, funderende en regulatieve principes behandelen in drie aparte paragrafen. In iedere paragraaf zal tevens een bepaalde fase van het medisch handelen ter sprake gebracht worden: de klacht en de anamnese, de diagnose, en tenslotte de indicatiestelling en het behandelingsplan.[4] Daarmee willen wij niet suggereren dat de kwalificerende regels slechts betrekking hebben op de klacht enz., maar veeleer laten zien, dat in de onderscheiden fases van het medisch proces ook verschillende aspecten van het medische handelen in het bijzonder op de voorgrond treden zonder dat zij zich uitsluitend en alleen in die fase zouden voordoen. In de klacht en de anamnese treedt vooral het feit naar voren, dat het medisch handelen ingrijpt in de dagelijkse leefwereld van de patiënt vanuit een evenzeer in het dagelijkse leven opkomende klacht. Dit wordt door ons verbonden met wat wij de *medische grondsituatie* noemen of wat ook wel het *primaire medische proces*[5] genoemd wordt. Hier willen wij naar de voorwaarden en principes zoeken die voor het medisch handelen kwalificerend zijn.

Het belang van wetenschap en techniek als funderende praktijken van het medische

---

[3] In termen van Dooyeweerds 'modaliteitenleer' duidt het begrip 'ontsluiting' het proces aan "waarin de modale aspecten van een ding worden geopend in de richting van latere aspecten; het is met andere woorden het proces waarin de anticipaties op latere aspecten worden verwerkelijkt". Woudenberg R van. *Gelovend denken. Inleiding tot een christelijke filosofie*. Kampen/Amsterdam: Kok/Buijten & Schipperheijn 1992, p.177.

[4] In een bijlage bij het rapport Nationale Raad voor de Volksgezondheid. *Indicatiestelling en zorg op maat*. Zoetermeer 1994, wordt het zorgproces als volgt ingedeeld:
1. signalering zorgbehoefte/aanmelding zorgvraag
2. verheldering van de zorgvraag (anamnese, nader onderzoek)
3. vaststelling van de behoefte = diagnosestelling
4. vaststelling van de indicatie (behoefte x zorg)
5. indicatiebeoordeling/zorgtoewijzing
6. zorgrealisatie
7. eventuele bijstelling van de zorg (via herindicatie of tussentijdse evaluatie)
8. beëindiging van de zorgverlening
9. evaluatie van de zorgverlening.

[5] KNMG. Professioneel kiezen. In: *Medisch Contact* 47 (17 januari 1992) no.3.

handelen treedt vooral naar voren in de *diagnose* en daarop volgende fasen (*indicatiestelling*, *behandelingsplan* en *therapie*). Immers, in deze fasen van het medische proces valt in eerste instantie het feit op dat er in de medische praktijk sprake is van zeer gespecialiseerde kennis en wetenschappelijk redeneren en beslissen.

Tenslotte willen wij nog ingaan op de richting of gerichtheid van het medisch handelen. Daarbij gaat het ons om de wijdere context van het medische. Immers, met de functie die de medische praktijk kwalificeert is de richting van haar ontwikkeling nog niet bepaald. Deze is veeleer afhankelijk van de wijze waarop de betrokkenen de medische praktijk geplaatst zien in de wijdere samenhang van de werkelijkheid en al haar aspecten. Daarbij komen vragen aan de orde als: wat is het uiteindelijke ideaal dat men met het medisch handelen wil bereiken? Gaat het er in de medische praktijk om patiënten te verzorgen en waar mogelijk te herstellen van een verstoring die zij in de dagelijkse gang van zaken ervaren of reiken de doelen van het medisch handelen verder dan dat? Hier gaat het dus eigenlijk om de verhouding tussen de *behandelingsdoelen* die een rol spelen in de individuele arts/patiënt-relatie en de interne *bestemming* van het medische handelen als zodanig.

4.2 Het kwalificerende principe voor de medische praktijk

Om de kwalificerende regels voor de medische praktijk te kunnen vinden, moet men zich afvragen wat de medische praktijk specifiek medisch maakt. Ten aanzien van deze vraag moet men wijzen op het fundamentele belang van de medische klacht. Met de klacht doet de patiënt een beroep op de arts om hem te helpen.[6] Daarom kan men hier met Lindeboom van de 'medische grondsituatie' spreken: "De medische grondsituatie is overal daar, waar een zieke een arts om hulp vraagt. De zieke is een mens, die door zijn lichamelijke of geestelijke gesteldheid in nood verkeert. Hij vraagt in die nood de hulp van iemand, van wie hij mag veronderstellen, dat hij die geven kan en wil".[7] Op het onderscheiden van deze medische grondsituatie is ook het onderscheid tussen geneeskunst en geneeskunde gebaseerd: "De geneeskunst is zo oud als de mensheid en ontstond uit de nood van het dagelijkse leven der mensen. De geneeskunde is de wetenschap, die aan de geneeskunst een redelijke basis tracht te geven".[8] De patiënt uit een klacht en doet met die klacht een appèl op de bereidheid van de arts om hem te helpen. Het is met andere woorden de klacht die de relatie tussen arts en patiënt tot stand brengt.

4.2.1 Alledaagse ervaring

Op het eerste gezicht lijken deze opmerkingen triviaal. Toch zijn ze van essentieel belang. Zij geven immers het kader aan van het medische handelen. Daarover kunnen twee dingen

---

[6] Strijbos S. *Het technische wereldbeeld. Een wijsgerig onderzoek van het systeemdenken*. Amsterdam: Buijten & Schipperheijn 1988 (proefschrift Vrije Universiteit), p.189: "De klacht 'ik-ben-ziek' verwijst enerzijds naar de situatie die de betrokkene zeer persoonlijk ervaart, maar houdt anderzijds een appèl in op de medemens".

[7] Strijbos S (red.). *De medische ethiek in de branding. Een keuze uit het werk van Gerrit Arie Lindeboom*. Amsterdam: Buijten & Schipperheijn 1992, p.121v.

[8] Strijbos (1992) p.32.

gezegd worden. In de eerste plaats is de klacht een zaak die primair begrepen moet worden vanuit 'het dagelijkse leven der mensen'. In de tweede plaats brengt het appèl van de patiënt op de arts een bijzonder soort relatie tot stand.

De eerste opmerking is van belang om voortdurend onderscheid te blijven maken tussen het niveau van de dagelijkse ervaring en de vormen van kennen en ervaring die in de medische praktijk functioneren. De klacht komt voort uit het dagelijkse leven en de verstoringen, die daarin optreden. De patiënt bevindt zich in nood[9] en geeft daarvan signalen in de taal van zijn eigen waarnemingen en ervaringen. De arts moet de kunst verstaan aan dit geheel eigen niveau recht te doen.

Daarom is het goed de verschillende niveaus van ervaren, kennen en reflectie binnen de medische praktijk adekwaat te onderscheiden: "we can discern at least four aspects (or levels), which are involved in the diagnostic process, namely:
- the story of the patient
- clinical diagnostic reasoning and decision making
- theoretical models
- basic premisses on which these models are based".[10]

Men kan deze niveau's ook als volgt typeren: 1) de alledaagse ervaring (leefwereld); 2) de klinische kennis; 3) wetenschappelijke kennis; 4) filosofische reflectie.

Voor de medische grondsituatie betekent dit vooral dat de klacht waarmee de patiënt naar de arts toegaat op het eerste niveau geplaatst moet worden. In termen van de wijsgeer Herman Dooyeweerd zou men dit niveau kunnen aanduiden met de term 'naïeve ervaring'. Daarbij is deze term nadrukkelijk niet in pejoratieve zin bedoeld, maar betekent zij zoveel als: voor-wetenschappelijk.[11] Zij staat voor de wijze van ervaren en ondervinden, waarin wij ons altijd al bevinden en waarin wij de werkelijkheid ervaren als een zinvol, samenhangend geheel. Met dat laatste is niet bedoeld dat de werkelijkheid voor ons in de alledaagse ervaring altijd in een existentiële betekenis zinvol is. Wel is er mee bedoeld dat de zin en de samenhang in de werkelijkheid voor ons geen *theoretisch* probleem vormen. Mochten wij in ons dagelijks leven ervaringen hebben van zinloosheid of van een gebrekkig functioneren van ons lichaam of van onze geest, dan ervaren wij die in de eerste plaats als *verstoringen* van een normale gang van zaken. Om iets als een verstoring te kunnen ervaren is een dagelijkse ervaring van de zin en samenhang van de werkelijkheid voorondersteld: de dagelijkse gang der dingen wordt onderbroken. Anders gezegd: de dagelijkse ervaring van zin en samenhang (normaliteit) is een mogelijkheidsvoorwaarde voor het ervaren van verstoringen.

Met het begrip verstoring is een belangrijk punt aan de orde gesteld: het feit dat ziekte

---

[9] Daarbij is het duidelijk dat de term 'nood' hier een breed skala van klachten aanduidt, variërend van 'een aanhoudende hoest' tot levensbedreigende situaties die dermate acuut zijn, dat de patiënt zelf niet eens in staat is om de klacht te uiten of om hulp te vragen.

[10] Glas G. 'Clinical practice and the complexity of medical knowledge', paper presented at the First World Congress 'Medicine and Philosophy: Sciences, Technologies and Values', May 30 - June 4, 1994, Paris; vgl. Glas G. *Concepten van angst en angststoornissen. Een psychiatrische en vakfilosofische studie*. Lisse/Amsterdam: Swetz & Zeitlinger 1991.

[11] Woudenberg R van. *Gelovend denken. Inleiding tot een christelijke filosofie*. Kampen/Amsterdam: Kok/Buijten & Schipperheijn 1992, p.127.

verstaan moet worden als een *desintegratie*-verschijnsel.[12] Ziekte tast het gave aan. Vaak wordt dan ook gewezen op de samenhang tussen begrippen als 'ziekte' en 'normaliteit': ziekte doorbreekt het normale. Voor ons betoog is van belang dat deze samenhang vast zit op het concept van de 'alledaagse ervaring' als een 'normaliteitservaring'. In de klacht komen de ervaringen van desintegratie en verstoring die de patiënt heeft tot uitdrukking.

4.2.2 'Illness' en 'disease'

Ons pleidooi om aan het niveau van de klacht ('het verhaal van de patiënt') recht te doen betekent niet dat wij een 'subjectivering' van de medische praktijk zouden voorstaan. De mens is niet (vanzelfsprekend) zo ziek als hij zich voelt. Om die reden is het niet uitgesloten dat het - om recht te doen aan de klacht - noodzakelijk is om een patiënt die niet gebaat is bij medisch ingrijpen (bijvoorbeeld omdat de klacht uiting is van andere problemen dan direct medische) niet medisch te behandelen. Ook kan het tot de adekwate reacties op een klacht behoren dat de arts de patiënt op zijn verantwoordelijkheden wijst om bijvoorbeeld gezonder te leven. De veelgeroemde autonomie van de patiënt moet niet in die zin worden misverstaan, dat de patiënt recht heeft op de door hemzelf gewenste behandeling. Om die reden kan de arts er niet omheen voor zichzelf een beoordeling te maken van de klacht, hoe moeilijk het ook is om de grens te bepalen tussen klacht en wens.

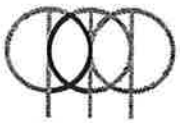
Daarom willen wij er hier met klem op wijzen dat wat wij hierboven de 'medische grondsituatie' hebben genoemd (de patiënt die zich met zijn klacht wendt tot de arts) niet tot de conclusie mag leiden, dat de klacht de grond vormt voor het handelen van de arts. Weliswaar is het de verantwoordelijkheid van de arts goed naar de klacht te luisteren en deze naar waarde te schatten, maar daaruit mag niet worden afgeleid dat de klacht de norm is voor het handelen van de arts. Men zou dit ook zo kunnen zeggen: ook de klacht van de patiënt is genormeerd en laat een interne beoordeling toe, hoe moeilijk dat ook is en hoe voorzichtig en tactisch een arts op dit terrein ook dient te zijn.

Waar wij het hier hebben over de verhouding tussen subjectieve en objectieve elementen rond de klacht kan tevens gewezen worden op een gangbaar onderscheid in de engelstalige literatuur tussen *illness* en *disease*. Daarbij duidt het eerste begrip op de subjectief ervaren ziekte, de tweede daarentegen op de medisch gediagnostiseerde ziekte.[13] Overigens wordt hier het probleem vertaald in termen van subjectiviteit (gevoel) en objectiviteit (wetenschappelijke bewijsvoering). Onzes inziens is het onderscheid tussen alledaagse ervaring enerzijds en de klinische of wetenschappelijke benadering daarvan anderzijds meer verhelderend. Daarbij is het duidelijk dat de klacht veelal geuit wordt in alledaagse ervaringstermen: ik voel mij misselijk; ik heb pijn in mijn buik; ik voel mij moe en lusteloos etc. Op basis van deze aanwijzingen - en een uitgebreider gesprek daarover

---

[12] Popma KJ. Zonde en ziekte. In: *Wijsbegeerte en Anthropologie*. Amsterdam 1963, p.235. Volgens Popma heeft 'ziekte' dit gemeen met 'zonde': "Zowel zonde als ziekte zijn als desintegratie te verstaan: beide bevatten dit element, dat het gave, het integere, wordt gedesintegreerd. Beide zijn vormen van 'ontgaving', hoeveel verschil ze overigens ook vertonen".

[13] Vgl. Thung PJ. Gezondheid als ziekte. Twee wisselvallige begrippen en hun relaties. In: Beaufort ID de & Dupuis HM (red.). *Handboek gezondheidsethiek*. Assen/Maastricht: Van Gorcum 1988, p.121-133; zie ook Toombs SK. *The meaning of illness*. PM 42. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers 1993.



- moet de arts zich een beeld vormen van de kwaal.

Het 'verstaan van de klacht' en het pogen om zich door het gesprek met de patiënt (de anamnese) een helder beeld te vormen van de klacht is een kunst op zichzelf. Daarin wordt een beroep gedaan op veel meer vermogens van de arts dan alleen zijn academische vorming. Wat minstens even belangrijk is, is alledaagse mensenkennis. Met betrekking tot de klacht staat de arts in eerste instantie op gelijk niveau als de patiënt: op het niveau van het 'alledaagse in de wereld zijn'.

Wanneer wij zeggen dat de medische grondsituatie wordt gevormd door de patiënt die zich met zijn klacht tot de arts wendt, dan betekent dat tevens dat de behandeling van de klacht de inzet moet zijn van het medisch handelen. Anders gezegd: medisch handelen is er op gericht een adekwaat antwoord te vinden op de klacht van de patiënt. Dat betekent niet alleen dat het belangrijk is een goede diagnose te stellen en tot een juiste indicatiestelling te komen, maar niet minder dat de arts in al deze handelingen recht blijft doen aan de alledaagse ervaring als het niveau waarop de klacht geuit is.

4.2.3 Asymmetrische relatie

Het tweede punt waar wij aandacht voor vroegen was het bijzondere karakter van de relatie tussen arts en patiënt. Immers, de patiënt doet een beroep op de arts omdat hij in nood verkeert. Nu zijn er onderscheiden gradaties in die nood: een wrat is iets anders dan een hart-infarct, maar als regel mag men veronderstellen dat de patiënt zich in een zwakke, kwetsbare positie bevindt. Het veelvuldig spreken over de rechten en de autonomie van de patiënt verandert daar niet veel aan.

Dit gegeven heeft belangrijke consequenties. Om te beginnen volgt hieruit, dat de arts/patiënt-relatie een asymmetrische relatie is. Dit is geen normatieve uitspraak in die zin dat het om een hiërarchische relatie zou gaan. Het is evenmin een pleidooi voor paternalisme in de arts/patiënt-relatie. Men moet het veeleer interpreteren als een feitelijke uitspraak: door zijn nood is de patiënt afhankelijk, waardoor de arts een zekere macht over de patiënt bezit. Tegen die achtergrond is het begrijpelijk dat er de laatste decennia steeds meer aandacht is gekomen voor het beschermen van de rechten van de patiënt. Toch heeft een verregaande juridificering van het medisch handelen buitengewoon ongewenste neveneffecten. Daarom is het van groot belang aan het eigen karakter van de arts/patiënt-relatie recht te doen.

Sommigen menen dat de morele integriteit van de patiënt het beste gewaarborgd kan worden door de arts/patiënt-relatie te beschouwen als een *contract-relatie*.[14] Binnen deze opvatting zullen er weinig bezwaren bestaan tegen een verregaande juridische regulering van de medische relatie en de waarborging van de rechten van de verschillende partners. De patiënt wordt gezien als een *cliënt* die tegen betaling bepaalde diensten afneemt.

Het dominant worden van het contract-denken wordt ook gesignaleerd door Verkerk. Volgens haar worden het sociale en het politieke gedurende de moderniteit voornamelijk in contractuele termen gedacht: "De samenleving wordt opgevat als een verdrag dat wordt aangegaan door autonome individuen die er ieder een eigen particuliere conceptie van het

[14] Strijbos (1988) p.194v.; vgl. Agich GJ. Rationing and professional autonomy. *Law, Medicine & Health Care* vol.18, (1990) no.1-2, p.77-84.

goede leven op na houden. De motivatie tot samenleven is er één van wederzijds voordeel. Daarmee wordt de verhouding van het individu met de samenleving principieel een contingente en is zij altijd herroepbaar".[15] Termen als onpartijdigheid, neutraliteit, rationaliteit en abstractie zijn daarbij kenmerkend voor het moreel redeneren.

In zijn *theorie van het communicatieve handelen* laat Habermas zien dat het recht - hoewel het uiteindelijk in de leefwereld is gefundeerd - een vrije doortocht geeft aan instrumentele of strategische handelingsoriëntaties. De verzorgingsstaat tracht door middel van het recht tal van individuele rechten te garanderen om daardoor de sociale integratie te bevorderen, maar bevordert daarmee feitelijk een puur calculerend gedrag van de burger, waardoor de sociale integratie uiteindelijk ondergraven wordt.[16]

Wanneer men dit vertaalt naar de arts/patiënt-relatie kan men stellen dat contract-relaties zijn gebaseerd op een *strategisch* handelingsmodel. Binnen dit handelingsmodel stemmen subjecten hun handelingen onderling op elkaar af door '*egocentrische profijtberekeningen*' te maken.[17] Men zou het zo kunnen uitdrukken: strategisch handelen en in samenhang daarmee het contract-model is gebaseerd op *geïnstitutionaliseerd wantrouwen*. Ieder maakt voor zichzelf de afweging hoe hij het beste kan handelen en houdt daarin slechts rekening met de handelingen en plannen van anderen als empirische randvoorwaarden. De juridische regeling van de intermenselijke verhoudingen op dit niveau is gericht op het vergroten van de stabiliteit en voorspelbaarheid van handelingssystemen.

Strijbos zet de *contract-relatie* af tegen de *contact-relatie* als het gaat om de relatie tussen arts en patiënt. Immers, de arts/patiënt-relatie is primair een vertrouwensrelatie.[18] Het denken in termen van een contract-relatie doet namelijk te weinig recht aan de reële asymmetrie in die relatie. Dit betekent evenwel tegelijk dat het onvermijdelijk is te wijzen op de "normatieve structuur van de medische relatie": "Het contact-model verwijst naar de geldende normatieve structuur van de werkelijkheid en vormt als zodanig een wegwijzer voor herstel van de feitelijke situatie in de geneeskunde en een richtlijn voor haar voortgaande ontsluiting".[19] Het recht doen aan het eigen karakter van de arts/patiënt-relatie impliceert derhalve het besef, dat deze relatie een normatieve structuur bezit, die noch door de arts noch door de patiënt (subjectief) bepaald wordt.[20]

---

[15] Verkerk M. Zorg of contract: een andere ethiek. In: Manschot H en Verkerk M (red.). *Ethiek van de zorg - Een discussie*, Meppel/Amsterdam: Boom 1994, p.56.

[16] Habermas J. *Theorie des kommunikativen Handelns*. Frankfurt a/M. 1981, vol. II, p.522v.; vgl. ook: Habermas J. *Faktizität und Geltung*. Frankfurt a/M. 1992; 'Einleitung'.

[17] Koningsveld H & Mertens J. *Communicatief en strategisch handelen - Inleiding tot de handelingstheorie van Habermas*. Muiderberg: Coutinho 1986, p.77; vgl. B. Gremmen, *The mystery of the practical use of scientific knowledge*. Z.p. 1993 (proefschrift Enschede), p.66v.

[18] Kastelein WR. Het geheim in de gezondheidszorg. Juridische en morele aspecten van het beroepsgeheim. In: Beaufort ID de & Dupuis HM (1988).

[19] Strijbos (1988) p.195.

[20] Dit besef treedt ook naar voren in de inleiding van Manschot en Verkerk, waar wordt opgemerkt: "De ontwikkelingen in de zorg worden met name geleid door overwegingen van politieke opportuniteit en bureaucratische inventiviteit. De zorgsector wordt gekarakteriseerd door een vergaande institutionalisering die zich heeft voltrokken zonder enige expliciete normatieve argumentatie. Een theorie van de zorg *kan evenwel niet zonder deze normatieve argumentatie*" (cursivering van ons); Manschot & Verkerk (1994) p.8.

4.2.4 Arts/patiënt-relatie is ethisch gekwalificeerd

Daarmee rijst de vraag welke normatieve structuur voor de arts/patiënt-relatie geldt. Men kan deze vraag ook anders formuleren: welke regels zijn voor deze relatie *kwalificerend*? Gezien de aard van het appèl van de patiënt op de arts en de daarmee gegeven asymmetrie, dient men de arts/patiënt-relatie als een *zorg*-relatie te zien.[21]

Met het typeren van de relatie tussen arts en patiënt als een zorg-relatie, dat wil zeggen een relatie die door het ethische aspect wordt gekwalificeerd, wordt een begrip ter sprake gebracht, dat in hedendaagse discussies een belangrijke rol speelt. Tegenover benaderingen waarin veel nadruk wordt gelegd op de autonomie van de beide partners in de relatie, vragen sommigen opnieuw aandacht voor de betekenis van het begrip 'zorg' voor de medische praktijk.[22] Nu heeft dit begrip al oude papieren, bijvoorbeeld wanneer het gaat om de verhouding tussen genezen (*cure*) en verzorgen (*care*) in de gezondheidszorg en de bezinning rond de plaats van de verpleegkunde.[23] Maar juist met betrekking tot de huidige juridificeringstendens in de arts/patiënt-relatie (het *contract*-denken of het daarmee samenhangende *rechten*-discours) lijkt het begrip 'zorg' in de discussies een nieuwe actualiteit te krijgen. Dit willen wij laten zien door in te gaan op het 'zorg-debat' zoals dat bijvoorbeeld gestalte krijgt in de discussie tussen liberalen en 'communautarians'. Daarmee hopen wij tevens onze stelling dat *zorg* en daarmee het *ethische* kwalificerend is voor de medische praktijk meer inhoud te geven.

4.2.5 Het zorg-debat

Het debat is ontbrand naar aanleiding van het feit dat het autonomie-streven in de gezonheidszorg op zijn grenzen lijkt te zijn gestuit. In de ethische discussies rond de gezondheidszorg en de bio-ethiek stond de laatste decennia vooral de autonomie van de patiënt en de strijd tegen paternalisme centraal[24]: hoe kan het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt binnen het omvattende apparaat van een door professionals beheerste gezondheidszorg het beste gewaarborgd worden? Pellegrino verwoordt deze ontwikkeling als volgt: "For centuries, physician beneficence went unchallenged as the first principle of medical ethics. To be sure, some physicians had, at times, violated this principle. But no creditable ethical opposition was mounted until a quarter of a centuray ago when patient

---

[21] Met Dooyeweerd zou men kunnen spreken van een historisch gefundeerde maatschapsverhouding, gekwalificeerd door het ethische aspect; vgl. Dooyeweerd H. *De wijsbegeerte der wetsidee*, deel III. Amsterdam 1935, p.529; vgl. Woldring HES & Kuiper DTh. *Reformatorische maatschappijkritiek - Ontwikkelingen op het gebied van de sociale filosofie en sociologie in de kring van Nederlandse protestantisme van de 19e eeuw tot heden*, Kampen: Kok 1980, p.120; Strijbos omschrijft het door hem verdedigde contact-model als volgt: "arts en patient handelen met een wederzijdse afstemming van verantwoordelijkheden, onder gezaghebbende leiding van de arts, toetsend aan bovensubjectieve en gemeenschappelijke normbeginselen, waarin de ethische norm van liefde en zorg centraal staat". Strijbos (1988) p.196v.

[22] Manschot H. *Levenskunst of lijfsbehoud - Een humanistische kritiek op het beginsel van autonomie in de gezondheidszorg*. Utrecht 1992 (oratie); vgl. Manschot & Verkerk (red.) (1994).

[23] Vgl. Bishop AH & Scudder JR. *The practical, moral and personal sense of nursing - A phenomenological philosophy of practice*. Albany NY: SUNY Press, 1990; Curzer HJ. Is care a virtue for health care professionals? *The Journal of Medicine and Philosophy* 18 (1993) p.51-69; Jecker NS & Self DJ. Separating care and cure: an analysis of historical and contemporary images of nursing and medicine. *The Journal of Medicine and Philosophy* 16 (1991) p.285-306.

[24] Beauchamp TL & Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. New York: Oxford UP 1989[3], p.67-119.

autonomy was asserted as a *prima facie* moral principle of equal or greater weight than beneficence. Progressively since then, patient autonomy has become the dominant principle shaping physician-patient relationships".[25]

Een problematische consequentie van deze ontwikkeling is dat er steeds meer een tegenstelling is ontstaan tussen de beginselen van de 'beneficence' en van de autonomie: "Since paternalists acted in the name of beneficence, beneficence was equated with paternalism and thereby came to be interpreted as a counter-principle to autonomy. Morally valid and invalid forms of beneficence and autonomy were not distinguished from each other. The dilemmas of medical decision-making soon were reduced to weighing the principles of autonomy and beneficence against each other".[26] Pellegrino spant zich vervolgens in om te laten zien dat uiteindelijk beide principes niet als elkaar uitsluitend, maar veeleer als complementair moeten worden gezien: "Beneficence, properly exercised, rather than being the enemy of autonomy, is, therefore, its guarantor. Enhancing autonomy, enabling and empowering the patient to make her own choices, helping her to understand the choices before her in terms of her own past values are all acts of beneficence".[27]

Soortgelijke waarnemingen worden gedaan door Manschot in zijn oratie voor de Universiteit voor Humanistiek. Ook hij stelt vast dat het begrip *autonomie* een centrale plaats heeft verworven in medisch-ethische discussies: "In de ethiek van de gezondheidszorg duidt autonomie gewoonlijk op twee onderling nauw samenhangende houdingen, een defensieve en een affirmatieve. De defensieve houding is de wil gevrijwaard te blijven van ongewenste inmenging van anderen in het eigen leven (...) De grote bedreiging heet paternalisme, bevoogding of betutteling. De affirmatieve houding verwijst naar het vermogen en de taak om zelf te beslissen en het eigen leven vorm te geven, ook als dit door ziekte, een handicap of andere belemmeringen wordt getroffen".[28]

Hoewel deze idee inmiddels algemeen aanvaard lijkt te zijn (en dus meer is dan een humanistisch stokpaardje), staat zij in onze eigen tijd steeds meer onder druk. Manschot spreekt hier van het 'onvermogen van de autonomie'. Deze bestaat erin dat de existentiële dimensie van de autonomie in de discussies binnen de ethiek niet wordt gezien. Men beperkt zich daarin immers tot "het bereik van medische handelingen en op beslissingsvragen die zich voordoen in het gesprek van arts en patiënt".[29] Door het verwaarlozen van deze dimensie "wordt ook de vraag welke zorg mensen hier nodig zouden kunnen hebben, niet gesteld".[30]

Ook Manschot zoekt de oplossing daarin, dat autonomie en zorg niet langer als een tegenstelling moeten worden gezien. Volgens de traditionele opvatting wordt autonomie vereenzelvigd met onafhankelijkheid en zelfredzaamheid. Daarachter gaat een individualistisch mensbeeld schuil: de mens die voor zijn bestaan de ander niet wezenlijk nodig heeft.

---

[25] Pellegrino ED. Patient and physician autonomy: Conflicting rights and obligations in the physician-patient relationship. *The Journal of Contemporary Health Law and Policy* 10 (1994) no.47, p.47-68.

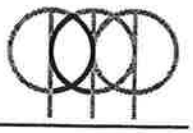
[26] Pellegrino (1994).

[27] Pellegrino (1994).

[28] Manschot (1992) p.7.

[29] Manschot (1992) p.8.

[30] Manschot (1992) p.9.



Wanneer men echter zaken als chronische zorgverlening aan kwetsbare mensen (gehandicapten, bejaarden) serieus neemt, blijken daarin een tweetal kenmerken van het menselijk bestaan naar voren te treden die voor het moderne leven verborgen blijven: "dat mensen kwetsbaar zijn en sterfelijk; en dat mensen geen eenzelvige, alleenstaande wezens zijn, maar op anderen zijn aangewezen". Even verder stelt Manschot de vraag: "Zou autonomie dan niet de naam kunnen zijn voor een levenskunst die ontspringt aan het besef van de eigen vergankelijkheid en van de onmisbaarheid van anderen. (...) Waarom is in onze traditie een dergelijke houding niet met autonomie verbonden?".[31]

In de bundel *Ethiek van de zorg* signaleren de redacteuren Verkerk en Manschot een aantal ontwikkelingen die tot een kentering in de zorgdiscussie hebben geleid. Zij wijzen in de eerste plaats op de medische ethiek en de discussies "rond levensverlengend en levensbeëindigend handelen en vraagstukken betreffende 'keuzen in de zorg'". Daarnaast wijzen zij op het door ontwikkelingen in het feministische denken op gang gebrachte debat rond de *ethic of care*: "Dit debat mondt uit in een perspectief op moraal waarin 'zorg' wordt omschreven als een typisch vrouwelijke levensinstelling en levenshouding en gemaakt tot een eigen onvervangbare bron van morele kennis".[32]

Opmerkelijk is dat de dilemma's van de discussie rond de betekenis van het concept 'zorg' precies worden omschreven in termen van de tegenstelling tussen recht en moraal, zoals die sinds Kant een dominante rol speelt in de westerse filosofie. Dit komt vooral naar voren in het boek van Gilligan, *In a different voice*,[33] waarnaar door verschillende auteurs in deze bundel verwezen wordt. Reinders merkt daarover op: "In dit boek tekent Gilligan twee perspectieven op moraal: de één gedomineerd door 'justice' met een sterke aandacht voor rechten als 'moral currency', de ander gedomineerd door 'care' met een sterke aandacht op deugden als zorgzaamheid en verantwoordelijkheid".[34] Zoals Dooyeweerd laat zien worden recht en zedelijkheid sedert Kant onderscheiden in termen van *uiterlijkheid* versus *innerlijkheid*: het recht zou zonder op de innerlijke gesteldheid of motivatie te letten door uiterlijke sancties bepaalde handelingen of het nalaten daarvan afdwingen, terwijl de moraal op innerlijke motivatie en vrijwillige instemming met de norm is gebaseerd.[35] Juist door recht en moraal zo tegenover elkaar te zetten worden de problemen rond hun onderlinge verhouding onoplosbaar. De moraal sluit het recht uit en andersom.

Verkerk formuleert het probleem rond de zorg eveneens in termen van deze tegenstelling. De traditionele optiek rond zorg wordt door haar weergegeven met de woorden: "Zorg is (...) het systeem van noodzakelijke voorzieningen dat aan ieder lid van de samenleving gegarandeerd moet zijn".[36] Met het woord 'gegarandeerd' komt het *rechten*-discours om de hoek kijken: zorg is - ongeacht de motivatie van de zorgverlener

---

[31] Manschot (1992) p.10

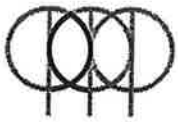
[32] Manschot & Verkerk (red.) (1994) p.9.

[33] Gilligan C. *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Cambridge (Mass.) 1977.

[34] Reinders H. De grenzen van het rechtendiscours. In: Manschot & Verkerk (red.) (1994) p.85.

[35] Dooyeweerd (1935) deel II, p.95v.; ook: Dooyeweerd H. *A new critique of theoretical thought*. Amsterdam/ Philadelphia 1953v, vol. II, p.140v.; vgl. Hembden Taylor EL. *The christian philosophy of law, politics and the state*. Nutley NJ 1966, p.292v.

[36] Verkerk (1994) p.53.



- rechtens afdwingbaar. In deze optiek komt "de betekenis die zorg alszodanig heeft" niet tot uitdrukking: "Zorg behelst het hebben van een (...) 'caring response': zorg als het *gevoelsmatige en ondersteunende* antwoord op de situatie en de omstandigheden van de kwetsbare en hulpbehoevende medemens. Zorg die uitdrukking geeft aan onze *verbondenheid* met het welzijn van de ander, aan onze *bereidheid* ons te identificeren met de pijn en het lijden van de ander, en aan ons *verlangen* te doen wat mogelijke verlichting kan geven van hun situatie. Zorg als een *morele houding* brengt met zich mee een wijze van verhouden en reageren op het menselijk lijden" (cursivering van ons).[37] In deze omschrijving van de eigenlijke betekenis van het begrip 'zorg' komen voornamelijk *subjectieve, inlevende* termen aan bod. Het rechtendiscours is representatief voor de *uiterlijke*, formele of institutionele zorg, terwijl het begrip zorg in zijn eigenlijke betekenis staat voor een innerlijke morele houding.

Dezelfde tegenstelling keert terug in het artikel van Reinders. Hij constateert dat "er een kentering (is) waar te nemen ten aanzien van de waardering van het rechtendiscours".[38] De kritici van dit discours menen vooral, "dat het rechtendiscours tekortschiet als articulatie van morele ervaringen die worden opgedaan buiten het domein van de publieke moraal, bij voorbeeld in praktijken die worden gekenmerkt door zorgrelaties". Reinders vervolgt: "Kenmerkend voor de moraliteit van zorgrelaties is dat ze een andere *motivatie* veronderstellen dan die waarvan in het rechtendiscours wordt uitgegaan. Bovendien vragen zorgrelaties om een morele invulling die maar zeer ten dele aan het beroep op rechten kan worden ontleend".[39]

Wanneer men zich afvraagt waarin de motivatie van de zorg anders is, geeft Reinders de volgende aanwijzingen: "De morele 'bronnen' van zorgzaamheid kunnen binnen het rechtendiscours niet worden benoemd, terwijl anderzijds het morele karakter van zorgrelaties door het rechtendiscours wordt vertekend". Later wordt Reinders specifieker: "In het rechtendiscours gaat het om afbakening van de handelingsvrijheid van individuen. Deze individuen worden geacht vanuit zichzelf weinig rekening te houden met de belangen van anderen dan die van hun directe naasten. Rechten moeten derhalve deze *selfinterested indviduals* over en weer beschermen tegen de 'belangeninvasie' van anderen. De rechtvaardiging voor de aldus ingeperkte handelingsvrijheid bestaat in de wederzijdse erkenning van elkaars gelijke rechten". En nu komt het: "Het rechtendiscours veronderstelt derhalve een motivatie die wortelt in een aanspraak die van *buitenaf* komt. In die zin is sprake van een '*externalisering* van moraal'".[40] Binnen dit rechtendiscours kan aan de eigen betekenis van de zorg en de motivatie daartoe onvoldoende recht worden gedaan: "Tegenover deze 'externalisering' wordt door de critici van het rechtendiscours een heel andere opvatting van morele motivatie verdedigd. Het buitensluiten van affectiviteit en emotionaliteit maakt het onbegrijpelijk waarom mensen hoe dan ook tot moreel handelen worden gemotiveerd, anders dan door de angst voor directe of indirecte sancties. De critici

[37] Verkerk (1994) p.54.
[38] Reinders (1994) p.74.
[39] Reinders (1994) p.75 (cursivering van ons).
[40] Reinders (1994) p.86 (cursiveringen van ons). Voor de omschrijving 'externalisering van de moraal' wordt verwezen naar: Thomas JC. Duty, character and the rights-theory of morals. *The Journal of Value Inquiry* 21 (1987) p.317-323.

van het rechtendiscours menen daarentegen dat mensen niet tot moreel handelen kunnen worden gemotiveerd door hun emoties, affecten en verlangens te negeren, maar door deze te vormen en te ontwikkelen tot goede morele dispositie".[41]

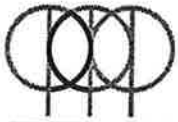
Terecht wijst Verkerk erop dat men geen genoegen kan nemen met een 'morele arbeidsdeling tussen beide perspectieven' (het rechtvaardigheidsperspectief van het contractdenken en het zorgzaamheidsperspectief): "Het probleem met een dergelijke morele arbeidsdeling is dat de scheiding tussen beide perspectieven onaangetast blijft" (61): een scheiding tussen het publieke en private domein. "Wat ons te doen staat is het denken zelf dat deze arbeidsdeling voortbrengt, ter discussie te stellen" (61-62). Dit lijkt te suggereren dat Verkerk het probleem vooral als een denkprobleem ziet. Maar tegen deze interpretatie verzet zij zich uitdrukkelijk: "Uit het bovenstaande kan de indruk zijn gewekt dat ik de stelling zou willen onderschrijven dat slechts door anders te *denken* - een andere theorie - de praktijk zal veranderen. Dat zou een misvatting zijn. Eerder gaat het mij erom aan te geven dat door op een bepaalde manier over zorg te denken, bepaalde ervaringen - zorgervaringen - onzichtbaar blijven of gemarginaliseerd worden. Het denken over zorg geeft (...) onvoldoende rekenschap van bepaalde zorgpraktijken".[42] Ons is hieruit echter nog niet zonder meer duidelijk hoe hier de afgewezen interpretatie wordt weggenomen. Onzes inziens zegt Verkerk hier niets anders dan dat we de werkelijkheid omtrent de zorg anders zouden zien wanneer we er anders over zouden denken. Ook uit haar verhaal wordt uiteindelijk niet duidelijk hoe de tegenstelling tussen beide perspectieven kan worden overwonnen.

4.2.6 Het eigene van het ethische

Hoe kan men de tegenstelling tussen het 'rechten-discours' en het zorgzaamheidsperspectief overwinnen? Terecht stelt Verkerk dat het perspectief van de rechtvaardigheid (dat in het contract-denken centraal staat) en het morele perspectief ("dat aansluit bij de meer persoonlijke relaties, waarin de nadruk ligt op betrokkenheid en sympathie met particuliere partijen"[43]) niet van elkaar gescheiden moeten worden. Daarom beschouwt zij het als de taak voor een ethiek van de zorg om het denken dat beide perspectieven als tegenstelling of als elkaar uitsluitend ziet, te overwinnen. In aansluiting bij het denken van Ricoeur bepleit zij daarom zorg op te vatten als 'intentionele betrokkenheid' en deze niet alleen in onmiddellijke relaties (relaties in de privésfeer), maar ook in bemiddelde (institutionele) relaties tot uitdrukking te brengen.

Met dergelijke noties blijft Verkerk evenwel betrekkelijk vaag. En zeker doet zij weinig aan het dilemma van onze individualistische samenleving, waarin veel vanzelfsprekende zorg uit de naaste omgeving van individuen plaats heeft gemaakt voor geprofessionaliseerde zorg, die ten laste komt van de publieke middelen. In zijn algemeenheid zegt Verkerk weinig over het feit, dat het contract-denken, dat voor het zorgzaamheidsperspectief fataal is, toch wel eens erg goed zou kunnen sporen met onze belangen: in hoeverre is de professionalisering van de zorg niet een gevolg van het feit dat wij ons door middel van

[41] Reinders (1994) p.88.
[42] Verkerk (1994) p.55v.
[43] Verkerk (1994) p.61.



de overheid van onze zorgplicht hebben geëmancipeerd?

Om die reden willen wij nog wat nader kijken naar het perspectief dat Dooyeweerd schetst. Immers, de problemen waarvoor Verkerk zich gesteld ziet zijn een gevolg van een verkeerd onderscheid tussen recht en zorg. Met Dooyeweerd zou men veeleer moeten stellen, dat het contract-denken slechts tot volle ontplooing kan komen, wanneer de morele anticipaties daarin ontsloten worden. Wanneer er al sprake is van een 'externalisering van moraal' in het rechtendiscours, dan moet dit geweten worden aan de verabsolutering van het rechtsaspect. Daarmee is de ontsluiting van het recht onder leiding van onder andere het morele aspect onmogelijk gemaakt.

Daarom zal men het juridische aspect als een aspect moeten beschouwen, dat funderend is voor de arts/patiënt-relatie. Deze relatie kan niet zonder juridische verhoudingen, maar kan evenmin volledig worden gedefinieerd in termen van de door sancties gegarandeerde rechten en verplichtingen van beide partners. Slechts binnen het ethische aspect - als zorgrelatie - kan de arts/patiënt-relatie tot ontplooiing komen overeenkomstig haar eigen bestemming.

Volgens Dooyeweerd kan een bepaald aspect worden aangeduid aan de hand van het principe (de *zin-kern*) dat aan dat aspect zijn eigen karakter verleent. Daarbij moet worden opgemerkt dat men zich omtrent dit principe slechts een *idee* kan vormen. Een begrip kan men er niet van hebben, omdat dit principe onherleidbaar is en derhalve niet in termen van een ander aspect kan worden geëxpliciteerd. Daarbij beschouwt Dooyeweerd de *vergelding* als het principe van het juridische aspect. In het recht gaat het om de balans of het herstellen daarvan. Over recht spreekt men in termen van 'evenwicht': de weegschaal in de hand van 'vrouwe Justitia'.

Het principe dat leiding geeft aan het ethische aspect is volgens Dooyeweerd de (modale) *liefde*. Hierboven hebben wij steeds van *zorg* gesproken.[44] Puolimatka meent dat men veeleer *benevolence* als de zinkern van het ethische moet opvatten. Volgens hem is het onmogelijk om slechts een formele definitie van moraliteit te geven: "without including moral content we cannot differentiate the moral field from other normative fields".[45] Deze inhoudelijke definitie tracht hij vervolgens te geven in termen van *benevolence* (weldoen). Hij verdedigt de zienswijze dat alle morele plichten gerangschikt kunnen worden onder "the duty of benevolence" (144), wat overigens niet wil zeggen dat zij logisch kunnen worden afgeleid uit deze overkoepelende plicht. Tegelijk verzet Puolimatka zich tegen een 'psychologische' interpretatie van het *benevolence*-principe: "it is essential to differentiate between benevolence as a psychological and as a moral concept" (144). Om die reden omschrijft hij "the moral concept of benevolence" als "a normative attitude which regards the well-being of others as intrinsically valuable" (144). Aldus beschouwt Puolimatka *benevolence* als "the meaning-centre of morality in the sense that moral principles are qualified in their meaning-content by this principle" (145).

Slechts door *benevolence* als de inhoudelijke zin-kern van het ethische aan te wijzen meent Puolimatka dat het mogelijk is de traditionele tegenstelling tussen recht en

[44] Strijbos (1988) p.196; Strijbos spreekt over de "ethische norm van liefde en zorg".
[45] Puolimatka T. *Moral realism and justification*. Helsinki 1989, p.143.

moraliteit en daarmee tussen objectieve en subjectieve verhoudingen te doorbreken.[46] Juist door het inzicht dat het morele het juridische weliswaar veronderstelt, zonder dat de één tot de ander herleid kan worden, maakt dat gerechtigheid en weldoen kunnen worden gedacht zonder in een antinomische verhouding te geraken.[47]

Maar hoe verhouden de termen *zorg* en *benevolence* zich tot elkaar? Kan men beide zonder meer aan elkaar gelijkstellen? In de engelstalige literatuur wordt als basis-principe in de medische ethiek meestal het *beneficence*-principe genoemd.[48] Puolimatka spreekt zijn voorkeur uit voor *benevolence* "because a person can als act beneficently out of prudential considerations, in which case his action does not count as morally viruous. And, as Rescher[49] has suggested, 'the issue of motivation is crucial to morality and provides a sharp border at the theoretical level to separate morality from prudence'. But at the same time it is true that the moral principle of benevolence is not concerned merely with attitudes and intentions, but it requires certain kinds of actions promoting the good of others. Thus the principle of benevolence requires man to promote the good of others from the intention of doing so" (144v.).

In het verlengde van deze opvatting van Puolimatka menen wij dan ook dat het onderscheid dat Pellegrino en Thomasma maken tussen *benevolence* en *beneficence* niet houdbaar is, waar zij binnen de medische ethiek *benevolence* omschrijven als "wishing the patient's good" en *beneficence* als "doing the patient's good".[50] Onder *benevolence* verstaan wij de intentie en de uitvoering daarvan in bijbehorende acten. Tevens vatten wij het begrip op als een adekwate representatie van het begrip zorg in de zin van het gericht zijn op het welzijn van de ander. Of wellicht is het beter te zeggen dat het principe van *benevolence* op een adekwate wijze het morele aspect van de medische praktijk verwoordt, waar het woord zorg aan eenduidigheid te wensen overlaat.[51]

---

[46] Puolimatka meent dat het voorstel om het *benevolence*-principe als zin-kern van moraliteit te beschouwen wordt ondersteund doordat het de 'paradox of retribution' oplosbaar maakt: "That benevolence is the central moral virtue receives indirect support because the so-called 'paradox of retribution' can be solved once the conception of benevolence is made central for morality: This conceptualization allows us to delineate the moral realm from the legal one so that the retributive principle falls outside the moral realm proper. Thus, the paradox of retribution provides us with a theoretical reason for using the concept of morality in such a narrow sense that, strictly speaking, it also excludes the fields of justice and retribution" (p.149).

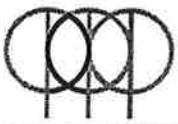
[47] Vgl. voor de antinomieën met betrekking tot de verhouding tussen rechtvaardigheid en zorg: Duyndam J. Zorg en generositeit. In: Manschot & Verkerk (1994).

[48] Vgl. Beauchamp & Childress (1989[3]) p.194v.

[49] Rescher N. *Unselfishness - The role of the vicarious affects in moral philosophy and social theory*. Pittsburgh 1975, p.68v.

[50] Pellegrino ED & Thomasma DC. *For the patient's good - The restoration of beneficence in health care*. New York/Oxford 1988, p.111. Het onderscheid tussen 'benevolence' en 'beneficence' bij Pellegrino en Thomasma wordt gekoppeld aan het onderscheid tussen een 'virtue-based ethic' en een 'duty-based ethic' (p.120v.) en sluit dus aan bij het onderscheid tussen 'deugd' en 'plicht'. Daarmee wordt een tegenstelling gecreëerd tussen een deugd 'goed te willen doen' (qua intentie) en een plicht 'goed te moeten doen'. In de zienswijze van Puolimatka behoort de overbrugging van deze tegenstelling juist tot de zinkern van het ethische.

[51] Vgl. Curzer (1993) p.51-69.



4.3 De funderende principes voor de medische praktijk

Het medische handelen begint met de klacht van een patiënt en het beroep dat hij daarmee doet op de arts als hulpverlener. In het bovenstaande hebben we gezien in hoeverre dit (morele) appèl de aanleiding vormt tot het medische handelen en de grote betekenis de arts/patiënt-relatie in dit geheel heeft, door Lindeboom aangeduid als de *medische grondsituatie*.

De volgende stap is natuurlijk dat de arts iets met de klacht van de patiënt zal moeten doen. Op het belang van het gesprek met de patiënt ten behoeve van de *anamnese* hebben wij hierboven reeds gewezen. De arts zal proberen te achterhalen door welke medisch bekende ziekte (*disease*) de door de patiënt ervaren verschijnselen (de klacht) worden veroorzaakt. Deze 'vertaalslag' is zeer belangrijk en vormt tevens een gevoelig punt in het medisch proces. Omdat de arts een groot scala aan middelen ter beschikking staat om te onderzoeken om wat voor ziekte het gaat, komt een zorgvuldige beoefening van de anamnese nog wel eens in de verdrukking. Dat het huidige honoreringssysteem (gebaseerd op verrichtingen) in feite verwaarlozing van de *anamnese* bevordert zal elders in deze studie worden betoogd.

Om de klacht adekwaat te kunnen behandelen moet de arts zien te komen tot een betrouwbare *diagnose*. De anamnese vormt de eerste stap op die weg. Vaak zal het echter zo zijn, dat de anamnese alleen ontoereikend is om de oorzaken van de klachten vast te stellen. In die gevallen is aanvullende diagnostiek noodzakelijk. In dit proces verandert het karakter van de klacht. De klacht wordt beschouwd als een verzameling min of meer subjectieve indicaties van een ziekte of ziektebeeld dat ook meer objectief kan worden geïndiceerd. Het is op dit punt in het 'primaire proces' dat met name ook de deskundigheid (de *professionele competentie*) van de arts op de voorgrond treedt. De reden dat de patiënt met zijn klacht naar de arts toegaat is immers gelegen in het feit, dat hij vertrouwen stelt in de specifieke deskundigheid of competentie van de arts en zijn bereidheid om onbaatzuchtig hulp te verlenen.

Daarmee is het noodzakelijke geworden in te gaan op de specifieke kenmerken van de huidige medische praktijk. In het voorafgaande hebben wij reeds uitvoerig betoogd in welke zin de term 'praktijk' in dit verband moet worden opgevat: als een "coherent and complex form of socially established cooperative human activity". Deze levensvorm kent zijn eigen regels en bijbehorende competenties.

Nu is er aan de medische praktijk een veelheid aan aspecten te onderscheiden. Anders gezegd: men kan de medische praktijk op veel verschillende manieren ervaren en beoordelen. In het voorafgaande hebben wij al betoogd dat het *kwalificerende* aspect het ethische is: de zorg voor de medemens in nood. Maar om iets aan deze nood te kunnen doen is in het geval van de arts een zeer gespecialiseerde en complexe competentie aanwezig.

Het zal duidelijk zijn dat de huidige medische praktijk is gebaseerd op een verregaande en geïnstitutionaliseerde maatschappelijke arbeidsdeling en specialisering. Als wij een klacht hebben en we wenden ons daarmee tot de arts, dan doen we dat omdat we vertrouwen stellen in zijn hulpvaardigheid en competentie en op grond daarvan verwachten dat hij iets aan onze klacht kan doen. Met het feit van deze arbeidsdeling en de daarin

meekomende differentiatie van de samenleving moet men ook aannemen, dat de totstandkoming van de medische praktijk in haar huidige vorm mogelijk is gemaakt door de totstandkoming van tal van andere praktijken, die in de medische praktijk zijn verondersteld. Op dit punt komen wij dus te spreken over een tweede type van *constitutieve* regels. Ditmaal niet de kwalificerende, maar de *funderende*. Daaronder verstaan wij de regels (en bijbehorende competenties), die niet zozeer de medische praktijk in haar eigen karakter *kwalificeren*, maar die toch tot haar mogelijkheidsvoorwaarden behoren en die de medische praktijk alszodanig funderen.

Hoewel men in dit verband vele praktijken zou kunnen noemen waarvan de 'ontsluiting' is verondersteld binnen de huidige medische praktijk[52], willen wij onze aandacht richten op een tweetal bijzondere praktijken: de wetenschap en de technologie. Deze zijn namelijk in het bijzonder bepalend geworden voor de medische praktijk in haar hedendaagse gestalte. Zozeer zelfs dat men beschouwingen kan tegenkomen, waarin wetenschap of technologie *constitutief* worden genoemd voor de hedendaagse geneeskunst en -kunde.[53]

4.3.1 Wetenschap en techniek

Voor de voortgang van ons betoog is het belangrijk eerst iets te zeggen over de exacte verhouding tussen medische praktijk, wetenschap en technologie. Dat is alleen al hierom van belang, daar de vraag naar hun onderlinge verhouding dikwijls als volgt wordt geformuleerd: is geneeskunde een wetenschap?; of in hoeverre is geneeskunde een wetenschap en in hoeverre is het een technologie? etc.[54]

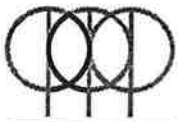
De gestelde vragen hebben slechts zin wanneer men veronderstelt dat er inderdaad een steekhoudend onderscheid tussen de verschillende zaken gemaakt kan worden. In dit verband is het goed om erop te wijzen, dat aan de wetenschappelijke praktijk of aan de technologie net zoals aan de medische praktijk een veelheid van aspecten te onderscheiden is. Daarin komen zij overeen. Wèl verschillend is de constellatie waarin de diverse aspecten of functies optreden binnen iedere praktijk. Zo geldt voor de medische praktijk dat het kwalificerende aspect het ethische is, met 'benevolence' als het leidende principe. Voor de wetenschap geldt daarentegen veeleer dat het logisch-analytische aspect kwalificerend is, met logische geldigheid als principe. Een voorbeeld kan dit duidelijk maken. Zowel in de medische wetenschap als in de medische praktijk komen kennisoordelen voor. Toch is het in de dagelijkse ervaring onbetwist, dat het in de medische praktijk nooit in de eerste plaats om kennisverwerving gaat. De arts die een patiënt in leven houdt omdat deze zo'n goede casus is voor het onderzoek waarmee hij bezig is, faalt als arts ook

---

[52] Te denken valt bijvoorbeeld aan allerlei juridische praktijken, welke aan individuele burgers door de staat gegarandeerde rechten verleent of ook aan de bevoegdheid van de overheid om aan artsen specifieke rechten en bevoegdheden toe te kennen.

[53] Have H ten & Wackers G. In de greep van de medische technologie. *Wijsgerig Perspectief* 28 (1987/88) no.3, p.82v.; vgl. Have HAMJ ten & Wackers GL. Medische waarneming en nietsvermoedende patient. *Filosofie & Praktijk* 10 (1989) no.1, p.31v.

[54] Vgl. Strijbos (1988) p.182v.; Delkeskamp-Hayes C. Is medicine special, and if so, what follows? An attempt at rational reconstruction. In: Delkeskamp-Hayes C. & Gardell Cutter MA (eds.). *Science, technology, and the art of medicine*. Dordrecht/Boston/London: Kluwer 1993 (P&M, no. 44), p.271; Rager G. Medizin als praktische Wissenschaft. Zur Grundlegung des ärztlichen Handelns. *Artzt und Christ* 37 (1991) no.2.



al is hij als wetenschapper wellicht zeer competent. Wanneer men zo'n handelwijze op het spoor komt, zal men haar ongetwijfeld afwijzen omdat zij geen recht doet aan de bestemming van de medische praktijk.

Met Strijbos, Lindeboom e.a. zouden wij daarom de stelling willen verdedigen, dat de medische praxis onherleidbaar is tot wetenschap.[55] En dat om de simpele reden, dat het er in de medische praktijk om gaat mensen te genezen of bij te staan in hun lijden, terwijl het in de wetenschap veeleer gaat om het verwerven van kennis omtrent een bepaald terrein. Daarom ook hebben wij in het voorafgaande gepoogd te laten zien dat het *ethische* kwalificerend is voor het medische handelen. Dat geldt niet voor de wetenschap. Desondanks is de huidige medische praktijk (geneeskunst) niet goed denkbaar zonder de 'ontsluiting' van de medische wetenschap (geneeskunde) en de daarmee samenhangende (wetenschappelijk-technische) professionalisering.[56]

Iets soortgelijks geldt voor de verhouding tussen medische praktijk en technologie. De ziekenhuizen en verpleeginrichtingen zoals wij die kennen zijn niet denkbaar zonder een ver ontwikkelde technologie. Tegelijk kan men daarmee nog niet concluderen dat medische praktijk technologie *is*. Men zou kunnen zeggen dat technologie veeleer is gericht op de beheersing van functionele samenhangen (gekwalificeerd door het *historische* aspect). Maar door de ontwikkeling van de moderne medische praktijk is de technologie ook steeds meer ontsloten in de richting van de (ethisch gekwalificeerde) *zorg* voor de hulpbehoevende medemens.

De zin van al deze opmerkingen is te laten zien, dat gebruik en toepassing van wetenschap en techniek in de medische praktijk dàn tot verwetenschappelijking en vertechnisering verworden, wanneer men het *kwalificerende* en het *funderende* door elkaar haalt. Waar het om gaat is te benadrukken dat het funderende slechts zijn plaats heeft in het medische zolang het zijn specifieke *kleuring* ontvangt van het kwalificerende. Hoe moet men dat precies verstaan?

In termen van de filosofie van Dooyeweerd kan men aan alle dingen, entiteiten, samenlevingsverbanden of menselijke handelingen twee zijden onderscheiden: een *wets*zijde en een *subjects*zijde (of: *feitelijkheids*zijde).[57] Onder de eerstgenoemde zijn de wetten, normen of regels te verstaan die voor een bepaald zijnde *gelden*, ofwel die deze zijnde *mogelijk maken* en *begrenzen*; onder de laatstgenoemde moeten daarentegen de individuele *zijnden* worden verstaan waarvoor de genoemde wetten etc. gelden. Beide zijden zijn onherleidbaar: de individualiteit of uniciteit van zijnden kan nooit worden herleid tot de structurele kenmerken ervan en andersom.[58] Dit geldt ook voor de medische praktijk. Zij is niet te herleiden tot de regels of structuren die voor haar gelden, maar evenmin tot de

---

[55] Vgl. Strijbos (1988) p.183v.

[56] Met de term 'ontsluiting' is tevens geïmpliceerd dat er een mogelijkheid bestaat van 'toesluiting': wanneer de medische praktijk zich niet ontwikkelt overeenkomstig haar bestemming, bijvoorbeeld door de verabsolutering van bepaalde funderende aspecten en de daarvoor geldende principes. Zo kan men spreken van een vertechnisering of verwetenschappelijking van de geneeskunde.

[57] Zie ook § 4.4 en § 4.6.2.

[58] Hoeven J van der. Wetten en feiten. De 'wijsbegeerte der wetsidee' temidden van hedendaagse bezinning op dit thema. In: Blokhuis P, Kee B, Santema JH & Schuurman E (red.), *Wetenschap, wijsheid, filosoferen - Opstellen aangeboden aan Hendrik van Riessen bij zijn afscheid als hoogleraar in de wijsbegeerte aan de Vrije Universiteit te Amsterdam*, Assen: Van Gorcum 1981, p.109.

individuele, onherhaalbare gevallen die zich dagelijks binnen haar voordoen. De zin kan niet tot één van beide zijden herleid worden, maar bestaat in de wederzijdse betrokkenheid van beide zijden. Het feit dat de medische praktijk wordt gekwalificeerd door het ethische aspect betekent dat zij in eerste instantie als een hulpverleningspraktijk kan worden herkend. Dat betekent tevens dat zij in deze specifieke hoedanigheid mogelijk wordt gemaakt en wordt begrensd[59] door de wetten, normen en regels die gelden voor het ethische. De zin van de toepassing van wetenschap en technologie in de medische praktijk wordt dus altijd mogelijk gemaakt en begrensd door het het aspect van de zorg.

Nu kan men zich afvragen of men in onze tijd nog wel de vrijheid heeft om het probleem op deze wijze te stellen. Is de medische praktijk al niet dermate verwetenschappelijkt en vertechniseerd, dat het geen zin meer heeft om wetenschap en techniek nog binnen ethische beginselen aan banden te leggen? Wordt wat wij tegenwoordig ziekte noemen niet volledig geconstitueerd door een geheel medisch-technisch waarnemingsapparaat?[60]

Deze vragen treden vooral naar voren als het gaat om het proces van diagnose en indicatie-stelling in het medisch proces. Het is vooral bij het stellen van de diagnose, dat de (individuele, als verstoring ervaren) klacht van de patiënt en de specifieke (wetenschappelijk gevormde) competentie van de arts elkaar ontmoeten. Immers, door het stellen van de diagnose klassificeert de arts de in eerste instantie door de patiënt waargenomen en geïnterpreteerde verschijnselen als de symptomen van een ziekte bekend uit de medische taxonomieën.[61]

Om in deze vragen enige helderheid te verschaffen sluit Glas aan bij het hierboven reeds genoemde onderscheid tussen wets- en subjectzijde en de vraag hoe beide zijden ineengevlochten zijn binnen de medische praktijk: "Initially, the clinician is confronted with the individuality of the patient. He directs his attention to peculiar features of the history, presentation, psychomotor and affective behavior, specific questions of the patient, and so on. In this phase, the context is individual. It is marked by the moral appeal of the patient's suffering. Soon, however a certain pattern is detected, the grist on the mill of clinical heuristics. The range of diagnostic possibilities narrows. The patient is transformed into a 'case'. The context of this second phase is a cognitive (or logical) one. Signs and symptoms become data in an informational network, a network that is activated and opened-up in the mind of the clinician. Finally, laboratory tests and additional information exclude the remaining options. The clinician takes a decision (...). This diagnostic decision indicates the beginning of a third phase: the patient as a subject of treatment. Now, some pecularities from the initial interview regain significance. (...) The context of this third

[59] Van der Hoeven beklemtoont beide aspecten in het wetsbegrip: het positieve en het restrictieve; vgl. Van der Hoeven (1981) p.111v.

[60] Ten Have & Wackers (1987/88) p.82v.; Ten Have & Wackers (1989), p.31v.

[61] Van Herk omschrijft het doel van de diagnose aldus: "the prime purpose of diagnosis is the classification of the patient into a group of similar patients, thus allowing an accurate prediction of the outcome and the identification of methods to influence this outcome favourably. We try to classify the patient on the basis of similarities and dissimilarities between his or her signs and symptoms and those of a pre-defined pattern called a disease". Van Herk stelt daarbij vast, dat "(t)he standardization of these patterns and their classification into a nosology at present is chaotic at best". Herk E van. *A diagnostic decision support system for general practice*. Rotterdam 1993, p.12.

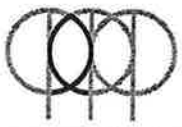
phase is marked by actions, which are inspired by both individual and general features of the patient's illness".[62] In de medische praktijk komen derhalve - naar de structurele zijde beschouwd - een drietal regels naar voren: klinisch-praktische, morele en cognitieve regels.

Glas typeert de diagnostische handeling vervolgens als "an act of recognition and decision".[63] Het is een handeling waarin allerlei vormen van (abstracte, wetenschappelijke, technische) kennis zijn verondersteld, maar die zich desalniettemin bevindt op het niveau van het individuele, de individuele arts/patiënt-relatie. In de klinische situatie worden met andere woorden twee soorten van kennis en identiteit op elkaar betrokken: de alledaagse kennis en identiteit ('Identity I') en de meer abstracte, op de structurele zijde van de werkelijkheid betrekking hebbende vormen van kennis en identiteit ('Identity II'): "In the diagnostic process Identity II concepts are used to correct, to refine, and to clarify our Identity I recognitions. Identity I recognitions, on the other hand, serve both as heuristic (inferential) tools searching for Identity II constructs, and as guidelines which help to individualize the patient's treatment. However, the circle of these two movements - from the 'individual' identity of the patient's disease to the 'universal' identity of the scientific concept of that disease, vice versa - is never completely closed. Identity I can never be seen as simply a deductive implication of Identity II concepts and Identity II concepts should never be interpreted as the inductive result of Identity I observations. Assuming this would imply that Identity I and Identity II can be thought within the same act of knowing. And it is precisely this, which is impossible, because of the difference in epistemic attitude which is implied in the formulation of Identity I recognitions and of Identity II concepts".[64]

Het betoog van Glas maakt duidelijk dat de toepassing van wetenschappelijke kennis in de klinische praktijk niet simpel bestaat in de aanwending van een algemeengeldige wetmatigheid op een individueel geval, maar een complexere struktuur heeft. Rager spreekt in dit verband over geneeskunde als een 'praktische wetenschap': "*Praktische Wissenschaften* unterscheiden sich grundsätzlich sowohl von den theoretischen als auch angewandten Wissenschaften. Während die theoretischen Wissenschaften an Prinzipien und an einem System allgemeiner Aussagen interessiert sind, widmen sich die praktischen Wissenschaften primär dem Individuum, welches einzigartig und unvertauschbar ist. Das Hauptziel einer praktischen Wissenschaft ist es, an einem Individuum in angemessener Weise zu handeln. Für dieses Handeln muß das Individuum in der richtigen Weise beurteilt werden. Nur auf Grund dieser Beurteilung können die richtigen Maßnahhmen ergriffen werden".[65] Tussen theoretische en praktische wetenschappen bevinden zich de 'toegepaste wetenschappen', die zich bezig houden met het zoeken naar de meest werkzame middelen om bepaalde doelen te bereiken: "Sie vermitteln nur ein allgemeines Wissen über gewisse Techniken oder Anwendungen, treffen aber keine Entscheidungen über die Realisierung bestimmter Projekte".

Centraal in een praktische wetenschap staat het oordeel. Zo haalt Rager een definitie

[62] Glas (1994) p.6.
[63] Glas (1994) p.9.
[64] Glas (1994) p.9v.
[65] Rager (1991).



aan van Wieland met betrekking tot het begrip *diagnose*: "Eine *Diagnose* ist von ihrem logischen Status her kein Begriff, sondern ein Aussage. 'Mittels ihrer wird einem bestimmten, individuellen Patienten, zu einem bestimmten Zeitpunkt ein bestimmter Krankheitsbegriff zugeordnet. Erst durch diese Zuordnung entsteht eine Diagnose (...)'.[66] In het verlengde van deze vaststelling legt Rager alle nadruk op het vermogen van de 'Urteilskraft' als het gaat om een 'praktische wetenschap'. Na een uitgebreid citaat uit het werk van Kant, die aan de 'Urteilskraft' een belangrijke plaats toekende in zijn eigen werk, trekt Rager een tweetal conclusies: "*Erstens*, das wichtigste Vermögen des Artztes ist die Urteilskraft, obwohl auch in den praktischen Wissenschaften Wissen und Verstand vonnöten sind. (...) *Zweitens*, obwohl es keine Regeln für die Urteilskraft gibt, vollzieht sich das Urteilen im Rahmen eines grundlegenden Verständnisses vom Menschen".[67]

'Urteilskraft' (oordeelsvermogen) heeft alles te maken met wijsheid. Wijsheid in de zin van het vermogen om beoordelingen te maken en dienovereenkomstig te handelen waar algemene regels niet zonder meer voorhanden zijn. Anders gezegd: de arts moet beschikken over het vermogen zijn (algemene) wetenschappelijke en klinische kennis te gebruiken voor de beoordeling en behandeling van individuele en onherhaalbare gevallen. Op dit punt is met name wat we het *ethos* genoemd hebben van groot belang. Het handelen van de arts laat zich niet tot het wetenschappelijke en technische herleiden. Dit betekent tevens dat de rol van wetenschap en techniek in de medische praktijk altijd slechts beperkt kan zijn.

4.3.2 Recht en economie

Naast wetenschap en techniek zijn er ook andere *funderende* functies en praktijken. Men kan bijvoorbeeld denken aan het recht: het gezondheidsrecht is langzamerhand een zelfstandige juridische sub-discipline geworden. De medische praktijk in haar huidige historische gestalte is ondenkbaar zonder een skala van juridische regelingen, rechten en plichten. Op een aantal daarvan willen we hieronder nader ingaan.

De overheid heeft de grondwettelijke plicht maatregelen te treffen ter bevordering van de volksgezondheid (art. 22). Het gaat hier om een zogenaamd sociaal grondrecht. Sociale grondrechten moeten worden onderscheiden van de individuele grondrechten. Deze laatste hebben ten opzichte van de overheid veeleer een negatief karakter. Zij beogen "bescherming van een individueel vrijheidsgebied tegenover overheid en samenleving".[68]

Bij sociale grondrechten "gaat het om deelname aan de gemeenschappelijke verworvenheden en het bieden van ontplooiingskansen aan de mens".[69] Ze kunnen gezien worden als participatierechten. In tegenstelling tot individuele grondrechten zijn sociale grondrechten in individuele gevallen niet zonder meer afdwingbaar. Een sociaal grondrecht betreft alleen de in de samenleving beschikbare goederen. Op grond van het recht op gezondheidszorg bestaat geen claim op niet beschikbare gezondheidszorg. Wel beogen

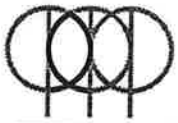
---

[66] Rager (1991). Het citaat is afkomstig uit: Wieland W. *Diagnose. Überlegungen zur Medizintheorie*. Berlin 1975, p.46.

[67] Rager (1991).

[68] Leenen HJJ. *Handboek gezondheidsrecht - rechten van mensen in de gezondheidszorg.* Alphen aan de Rijn: Samsom 1988[2], p.21.

[69] Leenen (1988) p.22.



sociale grondrechten het realiseren van een rechtvaardige verdeling van de beschikbare goederen op een bepaald terrein en houden op dat terrein een instruktienorm in voor de overheid. Dit betekent dat de overheid de gezondheidszorg niet zomaar aan de markt kan overlaten. Ook mensen die geen geld hebben dienen door het gezondheidszorgapparaat adequaat te worden geholpen. Recht op gezondheidszorg houdt onder meer in het recht op een deskundige zorg en het recht op een voor allen bereikbare zorg.[70] Dit recht op deskundige zorg betekent niet een recht op behandeling in die zin dat onder alle omstandigheden elk individu medische behandeling kan claimen. De vaststelling van de behandeling geschiedt door de arts op grond van zijn medisch professionele standaard en in dialoog met de patiënt. Een arts behoeft een door de patiënt gewenste behandeling niet te geven wanneer hij die niet in overeenstemming acht met de *medisch-professionele standaard*.[71] Hier staat wel tegenover dat de arts een hulpverleningsplicht heeft waarvan de preciese inhoud mede afhangt van de situatie.[72]

In zijn handelen dient de arts verschillende soorten normen tot gelding te brengen. Deze kunnen worden onderverdeeld in drie groepen:
- normen voortvloeiend uit de aard van het medisch handelen; de medisch-professionele standaard;
- normen voortvloeiende uit de rechten van de patiënt;
- andere maatschappelijke normen, bijv. wetgeving op het terrein van de gezondheidszorg, ziektekostenverzekering, collegiale normen etc.[73]

Tezamen vormen deze normen de *professionele standaard* voor het handelen van de arts.

Ook de arts/patiënt-relatie kent een juridisch aspekt. In het recht wordt de arts/patiënt-relatie wel gezien als een hulpverlenings- dan wel dienstverleningsovereenkomst met het karakter van opdracht. In een dergelijke overeenkomst heeft de ene partij in casu de hulpverlener de verplichting de hulp/dienst te verlenen en de andere partij, i.c. de patiënt de verplichting tot betaling.[74] Overigens heeft de jurische vormgeving van de arts/patiënt-verhouding niet de bedoeling de samenwerkings- of vertrouwensrelatie uit te sluiten. Evenmin is het vertrouwen van de patiënt afdwingbaar. Het vertrouwen in de arts/patiënt-relatie zal door wederzijdse ondervinding en ervaring moeten groeien.

Bovenstaande maakt duidelijk dat een verregaand uitgekristalliseerd rechtssysteem tot de voorwaarden behoort die de medische praktijk in haar huidige gestalte mogelijk maken. Maar het behoort tot de mogelijkheidsvoorwaarden in een funderende zin. Want het juridische aspect is allerminst kwalificerend voor de medische praktijk. Dat wordt bijvoorbeeld duidelijk uit het feit dat een vertrouwensrelatie niet door het recht kan worden gegarandeerd, maar hoogstens mogelijk gemaakt kan worden. In dit alles anticiperen de juridische regelingen op de ethische bestemming van het medische zonder dat deze bestemming juridisch kan worden bepaald of vastgelegd.

Aan het slot van deze paragraaf over de *funderende* principes van de medische praktijk

---

[70] Leenen (1988) p.24.

[71] Leenen (1988) p.24-25: Zie over medisch professionele standaard ook: Leenen HJJ. *Handboek gezondheidsrecht dl. II - Gezondheid en recht.* Alphen aan de Rijn: Samson 1991², p.34-35.

[72] Leenen (1991) p.46-51.

[73] Leenen (1991) p.27-38.

[74] Leenen (1988) p.247; zie ook Leenen (1991) p.52-56.

willen wij kort iets zeggen over het economische aspect daarvan. In onze studie gaat het immers om de bestemming van de medische praktijk in verhouding tot het kostenvraagstuk. Dat wil zeggen dat wij een bijzondere belangstelling aan de dag leggen voor het economische aspect van de medische praktijk.

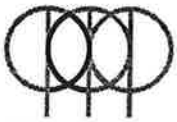
Op de wijze waarop economie en gezondheidszorg met elkaar samenhangen en verweven zijn wordt elders in deze studie uitvoerig ingegaan. Hier willen wij er slechts op wijzen, dat ook het principe van het economische tot de funderende principes van de medische praktijk behoort. Dat wil zeggen dat de medische praktijk in haar huidige gestalte niet bestaan kan zonder een verregaande ontsluiting van het economische aspect. Een veelheid aan economische regelingen en instituties dragen de medische praktijk: de regeling van tarieven, de vergoedingsbepalingen van de verzekeraars, overheidssubsidies en -bijdragen. Ook aan dit aspect van de medische praktijk moet ten volle recht gedaan worden. Tegelijk is het duidelijk dat het om een *funderend* aspect gaat: men mag mensen noodzakelijke zorg niet onthouden, omdat er geen geld meer is. Het ethische aspect van de zorg bepaald met andere woorden de ruimte waarin het economische principe van spaarzame omgang met schaarse goederen kan gelden binnen de medische praktijk.

4.4 Constitutieve principes en verantwoordelijkheid

Men kan uit het bovenstaande verhaal over kwalificerende en funderende principes een tweetal conclusies trekken. In de eerste plaats kan men de verschillende praktijken en instituties, die bij de medische praktijk betrokken zijn (artsen, verzekeraars, zorginstellingen, overheid) typeren aan de hand van de *onderscheiden verantwoordelijkheden*. In dat geval stelt men de specifieke constellatie van kwalificerende en funderende principes, zoals die voor een bepaalde praktijk gelden, centraal. Daarnaast kan men echter ook aandacht geven aan het feit dat recht gedaan moet worden aan de vele aspecten die gemoeid zijn met de medische praktijk, hetgeen betekent dat er in het medische handelen rekening gehouden moet worden met een veelheid van onderscheiden aspecten en principes en regels.

4.4.1 Onderscheiden verantwoordelijkheden

In deze paragraaf willen wij aandacht besteden aan het eerste punt om in de volgende paragraaf nog kort het één en ander te zeggen over de simultane realisatie van normen. Met betrekking tot de onderscheiden verantwoordelijkheden is het duidelijk dat er veel instellingen, organisaties en belangen betrokken zijn bij de gezondheidszorg. Daarin heeft de overheid andere verantwoordelijkheden dan de verzekeraar en deze weer andere dan de arts of de ziekenhuisdirectie. Elk van deze verantwoordelijkheden kan getypeerd worden aan de hand van de specifieke constellatie, waarin de kwalificerende en funderende aspecten met elkaar optreden. De verantwoordelijkheid van de arts is daarbij primair het bevorderen van de gezondheid van de individuele patiënt die hij behandelt. De andere aspecten die er aan zijn handelen kleven staan allemaal onder de kwalificatie van dit ene aspect. Uiteraard is het de verantwoordelijkheid van de arts op spaarzame wijze om te gaan met de middelen die hij voor de uitoefening van zijn professie nodig heeft. Deze



spaarzaamheid kan echter nooit ten koste gaan van de inspanningen, die hij moet verrichten met het oog op de zorg voor de patiënt. Wat in dit geval spaarzaamheid is wordt bepaald door wat noodzakelijk is uit het oogpunt van zorg.

Zo bezien zou men kunnen onderscheiden tussen *kern-* en *mede*-verantwoordelijkheid: kernverantwoordelijkheden zijn die welke samenhangen met het kwalificerende aspect van een bepaalde praktijk. Op deze punten heeft een bepaalde persoon of instelling specifieke, onoverdraagbare verantwoordelijkheden. Daarmee zijn de verantwoordelijkheden van de betrokken personen of instellingen nog niet uitgeput. Maar naast deze kern-verantwoordelijkheid is men eveneens verantwoordelijk voor een evenwichtige realisering van alle normatieve aspecten die aan een praktijk te onderscheiden zijn. Deze verantwoordelijkheid duiden wij aan met het principe van de *simultane realisatie van normen*.

Het begrip 'verantwoordelijkheid' kan binnen deze context gemakkelijk verbonden worden met het begrip kwaliteit: het hebben van een bepaalde taak of verantwoordelijkheid betekent dat men kan worden aangesproken op de kwaliteit van de uitvoering daarvan. In termen van MacIntyre kan men hier spreken van de 'internal goods' van een praktijk: zo is bijvoorbeeld de medische professional primair verantwoordelijk voor het uitoefenen van zijn competentie in overeenstemming met de professionele 'standards of excellence'. Anders gezegd: het is het voor een bepaalde praktijk kwalificerende aspect dat de primaire verantwoordelijkheid van de deelnemers van die praktijk vastlegt.

Deze paragraaf willen we afsluiten met een korte schets van de primaire verantwoordelijkheden van de diverse partijen.

De arts, de medische professie

De arts is primair verantwoordelijk voor de (professionele) kwaliteit van zijn door het ethische aspect van de zorg gekwalificeerde handelen. Dat wil zeggen dat zijn verantwoordelijkheid in eerste instantie wordt bepaald door het appèl van de patiënt op zijn bereidheid tot onbaatzuchtige zorgverlening. De andere, met de funderende funkties verbonden verantwoordelijkheden die de arts daarbij heeft, mogen niet ten koste gaan van deze kern-verantwoordelijkheid. De arts dient het welzijn van zijn patiënt alle prioriteit te geven. Daarbij is de professie verantwoordelijk voor het bewaken van de kwaliteit van het medische handelen van haar leden. Hierbij kan worden opgemerkt dat meer en meer de kwaliteit van de zorg mede-beoordeeld wordt door de patiënt, zonder te ontkennen dat de arts een onoverdraagbare verantwoordelijkheid houdt in het bijzonder voor het medische handelen.

De instelling

De kernverantwoordelijkheid van de instelling (ziekenhuis, verpleeghuis e.d.) is in hoge mate verwant aan die van de arts. Ook voor de instelling geldt dat zij primair verantwoordelijk is voor de kwaliteit van de zorg aan de patiënt. Toch zijn er belangrijke verschillen tussen de verantwoordelijkheid van de arts en die van de instelling. Die zijn gegeven met de twee belangrijke functies van de instelling: 1) de huisvesting van en de zorg voor de patiënt gedurende zijn behandeling; 2) de beschikbaarstelling van faciliteiten die de arts voor de uitoefening van zijn competentie nodig heeft. Vaak werkt het ziekenhuis met een budget en is zij als instelling zelf verantwoordelijk voor de interne verdeling daarvan. Maar

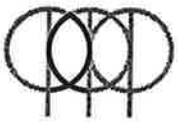
ook deze interne allocatie zal moeten plaatsvinden vanuit het gezichtspunt van de zorg als het kwalificerende aspect van de medische praktijk.

De verzekeraar

De verzekeraar zorgt voor de financiering van de zorg. Daarbij kan onderscheiden worden tussen particuliere verzekeraars, die over het algemeen met winstoogmerk hun bedrijf uitoefenen, en ziekenfondsen, die als uitvoeringsorganen van overheidsmaatregelen kunnen worden beschouwd. Voor de particuliere verzekeraars geldt dat hun onderneming moet worden opgevat als een instelling die door het economische aspect wordt gekwalificeerd. De eerste verantwoordelijkheid van de particuliere verzekeraar is een goede bedrijfsvoering in economische zin. In de praktijk kan dit leiden tot risico-selectie en premiedifferentiatie. Iemand met een groot gezondheidsrisico kan zich nauwelijks verzekeren of betaalt zeer hoge premies. Een commerciële bedrijfsvoering kan met andere woorden gemakkelijk ten koste gaan van de solidariteit. Dit roept de vraag op in hoeverre particuliere verzekeraars met hun economisch gekwalificeerde activiteiten uitvoering kunnen geven aan taken waarmee zozeer belangen van toegankelijkheid van gezondheidszorg en onderlinge solidariteit gemoeid zijn (het recht op zorg is immers een sociaal grondrecht). Wanneer men de financiering van de gezondheidszorg voor een deel aan particuliere verzekeraars wil overlaten, zal de overheid daaraan bepaalde voorwaarden moeten stellen, zodat de toegankelijkheid van de gezondheidszorg en een rechtvaardige verdeling van de beschikbare middelen wordt gegarandeerd. Met betrekking tot het ziekenfonds is reeds duidelijk, dat de overheid deze verantwoordelijkheid vervult omdat hier sprake is van acceptatie-plicht, een wettelijk vastgesteld pakket en bij wet geregelde premies.

Wanneer men gebruik wil maken van de mogelijkheid om de gezondheidszorg (gedeeltelijk) door particuliere verzekeraars te laten financieren betekent dit tevens de mogelijkheid van concurrentie. Zoals we in een later hoofdstuk zullen laten zien zijn de mogelijkheden tot verantwoorde concurrentie echter beperkt. Een concurrentie-vorm die men zich kan voorstellen is naast de prijs-concurrentie met betrekking tot de premies een concurrentie op het zo voordelig mogelijk inkopen van zorg. De huidige beleidsvoorstellen tenderen naar een situatie waarin beslissingen over de aard en de capaciteit en ook kwaliteit van de zorgvoorzieningen op regionaal niveau in het drie-partijenoverleg tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars en gebruikers van zorgvoorzieningen (patiëntenvertegenwoordigers) genomen zullen worden. In die situatie is de zorgverzekeraar medeverantwoordelijk voor de beschikbaarheid en kwaliteit van de voorzieningen waarop de patiënten contractueel aanspraak kunnen maken. Zij wordt gezien als inkoper die kosten en baten afweegt. De zorgverzekeraars kunnen door onderlinge vergelijking van het behandel- en verwijspatroon van artsen, degenen die erg duur werken daarop aanspreken en om verantwoording vragen. Doordat er contracteervrijheid is kan de verzekeraar in principe de arts onder druk zetten.[75] Gezien het feit dat het hierbij gaat om een onderlinge

[75] Doordat in de praktijk vermoedelijk ziekenhuizen met de daarin werkende specialisten een collectief contract met verzekeraars zullen afsluiten zal een verzekeraar moeilijk een individuele arts onder druk kunnen zetten; de verantwoordelijkheid voor onderlinge kwaliteitscontrole blijft dan voor verantwoordelijkheid van de



vergelijking van leden van de professie en gezien de eigen verantwoordelijkheid lijkt ons een dergelijk aanspreken op het medisch handelen terecht. Ook kan er sprake zijn van concurrentie in de wijze waarop een verzekeraar het gedrag van mensen probeert te beïnvloeden. Wie zijn cliënten weet te beïnvloeden tot gezond gedrag of tot een doelmatiger gebruik van middelen kan daardoor minder kosten hebben. Het is bekend, dat het hebben van een verzekering het gedrag van mensen beïnvloedt. In dit verband kan gedacht worden aan gemakkelijke consumptie van zorgvoorzieningen zonder dat daar direct behoefte aan is ('moral hazard').

De overheid

De verantwoordelijkheid van de overheid wordt gekwalificeerd door het juridische aspect: de verantwoordelijkheid voor de 'publieke gerechtigheid'. Ten aanzien van de gezondheidszorg wordt de betrokkenheid van de overheid verwoord in artikel 22 van de Grondwet: *"De overheid treft maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid"*. De overheid is hiermee verantwoordelijk voor de handhaving van een gezond leefmilieu - ter voorkoming van ziekte - en voor de instandhouding van een kwalitatief goed zorgstelsel - gericht op een goede zorgverlening. Letten we op de gezondheidszorg als systeem, dan gaat het hier om twee dingen, namelijk om de verantwoordelijkheid om toe te zien op de kwaliteit van de zorg en de verantwoordelijkheid voor de toegankelijkheid van voorzieningen. Toegankelijkheid heeft vervolgens weer twee aspecten: beschikbaarheid van voorzieningen (via het macro-budget) en een rechtvaardige verdeling over de bevolking (solidariteit).

Het is duidelijk, dat waar de overheid de verantwoordelijkheid om de volksgezondheid te bevorderen op zich neemt, zij de vervulling van deze verplichting niet kan laten afhangen van het toevallige inkomen van de eventuele patiënt. De overheid zal de verzekeraars er daarom toe moeten verplichten een zodanig financieringssysteem tot stand te brengen, dat er een gelijke toegang voor iedere burger tot het basisvoorzieningenpakket is gegarandeerd. Het gaat hier om de beginselen van *gelijke rechten* en *solidariteit*, die met het sociale grondrecht op gezondheidszorg gegeven zijn.

De patiënt

Ook de patiënt heeft uiteraard een eigen verantwoordelijkheid[76] binnen het veld van de gezondheidszorg. Op micro-niveau heeft hij bijvoorbeeld een verantwoordelijkheid voor zijn eigen levensstijl en gezondheid. Hij heeft de verantwoordelijkheid tijdig hulp te zoeken. Hij heeft de verantwoordelijkheid om verstandig gebruik te maken van de beschikbare middelen. Verder is het huidige beleid er op gericht de patiënt (ofwel zorggebruiker) via vertegenwoordigers als volwaardige partij te betrekken bij het regionale overleg over zorgvoorzieningen (zie bij 'De verzekeraar').

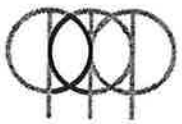
Daarnaast kan men met betrekking tot de patiënt op de diverse niveaus het *ethos*[77] ter sprake brengen, waarbinnen de moderne gezondheidszorg functioneert. Dat neemt niet

---

medische staf en/of het instellingsmanagement (zie ook hfdst. 6).

[76] Over de rechten van de patiënt is reeds gesproken in 4.2.1 en 4.3.2. Overigens gaat het bij de hier genoemde verantwoordelijkheden om morele verantwoordelijkheden, niet om juridische plichten.

[77] Zie voor deze term Achtergrondstudie 2, § 8.



weg dat het ethos van de patiënt voor de verantwoordelijkheden van de andere partijen in het veld niet veel uitmaakt. Wanneer iemand een beroep doet op de arts zal deze in het algemeen gesproken de hulp moeten geven, die hij kan geven, ongeacht de wijze waarop de patiënt zijn eigen verantwoordelijkheden opvat. Een duidelijke uitzondering hierop wordt gevormd door die situaties waar het recht op bepaalde zorg gekoppeld is aan bepaalde voorwaarden waaraan voldaan moet zijn. Te denken valt bijvoorbeeld aan de saneringsregeling bij tandartsen.

4.4.2 Simultane realisatie van normen

Naast het onderscheiden van de verschillende verantwoordelijkheden in het veld moet ook aandacht worden gegeven aan de veelheid van aspecten, die aan ieders verantwoordelijkheid te onderscheiden is. Dat wil zeggen dat men in zijn handelen aan alle aspecten daarvan recht zal moeten doen. Deze gedifferentieerdheid van de verantwoordelijkheid kan worden omschreven met de woorden 'simultane realisatie van normen'[78] en is erop gericht te voorkomen, dat in het handelen één specifieke norm (bijvoorbeeld de economische) een overheersende rol gaat spelen ten koste van de anderen.

Toegepast op het handelen van de arts betekent dit dat de arts zuinig met middelen dient om te gaan, juridische regels in acht moet nemen, tactisch behoort te zijn naar de patiënt, in het stellen van zijn diagnoses redelijke gevolgtrekkingen dient te maken etc. De arts moet met andere woorden aan alle (normatieve) aspecten die aan het medisch handelen onderscheiden kunnen worden recht doen. De wijze waarop hij dat doet moet echter gestempeld zijn door het aspect van de zorg. Binnen de grenzen van wat goede zorg is voor de patiënt moet de arts spaarzaam handelen. Zijn vorm van spaarzaamheid mag echter niet ten koste gaan van de zorg voor de patiënt. Daarom kan de arts in zijn medisch handelen ook niet aansprakelijk gesteld worden voor verdelingsvraagstukken. Dat wil niet zeggen dat de arts nooit met verdelingsvraagstukken te maken heeft. Soms zal een arts met een beperkt aantal plaatsen op de *intensive care* moeilijke beslissingen moeten nemen: welke patiënt gaat voor. Toch zal hij deze beslissing moeten nemen volgens medische criteria. Hij is niet verantwoordelijk voor het aantal aan een instelling toegekende plaatsen op de *intensive care*, maar hij moet binnen de gegeven omstandigheden er wel zo verantwoord mogelijk mee omgaan.

4.5 Regulatieve principes

Met het aanhoren van de klacht en het stellen van de diagnose (al dan niet met behulp van aanvullende diagnostiek) is het medisch handelen nog niet tot een einde gekomen. Integendeel: in zekere zin begint het pas. Na de diagnose en (evt. de geobjectiveerde

[78] Deze term is ontleend aan Kooy TP van der. De gereformeerde wereld en de theologie. *A.R. Staatkunde* (1974) no.2, p.37-56; aangehaald in: Woldring & Kuiper (1980) p.154. Vgl. Kooy TP van der. *Op het grensgebied van economie en religie*. Wageningen 1957.

indicatiestelling[79]) zal een behandeling moeten plaatsvinden. Uiteindelijk is het de behandeling, waardoor de arts zijn doel ten aanzien van de patiënt zal moeten bereiken.

Met betrekking tot de behandeling wordt tegenwoordig veelvuldig gesproken van 'zorg op maat'. In hoeverre kan ieder de behandeling krijgen, waar hij het meest bij gebaat is? In dit kader wordt steeds nadrukkelijker ook het thema van de indicatiestelling aan de orde gesteld. Immers, een duidelijke en geobjectiveerde indicatiestelling zal ertoe kunnen leiden dat men precies de hulp krijgt die men voor het eigen individuele geval nodig heeft. De wens van de overheid om de toegang tot de AWBZ-verstrekkingen via 'onafhankelijke indicatiestelling' te doen plaatsvinden lijkt vooral een bezuinigingsdoelstelling te bezitten[80] door de kosteneffectiviteit van allerlei behandelwijzen en therapieën controleerbaar te maken.

Wanneer het gaat om zaken als van de indicatie-stelling en het behandelingsplan komen de doelen van het medisch handelen steeds meer in zicht. Eerder hebben wij reeds gewezen op het verschil tussen doel en bestemming van de medische praktijk. Met betrekking tot de individuele patiënt en de vraag wat er aan zijn klacht gedaan moet worden kan gesproken worden van het doel van het medische handelen. Met betrekking tot de vraag naar het specifieke karakter van de medische praktijk hebben wij er de voorkeur aan gegeven te spreken van haar bestemming. Daardoor willen wij voorkómen dat de aandacht vrijwel alleen uitgaat naar het resultaat of het produkt van het medische handelen. Ook los van dit resultaat of produkt heeft medische zorg een eigen kwaliteit. Tevens willen wij door over de bestemming van de medische praktijk te spreken beklemtonen dat ook de doelen die men door middel van het medische handelen nastreeft genormeerd zijn door de constitutieve principes van de medische praktijk.

Vaak wordt gezegd, dat het handelen van de arts in de eerste plaats is gericht op het genezen (*cure*). Het zou vooral de taak van verpleegkundigen zijn om voor de zieke in zijn nood te zorgen (*care*). Het zal duidelijk zijn dat wij voor een dergelijke rigide arbeidsdeling geen grond zien. Waar wij de medische praktijk gekwalificeerd achten door het ethische, menen wij dat ook het handelen van de arts in eerste instantie met het woord zorg kan worden aangeduid, ook al zal zijn zorg vooral ook tot uitdrukking komen in zijn inspanningen om de patiënt waar mogelijk te genezen.

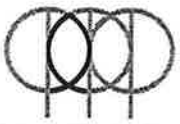
Lindeboom beriep zich in zijn werk bij herhaling op een uitspraak van de franse arts Paré, die de taak van de arts aldus aanduidde: "guérir parfois, soulager souvent, consoler toujours".[81] Het genezen is slechts een onderdeel van de medische praktijk. De arts doet wat in zijn vermogen ligt om de 'verstoring' uit het leven van de patiënt weg te nemen. Daar waar hij echter niet in staat is zulks te doen wordt het medische handelen niet zonder meer nutteloos. Daarom hechten wij eraan het medisch handelen op te vatten als gekwalificeerd door het ethische aspect van de zorg.

---

[79] Vgl. Nationale Raad voor de Volksgezondheid (1994). In dit rapport wordt het begrip 'indicatiestelling' als volgt gedefinieerd: "Indicatiestelling is het resultaat van een geformaliseerd proces van het op objectiveerbare wijze vaststellen van de hulpbehoefte en het vervolgens aangeven van de in dat kader in redelijkheid aangewezen zorg naar aard, inhoud en omvang" (p.9).

[80] Donker MCH. *In de trechter, door de mangel? - Kosteneffectiviteit en zorg op maat in de geestelijke gezondheidszorg* (inaugurele rede) Rotterdam 1994, p.19.

[81] "Soms genezen, dikwijls verlichten, altijd troosten". Vgl. Strijbos (red.) (1992) p.50.



Wij willen in deze paragraaf echter niet nog eens ingaan op het kwalificerende aspect van de medische praktijk, maar veeleer laten zien dat het zicht dat men heeft op de bestemming van de medische praktijk niet onafhankelijk is van een omvattender zinkader of -perspectief. En in dit verband willen wij spreken van de regulatieve gezichtspunten, die richtinggevend zijn voor de ontwikkeling en ontplooiing van de medische praktijk. Wat bedoelen wij daarmee?

Het feit dat de arts in de medische praktijk te maken heeft met een concrete patiënt die aan een concrete ziekte lijdt, laat zijn handelen niet onverschillig. In de patiënt ontmoet de arts iemand met levensovertuigingen, met verwachtingen ten aanzien van het leven, met opvattingen omtrent het *goede leven*, met levensvragen en met een visie op de zin van het lijden of van ziekte.

Tegelijk is de arts zelf iemand die zich in zijn doen en laten door dergelijke ideeën laat leiden. Ook de arts heeft zijn eigen overtuigingen ten aanzien van wat het goede leven is en wat onder gezondheid moet worden verstaan. En de arts kan al deze zaken niet buiten beschouwing laten als hij iemand behandelt. Sterker nog: het zou uitgesproken onwenselijk zijn wanneer hij deze ideeën uit zou schakelen, omdat ze alles te maken hebben met zijn eigen motivatie en zijn betrokkenheid bij het lijden van de patiënt.

Er moet echter worden vastgesteld, dat de wereldbeschouwelijke horizon van waaruit wij argumenten of wetenschappelijke bewijsvoeringen laten gelden, steeds meer een privé-aangelegenheid lijkt te zijn geworden. Of sterker nog: dat wetenschap en techniek zelf steeds meer de plaats van een regulerende wereldbeschouwing zijn gaan innemen (vgl. hfdst. 2.1). Daardoor is het in onze pluralistisch geworden samenleving steeds moeilijker geworden de eenheid in de professie te handhaven. Er bestaat geen vanzelfsprekende consensus meer over de regulatieve gezichtspunten, overtuigingen, ideeën of wereldbeschouwing. Men is ze steeds meer gaan beschouwen als privé-meningen, die niet rationeel of wetenschappelijk gerechtvaardigd kunnen worden. Vaak bieden slechts wetenschap en technologie zich aan als een boven-individueel geldend kader van argumentatie en legitimatie.[82] Dat is wellicht de belangrijkste reden waarom wetenschap en technologie in de moderne medische praktijk zo'n autonome rol lijken te spelen.

In een aantal opzichten kan men dit juist zien als één van de centrale thema's in het werk van Foucault. In zijn *Geboorte van de kliniek* citeert hij Guardia in diens uitspraak: "de gezondheid neemt de plaats van het heil in". Foucault vervolgt: "De geneeskunde houdt de moderne mens het eigenzinnige en geruststellende gezicht van zijn eindigheid voor; daarin wordt de dood voortdurend bezworen: ondergaan en tegelijk uitgebannen; en als hij de mens onafgebroken het einde aankondigt dat hij in zich meedraagt, dan spreekt hij hem ook over die technische wereld die de bewapende positieve en volle vorm van zijn eindigheid is".[83]

De medische wetenschap is voor Foucault het voorbeeld bij uitstek, waar de eindige mens object is geworden van positieve wetenschap en waar deze positieve kennis omtrent de eindige mens een fundamentele betekenis krijgt. De mens interpreteert zichzelf niet langer in termen van een wereldbeschouwing die de positieve kennis omtrent de mens

[82] Vgl. Habermas J. *Technik und Wissenschaft als 'Ideologie'*. Frankfurt a/M. 1969[3].
[83] Foucault M. *Geboorte van de kliniek - Een archeologie van de medische blik*, Nijmegen: SUN 1986, p.242.

overstijgt. Om die reden kan het verschil tussen moderne en klassieke geneeskunde niet op de noemer van een gestage en continue vooruitgang worden gebracht. Nee, dat verschil is veeleer van kwalitatieve aard: "veranderd zijn de vormen van de zichtbaarheid; de nieuwe geest van de geneeskunde (...) mag niet aan een psychologische of epistemologische zuivering worden toegeschreven; hij is niets anders dan een epistemologische herorganisatie van de ziekte, waarin de grenzen tussen het zichtbare en het onzichtbare nieuw worden getrokken".[84]

De verdwijning van bindende, boven-subjectieve wereldbeschouwingen en de stilzwijgende vervanging ervan door wetenschap en technologie wil evenwel niet zeggen, dat men het kan doen zonder ideeën omtrent het goede leven of het hoogste goed. Integendeel. Veeleer zijn dergelijke regulatieve gezichtspunten binnen de hedendaagse, pluralistische situatie steeds meer impliciet geworden en oefenen zij hun werking op een onbewuste en ongecontroleerde wijze uit.[85]

Om die reden zal het beleid rond de gezondheidszorg zich rekenschap moeten geven van de regulatieve gezichtspunten, die aan de huidige ontwikkelingen in de medische praktijk leiding en richting geven. Slechts dan kan voorkomen worden dat het beleid een instrument wordt van die impliciet blijvende regulatieve gezichtspunten, die tot uitdrukking komen in wat kan worden aangeduid als de 'mythe van de totale beheersing'[86] en de 'technologische imperatief'.[87] De beleidsmakers kunnen er naar onze mening niet omheen dergelijke richtinggevende gezichtspunten expliciet te maken en aan een publiek debat te onderwerpen, wil men althans voorkomen het paard achter de wagen te spannen. Met een op 'beheersing' gericht beleid blijft de invloed van regulatieve gezichtspunten die tot een voortdurende overschrijdingstendens leidt namelijk onaangetast.

Tevens kan men verdedigen dat de overheid hier een sturende taak heeft, bijvoorbeeld door toe te zien op een verantwoorde invoering van nieuwe technologieën[88] en een zodanige spreiding van verantwoordelijkheden en bevoegdheden dat voorkomen wordt dat één van de regulatieve gezichtspunten dominant wordt. Ook de patiënten-organisaties kunnen een belangrijke rol vervullen bij het expliciet maken en waar mogelijk (bij-)sturen van de regulatieve gezichtspunten die aan de ontwikkelingen in de hedendaagse gezondheidszorg richting geven.

4.6 Conclusie

Wij hebben gepleit voor het maken van een onderscheid tussen constitutieve en regulatieve

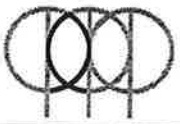
[84] Foucault (1986) p.239.

[85] Vgl. Strijbos S. Techniek en pluralisme: uniformering en pluralisering van cultuur en samenleving. In: Boer Th de & Griffioen S (red.). *Pluralisme*. Meppel/Amsterdam: Boom 1995.

[86] Vgl. de titel van: Baars J. *De mythe van de totale beheersing - Adorno, Horkheimer en de dialektiek van de vooruitgang*. Amsterdam 1987. Baars spreekt van een "ideaal dat nog steeds hoog in het vaandel staat geschreven van de dominante politieke oriëntatie, nl. het ideaal van een totale, *alomvattende beheersing*" (p.10).

[87] Hieronder verstaan wij de imperatief dat wat technisch mogelijk is ook gedaan moet worden: wat kan, moet!

[88] Vgl. Commissie 'Keuzen in de zorg' (1991) hfdst. 8; zie ook hfdst. 1.1 van dit rapport.



principes in de medische praktijk. Binnen de constitutieve principes maakten we nog een nader onderscheid tussen kwalificerende en funderende principes. In ons betoog hebben wij de medische wetenschap en technologie beschouwd als zaken die voor de moderne medische praktijk constitutief zijn in funderende zin. Men kan zich de huidige medische praktijk niet voorstellen zonder de wetenschappelijke bestudering van de werkelijkheid en een hoogontwikkelde technologie. Hetzelfde geldt voor de economische en juridische organisatie van de gezondheidszorg: ook daarin is sprake van een verregaande differentiatie in taken en functies die in de hedendaagse medische praktijk vooronderstelde zijn en haar in funderende zin mogelijk maken.

Tegelijk hebben wij echter betoogd dat het ethische kwalificerend is voor de medische praktijk: de medische relatie komt tot stand door het als moreel te kwalificeren appèl, dat de patiënt doet op de arts om hem te helpen in zijn nood. In termen van Dooyeweerd betekent dit, dat het ethische het *kwalificerende aspect* of de *bestemmingsfunctie* is van de medische praktijk.

Tenslotte hebben wij op de *regulatieve* zijde van de binnen de medische praktijk vigerende normativiteit gewezen. Immers, de medische praktijk kan zich in haar bestemming slechts ontsluiten onder de leiding van regulatieve gezichtspunten of ideeën. Deze ideeën hebben betrekking op datgene wat voor de kern van het ethische of morele gehouden wordt (de kwalificerende functie), op de zin van het medisch handelen, op de mens en op de zin en bestemming van de werkelijkheid.

Welke consequenties hebben deze denkbeelden nu voor de professionele autonomie van de arts en de vraagstukken rond de kostenbeheersing in de gezondheidszorg? Aan die vragen zal in de komende hoofdstukken uitvoerig aandacht worden besteed. Wij willen hier echter een aantal algemene lijnen naar voren halen.

In de eerste plaats hebben wij willen betogen, dat de autonomie van de professie uit de aard van de medische praktijk voortvloeit. De verantwoordelijkheid van de arts en de bijbehorende competenties maken dat de autonomie van de arts in tal van opzichten dient te worden gerespecteerd.

De belangrijkste consequentie van deze zienswijze is dat men van de arts niets kan vragen dat strijdig is met het door hem nagestreefde welzijn van de patiënt. Ook een stelsel dat (financiële) prikkels bevat die hiermee op gespannen voet staan is ongewenst. Dit volgt uit het principe dat kwalificerend is voor de medische praktijk.

Vervolgens betekent dit ook dat de arts in zijn beroepsuitoefening een veelheid van (funderende) principes, regels en normen tot gelding dient te laten komen: hij dient zijn kennis op peil te houden en de ontwikkelingen in medische wetenschap en technologie adekwaat te volgen; hij dient spaarzaam om te gaan met de ter beschikking staande middelen; hij dient de voor zijn beroepsuitoefening relevante wetgeving te respecteren; hij dient de sociale omgangsvormen in acht te nemen en goed te communiceren met zijn patiënten. Het zal duidelijk zijn dat de arts daartoe ook de benodigde ruimte moet ontvangen.

In de derde plaats leggen de constitutieve principes (funderend èn kwalificerend) de kwaliteitsmaatstaven van de medische praktijk en daarmee tevens de criteria voor de kwaliteit van het medische handelen vast. Het behoort tot de primaire verantwoordelijkheid van de professie om op de kwaliteit van haar handelen toe te zien. Deze zelfregule-

ring behoort nadrukkelijk tot de definitie van professionele autonomie. Met name het rapport *Medisch handelen op een tweesprong* legt hier de vinger bij en komt met scherpe en steekhoudende aanbevelingen om de interne kwaliteitscontrole te verbeteren.[89] Eén van de hoofdpunten uit dit rapport is de beklemtoning van het belang van een toetsbare opstelling binnen de professie. Of in termen van ons eigen onderzoek: waar de individuele leden van de professie zich niet aanspreekbaar opstellen, dreigen er meer oneigenlijke elementen in het medisch handelen binnen te sluipen. De morele basis voor de autonomie-claim van de professie vervalt precies daar waar haar leden een geringe bereidheid tot het afleggen van verantwoording tonen.

In de vierde plaats behoort het tot de onvervreemdbare autonomie van de arts dat hij zijn beroep in overeenstemming met zijn geweten moet kunnen beoefenen. Hiermee willen wij niet het individuele geweten tot norm van de medische praktijk maken, maar wel aandacht vragen voor het gegeven, dat men een arts niet kan dwingen tegen de hem motiverende regulatieve gezichtspunten ofwel tegen zijn ethos in te handelen.[90] Zo behoort het onzes inziens tot de professionele autonomie van de arts dat hij kan weigeren mee te werken aan euthanasie, wanneer de patiënt daarom verzoekt. Daarbij is de weigering om door te verwijzen naar een andere arts die geen gewetensbezwaar heeft tegen euthanasie inbegrepen. Het betekent ook dat een arts die in een bepaalde situatie verdergaand medisch handelen voor zinloos houdt, nooit door de patiënt of zijn familie kan worden gedwongen dergelijke behandeling toch voort te zetten, hoezeer van de gezichtspunten van de familie ook aandachtig kennis genomen dient te worden. Maar evenzeer betekent het dat een arts die bepaalde handelingen voor noodzakelijk houdt met het oog op het welzijn van een wilsonbekwame patiënt, daarin een eigen verantwoordelijkheid kent.

Dit alles maakt tevens duidelijk dat het van enorm groot belang is de verschillende regulatieve gezichtspunten en ideeën, die binnen de gezondheidszorg vigeren te expliciteren en er openlijk over te discussiëren. Naar vermogen moet worden voorkomen dat dergelijke gezichtspunten hun regulerende werking impliciet uitoefenen zonder kritisch getoetst of bekritiseerd te kunnen worden. Daarbij kan men niet om een sturende verantwoordelijkheid voor de ontwikkelingen in de gezondheidszorg heen. Zo zal bijvoorbeeld een ontwikkeling waarbij het zorgstelsel wordt geconfronteerd met steeds hogere aanspraken of verwachtingen moeten worden gekeerd. Hetzelfde geldt voor de 'technologische imperatief' ('wat kan, moet'). Een bewust en selectief gebruik van voorzieningen zal veel sterker moeten worden bevorderd.

Met betrekking tot de de schaarste-problematiek in de gezondheidszorg kan het bovenstaande als volgt worden toegespitst. Men kan van de arts niet vragen om zelf de criteria te bepalen volgens welke de beschikbare middelen in de gezondheidszorg moeten worden verdeeld of - erger nog - te moeten beslissen over de vraag welke patiënten wel of niet in aanmerking komen voor een bepaalde behandeling vanuit overwegingen van

[89] Gezondheidsraad. *Medische handelen op een tweesprong*. Den Haag 1991. Dat dit soms wel nodig is blijkt uit: Lens P, Wal G van der. Een onderzoek naar dysfunctioneren van specialisten. *Ned tijdschr Geneeskd* 138 (1994) no.22, p.1127-31.

[90] Pellegrino (1994) p.10v.

kostenbeheersing. Een dergelijke eis zou de arts in conflict kunnen brengen met de principes welke constitutief of kwalificerend zijn voor zijn handelen.[91] De individuele arts heeft geen directe verantwoordelijkheid voor de allocatie van schaarse goederen. Wel kan de professie als geheel door het verschaffen van adekwate informatie de overheid proberen te beïnvloeden in haar besluitvorming omtrent de besteding van haar budget. De patiënt mag in de individuele arts/patiënt-relatie evenwel van de arts verwachten, dat hij alles doet wat in zijn vermogen ligt om hem bij te staan, te genezen en te verzorgen. Dit is wezenlijk voor de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt.

Dit betekent dat de vraag naar de noodzakelijkheid van bepaalde behandelingen (het eerste criterium uit de trechter van Dunning) een politieke vraag is. Het is de politiek die moet vaststellen welke gezondheidszorg noodzakelijk is om aan de grondwettelijke verplichting van de overheid te voldoen. Daarmee dient de overheid tevens de grenzen vast te stellen van de uit de publieke middelen te bekostigen gezondheidszorg. Aan de invulling van het begrip noodzakelijke zorg is onzes inziens een belangrijke bijdrage geleverd door de commissie Dunning met haar *gemeenschapsgerichte* benadering van gezondheid.[92]

Maar behalve aan de constitutieve voorwaarden van de medische praktijk, zoals die thans reilt en zeilt, moet er aandacht gegeven worden aan de regulatieve gezichtspunten die richting geven aan de ontwikkelingen in de gezondheidszorg. Dikwijls blijven deze gezichtspunten in hoge mate impliciet. En in onze tijd lijken ideeën en noties, die de positieve kennis van de wetenschappen overschrijden hun legitimatie-basis te hebben verloren. Maar het feit dat het onmogelijk is een wetenschappelijke rechtvaardiging te geven van de eigen fundamentele overtuigingen en ideeën, betekent nog niet dat ze daarmee onbelangrijk zijn geworden of zonder betekenis zijn.

Het pleidooi voor het onderscheid tussen constitutieve en regulatieve elementen in de structuur van de medische praktijk heeft tweeërlei strekking. In de eerste plaats vormen de constitutieve voorwaarden voor de medische praktijk de belangrijkste aanknopingspunten voor een beleid gericht op kostenbeheersing. Daarbij zal men de eigen aard van de medische praktijk moeten respecteren en geen beleid moeten voeren, dat in strijd is met de constitutieve voorwaarden voor deze praktijk. In de tweede plaats dient ieder beleid dat op kostenbeheersing is gericht oog te hebben voor de regulatieve zijde van de gezondheidszorg en te onderkennen dat deze zijde niet zonder meer met behulp van instrumentele beleidsmaatregelen onder controle kan worden gebracht.

Het laatstgenoemde punt kan niet genoeg benadrukt worden. Een veronachtzaming van de regulatieve sfeer in de medische praktijk heeft tot gevolg dat het beleid blind is voor de levensbeschouwelijke drijfveren achter de ontwikkelingen in de gezondheidszorg. Hoe moeilijk het misschien ook is om over deze zaken intersubjectieve overeenstemming te bereiken, de invloed ervan mag niet worden onderschat. Men zal zich kritisch moeten afvragen in hoeverre de schaarste-problematiek in de gezondheidszorg en de voortdurend opwaartse druk op de kosten van de medische praktijk niet samenhangt met de impliciete regulatieven van de hedendaagse medische praktijk.

Om die reden is het evenzeer voor de arts als lid van de medische professie van belang

[91] Pellegrino (1994) p.14.

[92] Commissie Dunning (Commissie Keuzen in de zorg). *Kiezen en delen*. Den Haag 1991, p.38.

om zichzelf bewust te zijn van de regulatieve gezichtspunten en levensbeschouwelijke drijfveren in zijn eigen medisch handelen. Tevens is het belangrijk voor de professie als geheel om met dergelijke vragen om te gaan. De kwaliteit van het professionele handelen wordt namelijk niet alleen bepaald door de medisch-wetenschappelijke competentie van de arts, maar evenzeer door zijn ethos opgevat als de attitude waarmee de arts zich verhoudt tot alle normatieve aspecten van de medische praktijk. Het is wenselijk dat naast de medisch-wetenschappelijke kant van de professionele beroepsuitoefening ook de ontwikkeling van een professioneel ethos veel meer aandacht krijgt in de opleiding tot arts.

Hoewel het bijzonder moeilijk is om consensus te bereiken omtrent de regulatieve gezichtspunten die ons ethos vormen, is dat op zichzelf geen reden om discussie over deze zaken te vermijden. Integendeel: veeleer kan de professie slechts door zich intensief bezig te houden met het eigen ethos betekenis geven aan de originele betekenis van het woord professie. Zo geeft Webster's Dictionary onder andere de volgende definitie van het woord 'Profession': "an act of openly declaring or publicly claiming a belief, faith or opinion: an avowed statement or expression of intention or purpose".[93]

Nu wij in dit tweede deel onze visie op de professie en de professionele verantwoordelijkheid hebben uiteengezet, willen wij in het derde deel tot een evaluatie komen van verschillende beheersinstrumenten ten aanzien van het vraagstuk rond de volume- en kostenbeheersing in de gezondheidszorg. In die evaluatie willen wij recht doen aan wat wij als de interne bestemming van de medische praktijk beschouwen. Daarom willen wij dit tweede deel van onze studie afsluiten met een conclusie die als een soort algemene richtlijn kan dienen bij de evaluatie van de in het derde deel te beschrijven beheersinstrumenten. Deze richtlijn hebben wij als volgt geformuleerd:

> ***Bij de beheersing van de kosten van de gezondheidszorg genieten die beheersinstrumenten de voorkeur die optimaal aansluiten bij de (interne) bestemming van de medische praktijk.***
>
> ***Het gaat daarbij om instrumenten die de onoverdraagbare verantwoordelijkheid van de arts om primair het welzijn van de patiënt te behartigen, eerbiedigen en die verder de arts aanspreken op de optimale uitoefening van zijn competentie (in de volle verscheidenheid van regels en principes die voor de medische praktijk gelden), en de (be)handelingsruimte die hij daarvoor nodig heeft respecteren.***

[93] Vgl. Strijbos S. Professionele autonomie en de (tand)arts-patiënt relatie. *Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde* 102 (1995), in druk; zie ook Jochemsen H, Strijbos S, Hoogland J. The medical profession in modern society - the importance of defining limits. In: Kilner JF, Cameron NM de S, Schiedermacher DL (eds.). *Bioethics and the future of medicine: a christian appraisal.* Grand Rapids: Eerdmans 1995 (forthcoming).

DEEL III

Beheersinstrumenten in de gezondheidszorg

HOOFDSTUK 5
Professionele autonomie, zorgstelsel en beheersinstrumenten

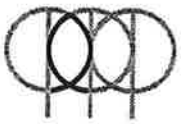
Samenvatting

Omdat het medisch handelen aanleiding geeft tot een groot deel van de kosten van de gezondheidszorg dient in het vraagstuk van het economisch beheer van de gezondheidszorg veel aandacht uit te gaan naar de arts, en in het bijzonder naar de autonomie waarmee deze beslissingen kan nemen die belangrijke consequenties hebben voor de kosten. De feitelijke betekenis van de professionele autonomie voor de totale uitgaven aan medische zorg manifesteert zich in twee fasen: in de eerste plaats via de invloed van de professie op de beschikbaarheid van medische voorzieningen, en in de tweede plaats via de aanwending van de beschikbaar gestelde voorzieningen in de individuele arts/patiënt-relatie. Deze empirische, feitelijke autonomie van de medische professie, die men kan onderscheiden van professionele autonomie als normatieve claim, kan als behandelvrijheid beschreven worden in termen van structuurkenmerken van het zorgstelsel.

Het zorgstelsel vormt economisch gezien de organisatorische bedding van de zorgverlening en is als zodanig hieraan dienstbaar. Het zorgstelsel kan zo bezien beschreven worden als een economische organisatievorm. Het gaat dan om de verdeling van eigendomsrechten en bevoegdheden over de partijen in het veld, alsmede over de 'incentives' tot het handelen en de regels voor coördinatie op de verschillende aggregatieniveaus. Drie verschillende zorgstelsels kunnen ideaaltypisch worden onderscheiden, waarbij elk type een kenmerkende beheersdoelstelling heeft, maar ook kenmerkende beheersproblemen.

In het gildesysteem heeft de medische professie een grote behandelvrijheid die gemotiveerd wordt met argumenten van kwaliteit en de realisering van een vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt. Bij een toename van de medische mogelijkheden als gevolg van technologische vernieuwingen kan deze behandelvrijheid echter resulteren in een snelle stijging van de kosten en een grote variatie in het medisch handelen. Een planmatige gezondheidszorg wordt gekenmerkt door een grote en gedetailleerde overheidsbemoeienis met het oog op de solidariteit en verdelende rechtvaardigheid. Kwaliteitsverlies en ondoelmatigheid kunnen echter het gevolg zijn als de medische professie de vergaande overheidsinvloed als een inbreuk op haar competentiesfeer beschouwt en zich daarom niet meer laat aanspreken op deze competentie. In een concurrerend zorgstelsel staat vanuit economisch gezichtspunt de doelmatigheid van de zorgverlening centraal. Deze wordt nagestreefd via concurrentie tussen individuele artsen, instellingen en verzekeraars. Voor de individuele patiënt kan op deze wijze aan iedere zorg- en kwaliteitsvraag tegemoet gekomen worden, zolang hij tenminste kan betalen. Voor de samenleving als geheel dreigt echter een gebrek aan solidariteit omdat de markt ordent op basis van koopkracht en niet op basis van de behoefte aan zorg.

Het Nederlandse zorgstelsel bevindt zich sinds haar ontstaan in de nabije omgeving van het gildesysteem. Concreet betekent dit, dat de medische professie in Nederland een grote invloed heeft op de beschikbaarstelling van (nieuwe) medische



voorzieningen door overheid, verzekeraars en instellingen en een grote keuzevrijheid bij de aanwending van deze voorzieningen. Met de behandelvrijheid kent de Nederlandse gezondheidszorg ook de beheersproblemen van het gildesysteem, te weten een snelle kostengroei en een grote variatie in het medisch handelen. Deze problemen doen de vraag rijzen naar instrumenten voor een economisch beheer van de gezondheidszorg.

Dit beheer richt zich op het tot stand brengen van een zorgstelsel dat een optimale realisering van de medische praktijk, d.i. een optimale patiëntenzorg mogelijk maakt en bevordert. Aan de medische praktijk kunnen verschillende aspecten worden onderscheiden, die hun eigen normen kennen. Men kan deze aspecten beschouwen als kwaliteitsaspecten in de zin dat de normatieve principes die voor deze aspecten gelden tevens de kwaliteitsmaatstaven voor de betreffende praktijk vastleggen. Het kwalificerende aspect van de medische praktijk is tevens het kwalificerende kwaliteitsaspect. Dit is het ethische aspect waarvoor het normatieve principe benevolence geldt: een normatieve houding die het welzijn van de ander als intrinsiek waardevol beschouwt.

Daarnaast kunnen aspecten van kwaliteit worden onderscheiden die zijn verbonden met de funderende principes van de medische praktijk, namelijk het wetenschappelijke en technische, het juridische, het sociale en het economische aspect. De kwaliteit van zorg wordt bepaald door de simultane realisering van al deze kwaliteitsaspecten onder leiding van het kwalificerende aspect.

Het zorgstelsel behoort dienstbaar te zijn aan de kwaliteit van de zorgverlening. Het kwalificerend kwaliteitsaspect dat het zorgstelsel dient te respecteren en te bevorderen (maar dat de actoren zelf dienen te realiseren) is de onbaatzuchtige gerichtheid op het welzijn van de (noodlijdende) medemens. Tegelijkertijd dient door al de partijen in de gezondheidszorg aan de andere kwaliteitsaspecten recht gedaan te worden. Aansluitend bij de bespreking van de drie ideaaltypische zorgstelsels onderscheiden we de volgende complexe kwaliteitsaspecten: a) optimale kwaliteit van de medische zorg, hetgeen o.a. inhoudt een hoge medisch-technische competentie van de arts (wetenschappelijk en technisch aspect van kwaliteit), en een goede vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt (sociale aspect van kwaliteit); b) doelmatigheid en volume- en kostenbeheersing (economisch aspect van kwaliteit); c) toegankelijkheid en rechtvaardige verdeling (juridische aspect -van de verdelende rechtvaardigheid- van kwaliteit). (Het nastreven van optimale kwaliteit in de diverse aspecten van de zorg kan ook als evenzovele doelstellingen van het zorgstelsel worden beschreven).

Doelmatigheid, dat we dus zien als een aspect van kwaliteit, heeft meerdere verschijningsvormen. Technische doelmatigheid gaat over de mate van verspilling bij het uitvoeren van een medische verrichting. Allocatieve doelmatigheid heeft betrekking op de toewijzing van voorzieningen aan personen, of algemener aan behoeften; allocatieve doelmatigheid kan daarom ook verdelende doelmatigheid genoemd worden. Dynamische doelmatigheid heeft betrekking op de vernieuwing van medische voorzieningen door middel van innovatie en technologische vooruitgang. Concreet gaat het hierbij om de introductie van effectievere of efficiëntere behandelmethoden en apparatuur. Transactiedoelmatigheid, tenslotte, houdt verband met de uitvoeringskosten van het zorgstelsel, die onder meer betrekking hebben op administratie, informatie en coördinatie.

De omschrijving van het economische beheer in de gezondheidszorg kan uitge-

werkt worden naar de verschillende partijen in het veld aan de hand van de onderscheiden verantwoordelijkheden die in hoofdstuk 4 ter sprake zijn gebracht. De arts is dan verantwoordelijk voor de kwaliteit van de behandeling, inclusief de technische doelmatigheid. De instelling voor kwaliteit van de verzorging, kwaliteit van apparatuur en hulpmiddelen en voor de technische en dynamische efficiëntie hiervan. De verzekeraar is verantwoordelijk voor een goede, inzichtelijke financiering van de gezondheidszorg en de transactiedoelmatigheid hiervan. In de nieuwe verhoudingen waar het stelsel naar toe groeit (het zgn. drie-partijen-overleg op regionaal niveau) kan de verzekeraar medeverantwoordelijk worden geacht voor de beschikbaarheid van de voorzieningen waarop de verzekerden aanspraak hebben. De overheid tenslotte, is verantwoordelijk voor het bevorderen en bewaken van de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorgvoorzieningen, dat wil zeggen voor de realisering van de bovengenoemde normen van het zorgstelsel. Daarbij gaat het om de allocatie van collectieve voorzieningen over meerdere beleidsterreinen binnen en buiten de gezondheidszorg. De allocatieve doelmatigheid staat daarbij centraal, maar ook de transactiedoelmatigheid van het zorgstelsel behoeft aandacht omdat niet alleen verdelende doelmatigheid nagestreefd wordt maar ook verdelende rechtvaardigheid (toegankelijkheid).

In het economische beheer van de gezondheidszorg kan aanleiding bestaan tot het hanteren van beheersinstrumenten als één of enkele van de verschillende normen die gelden voor de zorgverlening onvoldoende gerealiseerd worden. Deze beheersinstrumenten beogen een aanpassing van de structuur van het zorgstelsel. Dat kan een integrale aanpassing zijn, zodat bijvoorbeeld een gildesysteem wordt omgezet in een planmatige gezondheidszorg of in een concurrerend stelsel. Maar ook een structuurverandering van een onderdeel van een bepaald type zorgstelsel zoals bijvoorbeeld de methodiek van honorering is denkbaar.

Vanuit de Nederlandse beheersproblematiek en -discussie worden vier instrumenten geselecteerd voor een nadere bespreking: 1) de invoering van geregelde concurrentie zoals voorgesteld door de commissie-Dekker en staatssecretaris Simons; 2) protocollering als onderdeel van de professionele zelfregulering; 3) budgettering als instrument om een open-einde-financiering te sluiten; en 4) de beïnvloeding van het medisch handelen van artsen met financiële prikkels via het honoreringssysteem.

5.1 Inleiding

In aansluiting op de vorige hoofdstukken vatten wij in het vervolg met Unschuld twee elementen op als beslissend voor het begrip 'professie': 'das Streben nach selbstloser Dienstleistung' en 'die Unabhängigkeit in der Ausübung der Berufstätigkeit'. Waar het eerste element meer een kwestie is van ethos en aanspreekbaarheid van de arts (zie hfdst. 4 en Achtergrondstudie 2), kan het tweede element gedeeltelijk beschreven worden in termen van de kenmerken van het zorgstelsel, zoals dat in een bepaald land functioneert. Als we dit doen kunnen we het begrip 'professionele autonomie' explicieteren in termen van 'behandelvrijheid'. Los van de kleurrijke discussies over professionele

autonomie[1] beschrijven we dan de structuurkenmerken van het Nederlandse zorgstelsel die behandelvrijheid mogelijk maken. Deze aanpak is constructief, want zij brengt ons op de feitelijke, economisch organisatorische oorzaken van de spanningsvolle relatie tussen behandelvrijheid en de financiële begrenzing van de zorgverlening, en reikt daarmee de sleutelfactoren aan waarop een beleid gericht op volume- en kostenbeheersing moet ingrijpen.

Bij behandelvrijheid kunnen twee niveaus onderscheiden worden. In de eerste plaats denken we aan de vrijheid van de arts bij de keuze over de aanwending van therapeutische en diagnostische middelen. Deze keus staat echter niet op zichzelf, maar is afhankelijk van de beschikbaarheid van middelen. Daarom typeren we ook de achterliggende beschikbaarstelling van middelen als element van de behandelvrijheid van de arts. Het begrip 'behandelvrijheid' kent daarmee twee momenten die corresponderen met het onderscheid tussen de arts als individuele behandelaar binnen een vastliggende keuzeruimte, de medisch-professionele standaard, en de medische professie die collectief de grenzen van deze keuzeruimte beïnvloedt. Omdat beide dimensies ingebed zijn in de organisatie van de gezondheidszorg, dient deze eerst besproken te worden.

5.2 Het zorgstelsel als de organisatievorm van de gezondheidszorg

5.2.1 Partijen en markten

In de gezondheidszorg zijn zeer veel partijen actief, die geclusterd kunnen worden tot zes categorieën: 1) patiënten; 2) zorgverleners; 3) zorginstellingen; 4) fabrikanten van apparatuur en middelen; 5) verzekeraars; en 6) de overheid. Tussen de eerste vijf partijen vinden interacties plaats, die vanuit economisch gezichtspunt geduid kunnen worden als de uitwisseling van goederen en diensten. De organisatie van dit ruilverkeer wordt daarom op economistische wijze wel aangeduid met de term 'markt'. Daarbij moet echter niet op voorhand worden gedacht aan de gangbare betekenis van concurrentie tussen marktpartijen, maar alleen aan de 'transfer' van een goed of dienst naar een nieuwe eigenaar of gebruiker.[2] We kunnen vijf van deze markten onderscheiden: 1) de zorgmarkt; 2) de bekostigingsmarkt; 3) de verzekeringsmarkt; 4) de markt voor medische mogelijkheden; en 5) de arbeidsmarkt voor zorgverleners, (zie Figuur 1).

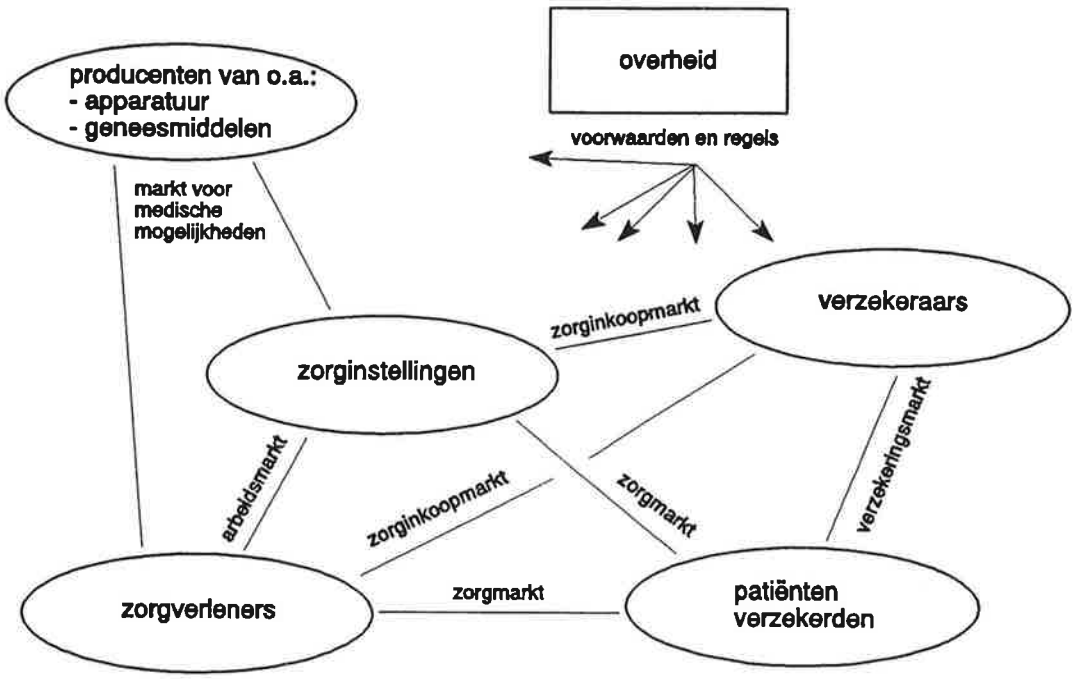
De gezondheidszorg is opgebouwd rond de relatie tussen patiënt en arts. Iemand die zich ziek voelt of klachten heeft over zijn gezondheid begeeft zich tot een arts om hulp, bijstand en genezing *(zorgmarkt)*. In veel gevallen heeft deze arts geen praktijk aan huis, maar werkt hij samen met andere zorgverleners in een zorginstelling. In dat geval bezoekt de patiënt naast de arts ook de instelling *(eveneens zorgmarkt)* en daar komt hij niet alleen met zorgverleners in contact, maar ook met apparatuur, hulpmiddelen en bijvoorbeeld bedden. Een zorginstelling heeft dus twee belangrijke 'toeleveran-

[1] Gedacht kan worden aan de serie over 'professionele autonomie' in *Medisch contact* 46 (1991) nrs.41, 42, 43.

[2] Williamson OE. *Markets and hierarchies*. New York 1975.

ciers': zorgverleners en producenten van apparatuur en hulpmiddelen. Anders gezegd, er is een *arbeidsmarkt* voor medisch personeel en een *markt voor medische mogelijkheden*.[3] Verschillen tussen instellingen - een consultatiebureau is iets anders als een academisch ziekenhuis - komen in deze weergave tot uitdrukking in de opbouw van het personeelsbestand en de aanwezige apparatuur en middelen.

Figuur 1. Partijen en deelmarkten

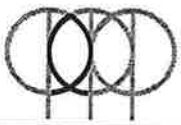


Economisch gezien ruilt de patiënt op de zorgmarkt medische diensten met zorgverleners en instellingen. Nu veronderstelt het begrip 'ruil' een gelijktijdige en gelijkwaardige tegenprestatie, die meestal in geld wordt uitgedrukt. In de gezondheidszorg verloopt deze tegenprestatie in verreweg de meeste gevallen indirect, namelijk via de zorgverzekering.[4] De patiënt heeft zich lang voor hij patiënt werd op de *verzekeringsmarkt* begeven om een contract af te sluiten met een zorgverzekeraar. In dit contract verplicht de verzekerde zich tot een periodieke premiebetaling, en de verzekeraar tot het financieren van de zorgverleners en instellingen die de verzekerde bezoekt. Bij deze financiering zijn er twee varianten mogelijk. De verzekeraar betaalt de aanbieders van zorg rechtstreeks, en sluit daartoe contracten af met zorgverleners en instellingen *(zorginkoopmarkt)*, of de verzekeraar keert aan de patiënt het benodigde bedrag uit. Deze varianten staan bekend als het naturastelsel en het restitutiesysteem.[5]

[3] Bij de producenten van medische middelen kan ook gedacht worden aan bijvoorbeeld bouwmaatschappijen en cateringbedrijven, deze laten we in het vervolg echter buiten beschouwing.

[4] Een directe financiële tegenprestatie doet zich voor bij eigen betalingen en bij eigen risico's aan de voet. Dit zijn maximumbedragen die de patiënt per verrichting of per jaar zelf moet betalen.

[5] Bij het restitutiesysteem is de zorginkoopmarkt afwezig. We komen hier later in dit hoofdstuk op terug.



Ook de overheid heeft een belangrijke taak in de gezondheidszorg. In artikel 22 van de Nederlandse Grondwet is deze taak omschreven als een inspanningsverplichting: "De overheid treft maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid". De uitwerking van deze inspanningsverplichting kan in twee richtingen plaats vinden. De overheid kan zelf als aanbieder van zorg of als zorgverzekeraar optreden, maar daarnaast ook individuele zorgverleners en particuliere instellingen en verzekeraars binden aan voorwaarden en het gedrag op de onderscheiden markten regelen.

5.2.2 Macro, meso, micro

De beschrijving van de gezondheidszorg in termen van partijen en deelmarkten werd in de vorige paragraaf sterk individualistisch ingekleurd. Nu speelt het individu natuurlijk een grote rol in de gezondheidszorg, maar dat betekent nog niet, dat de gezondheidszorg ophoudt bij individuele partijen. Ook het groepsverband is van wezenlijke betekenis. Aanvullend op een indeling in partijen is daarom een onderscheid naar aggregatieniveau. Gangbaar is een driedeling in macro, meso en micro. Het macro-niveau heeft betrekking op de gezondheidszorg in al haar geledingen. Meestal wordt dit macroniveau gelijkgesteld aan het nationaal niveau, maar dat is niet noodzakelijk. Het is ook mogelijk om op regionaal niveau over de macro-gezondheidszorg te spreken. De gezondheidszorg wordt dan binnen geografische grenzen in al haar geledingen bestudeerd. Op het micro-niveau vindt de zorgverlening plaats. Hier staat de patiënt centraal, de individuele aanbieder van zorg, de producent van apparatuur of middelen, en de zorgverzekeraar zoals beschreven is in de vorige paragraaf. Deze omschrijving van het micro-niveau gaat uit van het economische karakter van de zorgaanbieders, het zijn allen zelfstandige economische entiteiten. Met andere woorden, het zijn de eenheden waarvan de patiënt of het ziekenfonds een rekening krijgt.

Het meso-niveau zit ingeklemd tussen het macro- en het micro-niveau. Het gaat op dit niveau om de koepelorganisaties van de verschillende partijen, zoals de patiëntenbeweging, de medische professie, en de vereniging van zorgverzekeraars. We kunnen dit meso-niveau typeren als het middenveld van de gezondheidszorg. Voor ons onderwerp is het meso-niveau van groot belang omdat de medische professie, als professie, niet als optelling van individuele activiteiten, op dit niveau functioneert. Bij de analyse van dit functioneren kan de medische professie als geheel, bijvoorbeeld via de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst (KNMG), worden opgevat als de enige vertegenwoordiging van de artsen op meso-niveau. Een nadere verfijning is echter ook mogelijk. We komen dan uit bij groepsverbanden als de landelijke huisartsenvereniging (LHV) en de landelijke specialisten vereniging (LSV), maar ook bij de verschillende specialistenverenigingen of bij de medische staf binnen een instelling.[6, 7]

In het voorgaande hebben we gezien dat de gezondheidszorg is opgebouwd uit

[6] De verschillende niveau's kunnen ook anders gedefinieerd worden. Een bekende en veel gebruikte indeling plaatst bijvoorbeeld de instellingen op het meso-niveau.

[7] Ook bij de patiëntenbeweging is een verfijnen mogelijk naar patiëntenverenigingen per ziektebeeld. Voor ons onderwerp is deze verfijning verder niet van belang.

meerdere deelmarkten. Het functioneren van de gezondheidszorg is daarom nauw verbonden aan het functioneren van deze deelmarkten in hun onderlinge samenhang. Dit functioneren wordt niet alleen bepaald door de partijen die op deze markten opereren, zowel individueel als in groepsverband, maar ook door de organisatievorm van de gezondheidszorg, die vastlegt wat de verantwoordelijkheden en vrijheden van de partijen op de verschillende markten zijn. Deze organisatievorm wordt ook wel 'zorgstelsel' genoemd.

5.2.3 Drie ideaaltypische zorgstelsels

In het angelsaksische spraakgebruik kan de gezondheidszorg met twee begrippen aangeduid worden, 'medicine' en 'health care'. Het onderscheid is bijzonder instructief, 'medicine' heeft betrekking op de zorgverlening en 'health care' op de organisatorische kant van de gezondheidszorg.[8] We kunnen het ook zo zeggen: de gezondheidszorg heeft inhoud en vorm, zorgverlening en zorgstelsel. Het zorgstelsel is de (organisatie)vorm van de zorgverlening. Deze organisatievorm kan in kaart gebracht worden met het intrumentarium uit het vakgebied der economische organisatievormen, dat gebruikt wordt bij de analyse van sectoren en bedrijfstakken.[9] Uitgaande van de in dit vakgebied gebruikelijke, en in de vorige paragraaf beschreven niveauverdeling macro, meso en micro, kunnen drie alternatieve zorgstelsels onderscheiden worden, die elk één van de niveaus als uitgangspunt nemen voor het stelsel: 1) het gildesysteem (meso-niveau); 2) de planmatige gezondheidszorg (macro-niveau); en 3) een systeem van geregelde concurrentie (micro-niveau). Deze stelsels kunnen beschouwd worden als ideaaltypen, die gedrieën een continuüm opspannen, waarbinnen alle concrete zorgstelsels geplaatst kunnen worden, (zie Figuur 2).

De vorm staat in dienst van de inhoud van de gezondheidszorg. Het zorgstelsel moet dienstbaar zijn aan de kwaliteit van de zorg. In de onderscheiden zorgstelsels wordt dit verbonden met verschillende aspecten van het economisch beheer van de gezondheidszorg, samenhangend met het gezichtspunt van de partij die de centrale positie inneemt.

Het *gildesysteem* kan gezien worden als de organisatorische neerslag van professionele autonomie.[10] Het is opgetrokken rond de medische professie, en daarmee kan het beschouwd worden als een organisatievorm op meso-niveau. Dit betekent niet dat het micro-niveau geen rol speelt, de solistische beroepsbeoefening wordt juist benadrukt, maar dat de coördinatie van activiteiten op het micro-niveau alleen begrepen kan worden vanuit de afspraken op meso-niveau, welke onder meer zijn vastgelegd in medische standaarden en ethische codes. Met de medische professie staan ook de

---

[8] Zie bijvoorbeeld Mirvis DM. Physicians' autonomy - the relation between public and professional expectations. *New England Journal of Medicine*. Vol. 328 (1993) p.1346-9.

[9] Gebaseerd op Gregory PR & Stuart RC. *Comparative economic systems*. Boston: Houghton Mifflin Company, 1989[3].

[10] De naam 'gildesysteem' ontlenen we aan Alain Enthoven, die spreekt over 'a guild free choice system'. Wij gebruiken de term 'gilde' alleen als metafoor om een zorgstelsel te karakteriseren, niet als typering van de medische professie als middeleeuws gilde. Enthoven AC. *Theory and practice of managed competition in health care*. Amsterdam: North Holland 1988.

kwaliteitskenmerken van de medische zorgverlening centraal, namelijk kwaliteit van *het medisch handelen* en handhaving van een vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt. Dit wordt tot gelding gebracht met structuurkenmerken als particuliere eigendomsrechten, honorering per verrichting, afwezigheid van concurrentie (contracteerplicht) en een zo groot mogelijke behandelvrijheid voor de arts.[11] Omdat de arts/patiënt-relatie asymmetrisch is, is het denkbaar dat deze behandelvrijheid oneigenlijk wordt gebruikt, mede door de afwezigheid van concurrentie en de aanwezigheid van financiële prikkels voortvloeiend uit de honorering per verrichting. Een dergelijk gebruik van vrijheid wordt echter geacht niet voor te komen, omdat het medische handelen een morele motivatie

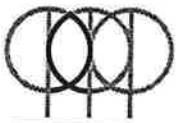
Figuur 2. Drie ideaaltypische zorgstelsels.

	planmatige gezondheidszorg	gildesysteem	geregelde concurrentie
doelstelling	optimale medische zorg en een rechtvaardige verdeling over de bevolking	optimale medische zorg met handhaving van de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt	optimale medische zorg en een doelmatige aanwending van middelen
verdeling van bevoegdheden	macro-niveau (centraal)	meso-niveau (groepsverband) (codex ethicus, medische standaarden)	micro-niveau (decentraal)
eigendomsrechten	collectief	particulier (contracteerplicht, verrichtingensysteem)	particulier (contractrelaties met contracteervrijheid)
informatie	verticaal via plannen en opdrachten	asymmetrisch verdeeld	prijsmechanisme en publikatie door marktmeester
coördinatie	budgetmechanisme	behandelvrijheid	markt en marktmeester
motivatie	rechtvaardigheid	beroepsethiek ethos	winst
belangrijkste beheersproblemen	kwaliteitsverlies ondoelmatigheid	onbeheersbare groei grote behandelverschillen	gebrek aan solidariteit schade aan vertrouwensrelatie

kent, die tot uitdrukking komt in de beroepscode en de controle op de naleving hiervan. In een gildesysteem draagt de medische professie daar zelf de verantwoordelijkheid voor.

Het gildesysteem kent een gevoelig beheersprobleem: het is niet resistent tegen ontwikkelingen die tot nieuwe schaarsteverhoudingen leiden. Bij een snelle toename van de medische mogelijkheden kunnen in een gildesysteem de medische uitgaven zo

[11] Concurrentie tussen zorgverleners wordt voorkomen door de contracteerplicht, die bepaalt dat de zorgverzekeraars alle zorgverleners als medewerker moeten accepteren. Artsen kunnen dus niet op grond van economische redenen van vergoeding worden uitgesloten.



onbeheersbaar toenemen, dat de grenzen die politiek aanvaardbaar worden geacht overschreden worden. Daarnaast ondergraaft het gildesysteem de legitimiteit van de haar kenmerkende professionele autonomie als behandelvrijheid en technologische vooruitgang een grote variatie in het medisch handelen tot gevolg hebben, en daarmee in de praktijk ook een kwaliteitsverlies.

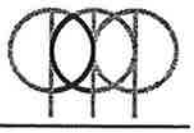
In de *planmatige gezondheidszorg* wordt de gezondheidszorg vanuit het macro-niveau van de samenleving bestuurd, veelal door de overheid.[12] Op dit centrale niveau van de maatschappij wordt vanuit een gemeenschapsgerichte visie op de gezondheidszorg specifieke aandacht besteed aan verdelende rechtvaardigheid.[13] Via een systeem van collectieve besluitvorming, een publiek aanbod van voorzieningen (de overheid als aanbieder van zorg) en een planmatige coördinatie van individuele activiteiten wordt getracht een rechtvaardige verdeling van de gezondheidswinst over de bevolking te realiseren. Ten opzichte van het gildesysteem impliceert deze centralistische vorm van coördinatie een inperking van de eigendomsrechten en van de behandelvrijheid van de arts.

De doelstellingen van de planmatige gezondheidszorg zijn edel, maar de vraag is of zij niet ten koste gaan van andere belangrijke zaken. Evenals in alle directivistische systemen kan de centrale besluitvorming ten koste te gaan van kwaliteit en doelmatigheid, en met dit kwaliteitsverlies kan de vertrouwensrelatie tussen patiënt en arts onder druk komen te staan. Indien als reactie op kwaliteitsverlies en afbrokkelend vertrouwen een particuliere gezondheidszorg ontstaat, kan het zelfs gebeuren dat de oorspronkelijk beoogde rechtvaardigheid verdwijnt.

In een systeem van *geregelde concurrentie* wordt de zorgverlening primair op micro-niveau gecoördineerd. Individuele artsen concurreren om de gunst van individuele verzekeraars, die op hun beurt weer concurreren om de gunst van individuele verzekerden. Deze 'gunst' heeft betrekking op kwaliteit en prijs of premie. Doelmatigheid, als verhouding tussen kwaliteit en prijs, speelt zodoende een essentiële rol, en in marktstelsels wordt deze doelmatigheid causaal verbonden met het individuele winststreven van de partijen. Op het eerste gezicht duidt concurrentie op een maximale, en positief te waarderen ruimte voor individueel handelen en daarmee voor individuele verantwoordelijkheid. Bedacht moet echter worden, dat de gezondheidszorg een aparte structuur kent, waar een derde partij de betaling verzorgt, namelijk de ziektekostenverzekering. Het is deze partij die in een concurrerend zorgstelsel handelingsruimte verkrijgt, en die via contractrelaties de behandelvrijheid van de arts reduceert. Dat gebeurt in principe door een wig te drijven tussen artsen, en daarmee in de professie. Dit gaat gepaard met een tegenstelling van belangen, waardoor het voor een arts winstgevend kan worden om de asymmetrische relatie met de patiënt vanuit eigen belang opportunistisch te

[12] Zoals eerder opgemerkt is, kan het macro-niveau zowel betrekking hebben op nationaal en regionaal niveau.

[13] De 'gemeenschapsgerichte benadering' is ontleend aan Commissie Keuzen in de Zorg. *Kiezen en delen*. 's Gravenhage 1991, p.116. Deze gemeenschapsgerichte benadering is overigens niet per definitie verbonden aan een planmatige gezondheidszorg, maar aan een gezondheidszorg waarin de overheid een belangrijke rol speelt, met name bij het vaststellen van de voorzieningen die met collectieve middelen op indicatie voor iedereen toegankelijk moeten zijn (een zgn. basispakket).



benaderen. Alleen al de mogelijkheid daarvan ondergraaft de basis voor een vertrouwensrelatie.

Omdat in een marktbenadering het individu centraal staat,[14] is het niet denkbeeldig dat de kosten/batenverhoudingen die model staan voor de doelmatigheid alleen vanuit individueel standpunt beoordeeld worden. Zoals in elke markt wordt dan aan de behoeften voldaan naar rato van koopkracht en niet op basis van noodzakelijkheid of rechtvaardigheid. Voor mensen met voldoende geld zijn de meest extreme en kostbare zorgvormen bereikbaar, terwijl de minst bedeelden het met weinig of in het geheel zonder zorgverlening moeten stellen. Kortom, in een concurrerend zorgstelsel is nauwelijks of geen solidariteit. Zo heeft in de Verenigde Staten een groot deel van de bevolking - 37 miljoen mensen - geen afdoende verzekering, hetgeen in de individualistische, Amerikaanse cultuur betekent dat deze mensen alleen urgente noodhulp ontvangen.

Het is duidelijk dat het marktmechanisme in haar pure verschijningsvorm de gezondheidszorg niet op een gewenste wijze kan coördineren. Wordt gekozen voor een marktbenadering, dan zijn correcties noodzakelijk. In dit verband wordt wel gesproken over geregelde concurrentie. In hfdst. 6 zal nader ingegaan worden op de voorstellen voor gereguleerde concurrentie in de Nederlandse gezondheidszorg.

De drie ideaaltypische zorgstelsels geven gezamenlijk inzicht in de beheersproblematiek van de gezondheidszorg. Drie clusters problemen treden op de voorgrond: 1) verlies van kwaliteit en afbrokkeling van de vertrouwensrelatie; 2) ondoelmatigheid en onbeheersbare groei van de uitgaven aan medische zorg; en 3) onrechtvaardigheid in de verdeling. De onderscheiden zorgstelsels bieden niet alleen inzicht in de beheersproblemen, maar via hun organisatorische kenmerken gelukkig ook aangrijpingspunten voor de formulering van beheersinstrumenten. Deze beheersinstrumenten staan in dit deel van onze studie centraal. Omdat we ons daarbij concentreren op de Nederlandse situatie, bespreken we eerst het Nederlandse zorgstelsel met speciale aandacht voor de professionele autonomie.

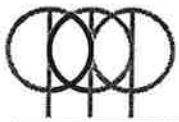
5.3 Professionele autonomie en het Nederlandse zorgstelsel

5.3.1 Het Nederlandse zorgstelsel

Het Nederlandse zorgstelsel is geënt op het gildesysteem, dat voor ons doel kort gekarakteriseerd kan worden aan de hand van vier kenmerken die door Enthoven 'gildeprincipes' genoemd worden: 1) de arts als solist; 2) contracteerplicht of vrije artsenkeus; 3) vrije therapiekeus; en 4) het verrichtingensysteem.[15] In vergelijking met het ideaaltype van het gildesysteem springen drie verschilpunten in het oog: 1) een duale verzekeringsmarkt; 2) een gedifferentieerde honoreringsvorm; en 3) planmatig geori-

[14] We bespreken hier de meest extreme vorm. In de praktijk behoren bijvoorbeeld ook groepscontracten tot de mogelijkheden.

[15] Enthoven (1988) p.31-42.



enteerde beheersinstrumenten.[16, 17]

De verzekeringsmarkt binnen de Nederlandse gezondheidszorg bestaat uit twee segmenten, namelijk een sociale ziekenfondsverzekering die voor een deel van de bevolking verplicht is, en een vrijwillige particuliere ziektekostenverzekering.[18] Ziekenfondsen werken volgens het naturastelsel en zijn daarbij onderworpen aan een contracteerplicht.[19] Particuliere verzekeraars werken volgens het restitutieprincipe, waarbij het pakket dat onder de verzekeringsdekking valt nagenoeg gelijk is aan het verstrekkingenpakket van de ziekenfondsen. Voor de behandelvrijheid van de arts heeft het verschil in verzekeringsvormen daarom geen consequenties.[20]

De honorering van artsen in de Nederlandse gezondheidszorg vindt op verschillende manieren plaats. Centraal staat het verrichtingensysteem, met afwijkingen in de academische ziekenhuizen (loondienst) en bij de honorering van huisartsen voor ziekenfondspatiënten (abonnementshonorarium). In hoofdstuk 9 wordt de honorering uitvoerig besproken.

In het Nederlandse gildesysteem zijn in de loop van de jaren zeventig en tachtig een aantal economische beleidsinstrumenten ingevoerd. Aanvankelijk ging het daarbij om planmatig-georiënteerde instrumenten zoals een Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV), een Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG) en Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG). Dit drieluik werd later uitgebreid met een budgetfinanciering voor ziekenhuizen,[21] en een aantal maatregelen tot behoud van solidariteit op de verzekeringsmarkt.[22] Aan het eind van de jaren tachtig werd besloten om het economisch beheer van de gezondheidszorg niet met planmatige instrumenten te bevorderen maar via de invoering van concurrentie. Wij bespreken concurrentie in hfdst. 6, en beperken ons bij de analyse van het zorgstelsel in dit hoofdstuk tot de situatie zoals die aan het eind van de jaren tachtig gold.

5.3.2 De aanschaf van medische voorzieningen

Zoals gesteld in de inleiding van dit hoofdstuk kunnen bij de behandelvrijheid van de

---

[16] We gaan hier uit van het zorgstelsel aan het eind van de jaren tachtig. De structuuraanpassingen die gemaakt zijn in het kader van de stelselwijziging zoals die voorgesteld is door de commissie 'Dekker' en Staatssecretaris H.J. Simons blijven in deze weergave buiten beschouwing. Deze stelselwijziging, die het invoeren van concurrentie inhoudt, wordt in hoofdstuk 8 besproken.

[17] De ontstaansgeschiedenis van het Nederlandse gildesysteem laten we buiten beschouwing. Voor een kort overzicht verwijzen we naar Post D. Verantwoord omgaan met de gezondheidszorg - arts, patiënt en ethische en financiële grenzen. In: Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut (red.). *De grenzen bereikt - over ethische vragen bij financiële begrenzing van de gezondheidszorg*. Amsterdam: Buijten & Schipperheijn 1991, p.51-63; ook Polder JJ. Organisatie en financiering van de gezondheidszorg. *Zicht* 1993, p.24-31, 51-60.

[18] Daarbij kan de particuliere ziektekostenverzekering weer onderverdeeld worden in privaatrechtelijke en publiekrechtelijke verzekeraars. Laatstgenoemde is bestemd voor onder andere ambtenaren.

[19] Deze contracteerplicht is in het kader van de eerder genoemde stelselwijziging van Simons afgeschaft. Wij bespreken in deze paragraaf echter de situatie die aanleiding gaf tot de vraag naar beheersinstrumenten en daarmee ook tot deze voorstellen voor stelselwijziging.

[20] Voor de werking van de verzekeringsmarkt heeft deze tweedeling wel belangrijke consequenties. In hfdst. 6 worden deze ter sprake gebracht.

[21] Budgettering wordt in hfdst. 9 besproken.

[22] Onder andere de Wet Toegang ZiektekostenVerzekering (WTZ) en de wet Medefinanciering Oververtegenwoordiging Oudere Ziekenfondsverzekerden (MOOZ).

arts twee niveaus worden onderscheiden, namelijk de beschikbaarheid van de middelen, en de toepassing van beschikbare middelen door de individuele arts.

Het medisch 'produktiekapitaal' omvat een breed scala van voorzieningen, dat nader gedifferentieerd kan worden. Er kan bijvoorbeeld onderscheid gemaakt worden tussen enerzijds voorwaardenscheppende produktiemiddelen zoals gebouwen, terreinen en de organisatorische infrastructuur van een instelling, en anderzijds produktiemiddelen die direct in de arts/patiënt-relatie aangewend worden. Wij concentreren ons hier alleen op de laatst genoemde categorie, waarover wij in zijn algemeenheid spreken als 'medische technologie'. Gangbaar is een nader onderscheid in drie clusters voorzieningen: 1) geneesmiddelen; 2) behandelwijzen, ook wel technieken en methoden genoemd; en 3) apparatuur en hulpmiddelen.[23] Voor ons is de vraag belangrijk hoe de onderscheiden technologieën zich na hun verschijning over de gezondheidszorg verspreiden, en welke rol de medische professie daarbij speelt. We kunnen vijf trajecten onderscheiden, die in Figuur 3 weergegeven worden met pijlen, waarvan de dikte een aanduiding geeft van het relatieve kwantitatieve belang van de verschillende trajecten.[24]

Nieuwe geneesmiddelen worden uitgebreid getest op werkzaamheid en bijwerkingen op grond van de Wet Op de Geneesmiddelenvoorziening. Een onafhankelijk college beoordeelt of de medicijnen voorgeschreven mogen worden of niet. Daarbij wordt geen rekening gehouden met de reeds bestaande geneesmiddelen op een bepaald indicatiegebied. De medische professie - die nauwelijks invloed heeft op dit traject - is dan ook dikwijls niet gelukkig met het invoeringsbeleid, getuige uitspraken als: "Het is echt niet nodig dat er in ons land vijf H2-blockers geregistreerd zijn, twee zou genoeg zijn".[25] De Gezondheidsraad concludeerde in 1991 op grond van deze en soortgelijke uitspraken, dat het introductiebeleid van geneesmiddelen mank gaat aan "goed opgezet wetenschappelijk onderzoek waarin het nieuwe produkt wordt vergeleken met reeds in omloop zijnde produkten".[26] Het Geneesmiddelen Vergoedingen Systeem dat nadien is ingevoerd reikt mogelijkheden aan om nieuwe merkgeneesmiddelen (tijdelijk) van vergoeding uit te sluiten.

---

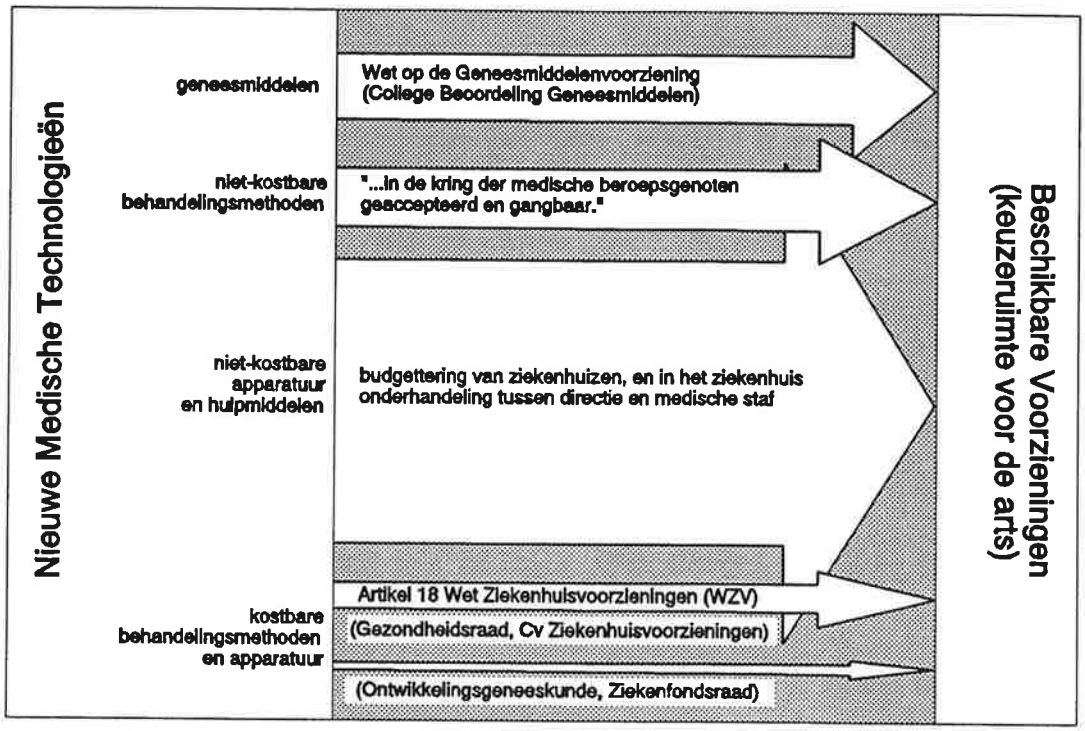
[23] Ministerie van Economische Zaken. *Medische technologie - ieders belang, ieders zorg*. Den Haag 1992, p.32; Commissie Keuzen in de Zorg (1991) p.175. Er zijn tal van andere indelingen en categorieën denkbaar. Paul Griner spreekt bijvoorbeeld over 'hidden new technology', d.w.z. een bestaande technologie wordt in een nieuwe richting gebruikt. Een niersteenvergruizer wordt bijvoorbeeld ingezet bij galstenen. Griner PF. *New technology adoption in the hospital*. In: Gelijns A (ed.). *Technology and health care in an era of limits*. Medical Innovation at the Crossroads, vol. 3, Washington D.C. 1992.

[24] De dikte van de pijlen is gebaseerd op de invloed van de via de verschillende trajecten ingevoerde voorzieningen op de kosten van de gezondheidszorg. Anders gezegd, niet de kosten van de *stroom* voorzieningen die in een bepaald jaar ingevoerd werden fungeerde als basis voor de berekening, maar de kosten die het gevolg waren van de *voorraad* ingevoerde technologieën. Daarbij is gebruik gemaakt van het FOZ 1995.

[25] Gezondheidsraad, *Medisch handelen op een tweesprong*. deel 2, Medisch handelen in de praktijk - gesprekken met medische beroepsbeoefenaren, 's-Gravenhage 1991, p.67.

[26] Gezondheidsraad (1991) deel 2, p.66.

Figuur 3. Vijf invoeringstrajecten voor medische technologie



Voor de clusters behandelwijzen en apparatuur bestaan verschillende trajecten, afhankelijk of de voorzieningen kostbaar of niet-kostbaar zijn. Laatst genoemde voorzieningen worden vrijwel geruisloos in het stelsel opgenomen, zonder wettelijk voorgeschreven toetsing.[27]

Wanneer een nieuwe, niet-kostbare behandelwijze[28] "in de kring der medische beroepsgenoten geaccepteerd en gangbaar is", mag zij door elke arts voor rekening van het ziekenfonds aangewend worden.[29] Achter het automatisme van dit gebruikelijkheidscriterium schuilt volgens de Gezondheidsraad het gevaar dat 'schoolvorming' en 'geloof' de plaats in gaan nemen van een wetenschappelijke onderbouwing van het medisch handelen.[30]

Ook goedkope apparatuur wordt min of meer automatisch in het ziekenfondspakket opgenomen, en kan daarna vrij door de zorgaanbieders aangeschaft worden. Daarbij zijn de ziekenhuizen aan een budget gebonden. Binnen deze budgetruimte kunnen zij een zelfstandig aanschafbeleid voeren. In de praktijk resulteert dit in getouwtrek tussen

[27] Commissie Keuzen in de Zorg (1991) p.177.

[28] Niet-kostbaar is niet zozeer goedkoop, maar alles wat niet valt onder de hierna te bespreken regelingen voor kostbare voorzieningen, Art. 18 WZV en Ontwikkelingsgeneeskunde.

[29] We beperken ons hier tot de ziekenfondsen, die een contractrelatie kennen met de zorgverleners. De particuliere verzekeringsmaatschappijen werken volgens het restitutiebeginsel. In hun pakketomschrijving volgen zij evenwel als regel de ziekenfondsen. Ministerie van EZ (1992) p.32.

[30] Gezondheidsraad (1991) p.39-40.

de ziekenhuisdirectie en de medische staf (meso-niveau). Omdat de ziekenhuisdirecties echter de neiging hebben een nieuwe technologie al snel het voordeel van de twijfel te geven, vooral ook als deze technologie bijdraagt aan de status van het ziekenhuis, kunnen de medici dikwijls een doorslaggevende invloed uitoefenen.[31]

De invoering van kostbare voorzieningen is aan een tweetal remmende regelingen onderworpen. Het gaat hier om voorzieningen waarbij het gangbare onderscheid tussen behandeling en apparatuur geheel vervaagd is, zoals transplantatiegeneeskunde en hartchirurgie. De eerste regeling betreft een vergunningenstelsel, dat bekend staat als 'Artikel 18 WZV' (Wet ZiekenhuisVoorzieningen). Aanbieders van zorg mogen op grond van dit artikel slechts voorzieningen aanschaffen als zij een vergunning van het Ministerie van VWS hebben. Aan de vaststelling van de voorzieningen die onder artikel 18 vallen gaat een uitgebreide advisering vooraf door onafhankelijke adviescolleges als de Gezondheidsraad en het college voor Ziekenhuisvoorzieningen, die ramingen maken over de behoefte aan deze technologieën en een optimale spreiding over het land. Sommige voorzieningen worden eerst in de praktijk onderzocht op werkzaamheid en kosten-effectiviteit, of soms ook verder ontwikkeld, met subsidies van de Ziekenfondsraad. Dit is tevens het laatste invoeringstraject, namelijk dat van de Ontwikkelingsgeneeskunde. Als dit traject afgerond is, kan de betreffende technologie of vrijgegeven worden, of beperkt ingevoerd worden via het regime van artikel 18 WZV. De medische professie heeft via de verschillende adviesorganen een bescheiden invloed op de besluiten in het kader van artikel 18 WZV en Ontwikkelingsgeneeskunde. Moge deze directe invloed gering zijn, de indirecte invloed van de medici via lobbies en verandering van de publieke opinie is vele malen groter.[32]

Het geheel overziende kunnen we daarom stellen, dat de medische professie een belangrijk stempel zet op de aanschaf van voorzieningen, met name als we letten op de relatieve importantie van de onderscheiden soorten technologieën.

5.3.3 De aanwending van medische voorzieningen

In Nederland kan de arts bij de behandeling van zijn patiënten met grote vrijheid de tot het verstrekkingpakket toegelaten voorzieningen aanwenden. Daarbij zijn er weinig mechanismen die een te royale inzet van middelen tegengaan. Dit hangt samen met de principes van het gildesysteem: 1) de arts als solist; 2) contracteerplicht of vrije artsenkeus; 3) vrije therapiekeus; en 4) het verrichtingensysteem.[33]

Vanuit het gezichtspunt van een econoom is de arts in het gildesysteem een zelfstandig ondernemer.[34] Hij werkt alleen, of - vanwege waarneemregelingen - in een

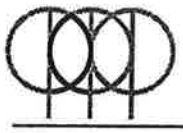
---

[31] Dutrée MA. *Introductie en spreiding van medische technologie in Nederland - een model.* Proefschrift Rotterdam, 1991. De budgetverdeling kan verder ook leiden tot onderlinge conflicten tussen artsen van verschillende specialismen. Deze conflicten hebben dikwijls een diepere voedingsbodem in door technologische vooruitgang vervagende grenzen tussen vakgebieden. De Gezondheidsraad (1991) deel 2, geeft hier vele voorbeelden van.

[32] Dutreé (1991) hfdst. 3 en 4.

[33] Enthoven (1988) p.31-42.

[34] Zie bijvoorbeeld Lans J van der. De specialisten zijn de strijd aan het verliezen. *Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek.* November 1993, p.7-11.



maatschap van zijn specialisme, en is financieel zelfstandig.[35] Door het individuele karakter van de medische beroepsbeoefening is de wederzijdse controle op elkaars handelen gering. *'Peer reviews'*, *'second opinions'* en andere controle mechanismen behoren niet tot de dagelijkse praktijk.[36] In tegendeel, het *'solo-practice'*-systeem zorgt voor een netwerk van wederzijdse afhankelijkheid, dat getypeerd kan worden als: handelen en laten behandelen; verwijzen en laten verwijzen. Het is zelfs zo, dat de informatieuitwisseling tussen artsen zeer summier is. Daardoor komt het nogal eens voor, dat na verwijzing het proces van diagnostisering, inclusief het afnemen van dure scans, geheel opnieuw begint.

In het gildesysteem hebben de financiers van zorg weinig invloed. Hun werkterrein reikt niet veel verder dan het innen van premies en het betalen van zorgverleners. Als regel hebben zij geen invloed op de behandeling. Dit heeft twee aspecten: contracteerplicht voor het ziekenfonds[37] en vrijheid van therapiekeus voor de zorgverlener. De contracteerplicht bepaalt, dat de ziekenfondsen iedere arts als medewerker moeten accepteren.[38] De thematiek van deze contracteerplicht is bijzonder complex. In eerste aanleg gaat het om een vrije artsenkeus voor de patiënt waaraan een normatief uitgangspunt ten grondslag ligt, dat als volgt omschreven kan worden: 'de patiënt mag zelf weten op welke zorgverlener hij een appèl doet in zijn noodsituatie'. Zo gezien vormt de contracteerplicht een noodzakelijke voorwaarde voor de vertrouwensrelatie tussen patiënt en arts. Er is echter meer aan de hand, namelijk uitsluiting van concurrentie tussen artsen. De ziekenfondsen moeten van iedere arts de declaraties vergoeden. Zij hebben geen onderhandelingspositie, en kunnen artsen die te royaal met de declaraties omspringen niet vervangen door goedkoper werkende concurrenten. Artsen zijn in het gildesysteem geen concurrenten van elkaar, maar vakbroeders.[39] De toepassing van het marktprincipe 'verdeel de aanbieders en verlaag de kosten' is in de gezondheidszorg verboden.

Ook de veel minder rigoureuze maatregel van het uitsluiten van vergoeding van individuele verrichtingen is in het gildesysteem niet toegestaan. De arts is vrij in zijn keuze voor een diagnosemethode en behandelingsstrategie, en op deze vrijheid mag

---

[35] In een maatschap blijven de deelnemende partijen zelfstandig, zowel qua beleid als financieel. Dat de specialistenmaatschappen vooral een organisatorische functie hebben blijkt duidelijk uit het rapport Gezondheidsraad (1991). We citeren op p.12: "In specialistenmaatschappen ligt het accent meestal op praktijkorganisatie en niet op het ontwikkelen van een gemeenschappelijk medisch beleid. De samenwerking tussen specialisten en huisartsen laat te wensen over. En hoewel de bereidheid tot overleg tussen specialisten onderling is gegroeid, is dat op tal van plaatsen nog niet geformaliseerd".

[36] In het Nederlandse stelsel anno 1993 is er wel een tendens naar meer samenwerking tussen artsen. Zie bijv. de beschrijving van het project 'Zorg op één lijn' in *Medisch Contact* 48 (1993), verschillende nummers. Verder is ook het gezondheidscentrum als nieuwe zorgaanbieder in opkomst.

[37] Of de particuliere zorgverzekeringsmaatschappij.

[38] Voor de particuliere verzekeringsmaatschappijen speelt dit punt niet, omdat zij volgens het restitutieprincipe werken, en daarom geen contractuele relatie met zorgverleners hebben maar alleen met verzekerden. Wel kunnen zij natuurlijk bepaalde verstrekkingen van vergoeding uitsluiten of de patiënt een gedeelte zelf laten betalen via bijvoorbeeld een eigen risico.

[39] De concurrentie met niet academisch geschoolde genezers is gering en vindt slechts plaats aan de periferie van het medisch handelen, doordat bijvoorbeeld alleen academisch opgeleide artsen geneesmiddelen mogen voorschrijven.

niemand een inbreuk maken. Dit wil niet zeggen, dat een patiënt tegen zijn wil behandeld wordt. Toestemming van de patiënt is altijd een vereiste,[40] maar vanwege de ongelijke posities heeft de arts een grote door de patiënt gedelegeerde vrijheid van handelen. Waar het bij vrije therapiekeus vooral om gaat is, dat het ziekenfonds - de partij die gebaat is bij een zuinige zorgverlening - als regel geen invloed mag uitoefenen op de behandeling. Niet vooraf door een bepaalde behandeling te weigeren, en niet achteraf door een behandeling niet te vergoeden.

Om kort te gaan, de ziekenfondsen betalen iedere arts, en van elke arts alle verrichtingen. Deze betaling geschiedt in de meeste gevallen per verrichting.[41] Deze wijze van financiering heeft echter een inwendige prikkel tot uitbreiding van het aantal verrichtingen (hfdst. 9), en dat geeft bij een grote behandelvrijheid aanleiding tot de eerder genoemde beheersproblemen: 1) een toename van de medische uitgaven tot over de financiële grenzen die door de politiek vastgesteld zijn; 2) een grote variatie in het medisch handelen tussen verschillende artsen.[42] Deze beheersproblemen vragen om oplossingen die aangrijpen bij de structuur van het zorgstelsel, of anders gezegd, om beheersstructuren en beheersinstrumenten in de gezondheidszorg. Voor we echter instrumenten kunnen bespreken, dienen we eerst stil te staan bij beheersing 'an sich' en de aspecten die daaraan zijn verbonden.

5.4 Economisch beheer: kwaliteit en doelmatigheid

In de discussies rond de kosten- en volumebeheersing in de gezondheidszorg wordt altijd benadrukt dat iedere poging om kosten en omvang in de hand te houden niet ten koste mag gaan van de kwaliteit. Anders gezegd: men wil komen tot een beheersing van de kosten en omvang van de gezondheidszorg bij gelijkblijvende of zelfs verbeterende kwaliteit. Deze imperatief heeft verwantschap met het door ons geformuleerde principe van de *simultane realisatie van normen* en geeft aan dat het met elkaar sporen van de verschillende aspecten die aan de de medische praktijk onderscheiden kunnen worden zeker niet vanzelfsprekend is.

In onze visie op de professie hebben wij vooral het principe van de 'aanspreekbaarheid' centraal gesteld: de aanspraak die de professie maakt op autonomie kan slechts gehonoreerd worden, wanneer die professie zich laat aanspreken en bereid is verantwoording af te leggen aangaande haar bevoegdheden tot professionele zelfregulering. Dit betekent - zoals wij reeds in de concluderende paragraaf van hfdst. 4 hebben benadrukt (zie § 4.6) - dat de professie zich toetsbaar dient op te stellen en tot een adekwate interne kwaliteitszorg dient te komen. Overheid en samenleving hebben in hun honorering van de aanspraken van de professie op autonomie recht op een aanspreekbare opstelling van de professie.

---

[40] Het zogeheten 'informed consent', dat in de Wet Geneeskundige BehandelingsOvereenkomst (WGBO) wettelijk is vastgelegd.

[41] Een belangrijke uitzondering hierop vormt de honorering van huisartsen voor ziekenfondspatiënten, welke gebaseerd is op het abonnementssysteem.

[42] De behandelvariatie wordt in het volgende hoofdstuk uitgebreid besproken.

Wanneer wij in dit hoofdstuk het zorgstelsel de revue laten passeren om tot een evaluatie te komen van de verschillende (economische) beheersinstrumenten, dan doen wij dat tegen de achtergrond van de gedachte dat het zorgstelsel dienstbaar moet zijn aan een optimale zorgverlening. Anders gezegd: het zorgstelsel moet een zo hoog mogelijke kwaliteit aan zorg voortbrengen. Om tot een goede afweging van de diverse aspecten van de zorgkwaliteit te komen hebben wij ervoor gekozen om de (economische) doelmatigheid van de zorg als een kwaliteitsaspect ervan te zien. Iedere partij in het veld van de gezondheidszorg dient vanuit het principe van de *simultane realisatie van normen* zijn eigen steentje aan dit kwaliteitsaspect bij te dragen. Beheersinstrumenten kunnen vervolgens geëvalueerd worden op basis van de vraag in hoeverre zij daaraan bijdragen.

5.4.1 Visies op kwaliteit

De kwaliteitsdiscussie in de gezondheidszorg kent twee richtingen: de klassieke en de moderne, zie Figuur 4.[43] De belangrijkste vertegenwoordiger van de klassieke benadering in het kwaliteitsdenken is de Amerikaanse hoogleraar Donabedian.[44] Van hem is de uitspraak: "To assess the quality of medical care one must first unravel a mystery: the meaning of quality itself".[45] Teneinde dit mysterie te ontrafelen beschrijft Donabedian de gezondheidszorg in termen van *structuur, proces* en *uitkomst*.[46] De *structuur* verwijst naar de middelen die gebruikt worden, alsmede de relatief stabiele omstandigheden waaronder de zorg wordt geleverd. Bij deze laatste categorie kan gedacht worden aan kenmerken van de hulpverlener als leeftijd, geslacht, opleiding en attitudes, en aan min of meer dezelfde kenmerken van de patiënt, waaronder ook de ernst van de aandoening. De aanduiding *'proces'* verwijst zowel naar het primaire proces van zorgverlening, dat geconcentreerd is rond de arts/patiënt-relatie, als naar de ondersteunende activiteiten. Als elementen van het zorgproces worden genoemd: 1) de technische werkstijl, waaronder vallen consulten, indicatiestelling, voorschrijfgedrag, verwijzingen, opnamen, continuïteit, coördinatie en bestedingen; en 2) de interpersoonlijke werkstijl, waartoe behoren de interpretatie van medische technieken, de participatie van de patiënt en het communicatieniveau. Het zorgproces leidt tot een *uitkomst*, die gedefinieerd wordt als de verandering in de gezondheidstoestand van de patiënt. Deze uitkomst wordt vastgesteld aan de hand van een vijftal parameters, meestal in het engels aangeduid aan de hand van vijf d's: death, disease, disability, discomfort en dissatisfaction.[47]

---

[43] Voor een goed overzicht van de kwaliteitsdiscussie verwijzen we naar Harteloh PPM & Casparie AF. *Kwaliteit van zorg - Van een zorginhoudelijke benadering naar een bedrijfskundige aanpak*. VUGA/De Tijdstroom 1991, p.132, figuur 7.1; en Post D. Zorg om goede kwaliteit - Over het doel en de middelen. *Handboek Structuur en Financiering Gezondheidszorg*. 1993, Hfdst. B2. De auteur baseert zich sterk op Harteloh en Casparie.

[44] Donabedian A. *The definition of quality and approaches to its management*. Health Administration Press Michigan 1980.

[45] Post (1993) p.B.2.1.7.

[46] Harteloh & Casparie (1991) hfdst. 2, p.47-55. De rest van deze paragraaf is op dit boek gebaseerd.

[47] Dood, ziekte, invaliditeit, ongemak en ontevredenheid.

Figuur 4. De klassieke en de moderne visie op kwaliteit

	KLASSIEK	MODERN
UITGANGSPUNTEN	- kwaliteit heeft betrekking op het primaire zorgproces - kwaliteit is eigenschap of object - accent op kwaliteitsbewaking - therapeutisch model - organisatie als mechanisme	- kwaliteit heeft betrekking op alle aspecten van de zorgverlening - kwaliteit is subjectief standpunt - kwaliteitsbevordering - preventief model - organisatie als organisme
METHODEN	- meten, toetsen en wetenschappelijk onderzoek - 'adverse patient occurrences' - 'health accounting approach' - intercollegiale toetsing - standaarden beleid	- verandering bewerkstelligen door gebruik van motivatie- en attitude-theorieën - integrale kwaliteitszorg - interne/externe kwaliteitssystemen

Bron: P.P.M. HARTELOH & A.F. CASPARIE (1991), p. 189.

De klassieke benadering gaat er van uit, dat kwaliteit gemeten kan worden. Daartoe moeten structuur, proces en uitkomst wetenschappelijk onderzocht worden, en in getalswaarden worden uitgedrukt. Hiervoor worden tal van indicatoren ontwikkeld. Geheel zonder problemen is dit echter niet. De relatie tussen proces en uitkomst is in veel gevallen ondoorzichtig. Een sluitende kwaliteitsbeoordeling kan dan niet gegeven worden. In die gevallen moet gezocht worden naar benaderingen voor kwaliteit, bijvoorbeeld de tevredenheid van de patiënt,[48] 'adverse patiënt occurrences (A-PO's)',[49] of intra- en interdoktervariaties. Probleem van deze benaderingen is dat zij slechts indicaties geven dat er iets mis is met de kwaliteit, zonder aan de kwaliteit een getalswaarde toe te kennen. De kwaliteit blijft daarmee in hoofdzaak onmeetbaar.

Teneinde toch de kwaliteit in beeld te brengen wordt daarom het proces beoordeeld, de zogeheten 'medical audit'. Dit kan door de beroepsgroep gedaan worden, maar ook door buitenstaanders aan de hand van op schrift gestelde informatie.[50] Met de informatie die dit oplevert worden de 'adverse occurrences' verwijderd. Het kwaliteitsbeleid heeft daarmee grotendeels een repressief karakter. Daarom wordt wel gesproken over kwaliteitsbewaking, of over het therapeutische model. In deze 'therapie' passen ook de standaarden en protocollen die afwijkingen zichtbaar maken van hetgeen volgens de medische standaard gebruikelijk is, en op deze manier bijdragen aan de rationalisering van het zorgproces, de objectivering en verbetering van de kwaliteit.[51]

Door de moderne richting in de kwaliteitsdiscussie wordt een meer omvattende benadering van kwaliteit bepleit. Zij oriënteert zich daarbij op de ontwikkeling in het kwaliteitsdenken in het bedrijfsleven. Geconstateerd wordt dat daar in de na-oorlogse

[48] Patiëntsatisfactie.

[49] Bijv. complicaties, mislukken van ingrepen, diagnostische en therapeutische fouten.

[50] Er wordt in dit verband gesproken over impliciete en expliciete beoordeling.

[51] Zie bijvoorbeeld Vermeij DJB. Kwaliteitsbewaking en professionaliteit - motieven tot herwaardering van de geneeskunst. *Acta Hospitalia* (1991) no.4, p.35-40.

periode een belangrijk verschuiving heeft plaats gevonden van procesmatig kwaliteitsdenken naar een benadering van 'total quality control'. Berwick illustreert deze verschuiving met een metafoor die hij de 'rotte-appel-theorie' noemt.[52] Hij stelt een fruitschaal voor met appels, gezonde en rotte. De kwaliteit van de fruitschaal wordt beter naarmate er minder rotte appels zijn. Er zijn in dit verband twee mogelijkheden. In de eerste plaats kunnen de rotte appels systematisch verwijderd worden. Dit stemt overeen met het therapeutische model van de klassieke benadering.[53] De moderne benadering brengt hier tegen in, dat men zich moet afvragen hoe die rotte appels op de fruitschaal zijn terecht gekomen, om vervolgens de kwaliteit via een preventiebeleid te vergroten. Bij de operationalisering van het kwaliteitsbegrip houdt dit een verschuiving in van vragen als 'doen we de juiste dingen?' en 'doen we de juiste dingen goed?' naar de vragen: 'is er de juiste sfeer, cultuur en identiteit in de organisatie?' en 'bestaat er een juiste houding en attitude bij de medewerkers?'.

De moderne richting concentreert zich daarom niet alleen op het primaire zorgproces. Met de aandacht voor de organisatorische omgeving verwijdt de belangstelling zich tot 'total quality control' of integrale kwaliteitszorg. Anders gezegd: niet alleen de 'medicine' staat centraal maar de gehele 'health care'. Voor de kwaliteitsbeoordeling van de gezondheidszorg in haar volle breedte is inzicht nodig in alle aspecten van kwaliteit. (Figuur 5 geeft een overzicht van kwaliteitsaspecten[54]).

In de volgende paragraaf willen wij vanuit onze eigen benadering laten zien in welke zin men ook de (economische) doelmatigheid van de gezondheidszorg als een kwaliteitsaspect kan beschouwen.

5.4.2 Doelmatigheid als kwaliteitsaspect

Ook wij hebben in onze beschouwing over de structuur van de medische praktijk (hfdst. 4) aandacht gevraagd voor de verschillende (normatieve) *aspecten* die aan deze praktijk te onderscheiden zijn. Men kan deze aspecten beschouwen als kwaliteitsaspecten in die zin, dat de normatieve principes die voor deze aspecten gelden de 'standards of excellence' of kwaliteitsmaatstaven voor het handelen binnen de betreffende praktijk vastleggen. Zo beschouwd zou men de kwaliteitsaspecten van de medische praktijk als volgt in kaart kunnen brengen: het kwalificerende kwaliteitsaspect is het ethische of morele aspect. Het normatieve principe dat voor dit aspect geldt hebben wij met Puolimatka omschreven als het principe van de *benevolence*: een normatieve houding die het welzijn van de ander als intrinsiek waardevol beschouwt. Naast dit kwalificerende aspect kan men echter tevens een aantal funderende aspecten van kwaliteit onderscheiden, die allemaal hun eigen bijdrage leveren aan de kwaliteit, in omvattende zin, van het medisch handelen: in hoeverre is het medisch handelen wetenschappelijk

[52] Berwick DM. Continuous improvement as an ideal in health care. *New England Journal of Medicine*. Vol. 320 (1989) p.53-6. Geciteerd door Harteloh & Casparie (1991) p.107-8.

[53] Rutstein spreekt bijvoorbeeld over 'sentinel health events' die geëlimineerd moeten worden. Dit zijn voorvallen in de zorgverlening die het gevolg zijn van fouten bij de keuze voor een techniek of het gebruik van een techniek. Rutstein DD. Measuring the quality of medical care. *New England Journal of Medicine*. Vol. 294 (1976) p.582-8.

[54] Overgenomen uit Harteloh en Casparie (1991).

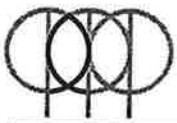
verantwoord, effectief (in een meer technische zin), doelmatig, sociaal en communicatief (vertrouwensrelatie), legaal en rechtvaardig. De kwaliteit van zorg wordt dus bepaald door de simultane realisatie van al deze kwaliteitsaspecten onder leiding van het kwalificerende aspect.

Figuur 5. Aspecten van kwaliteit en hun indicatoren

ASPECT	INDICATIE VOOR KWALITEIT	
Toegankelijkheid	Materieel	Wachtlijsten
		Wachttijd ter plaatse
		Reistijd
	Financieel	Aantal onder-/onverzekerden
Continuïteit	Persoon	Dezelfde hulpverlener/instantie per ziekte-episode
	Tijd	Aantal consulten per ziekte-episode
	Plaats	Dezelfde locatie voor zorg per ziekte-episode
Coördinatie	Afstemming van zorg op de patiënt - zorg op de juiste plaats - zorg op het juiste moment - aantal doublures in de diagnostiek - informatieoverdracht - mate van overleg - gedocumenteerd werken (verslaglegging, gebruik protocol, hiërarchische lijnen)	
Competentie		
- Van Zorg		
- doelzoekend	- afstemming doel op omgeving (beleidsplan)	
- werkzaamheid	- 'randomized controlled trials'	
- doeltreffendheid	- werkzaamheid in de praktijk	
- doelmatigheid	- verhouding opbrengst/offers in het licht van de gestelde doelen	
- Van Zorgverlener	- eisen aan de basisopleiding	
- deskundigheid	- deelname aan bij- en nascholing	
- geschiktheid	- geestelijke en lichamelijke conditie	
Relationeel		
- communicatie	Bejegening	aantal klachtenprocedures
- beleefdheid	Autonomie	keuzemogelijkheden, -gedrag
- begrip voor de klant	Verantwoording	externe communicatie, imago
- tegemoetkomendheid	coöperatie	afgezegde afspraken; veranderen van hulpverlener
Veiligheid	Aantal klachtenprocedures	
Betrouwbaarheid	Registratie en analyse van fouten	

Bron: P.P.M. HARTELOH & A.F. CASPARIE (1991), p. 132.

In overeenstemming met het voorafgaande kan men het zorgstelsel opvatten als de organisatievorm van de gezondheidszorg (zie § 5.2.1), die men vanuit wisselende perspectieven (in economische, juridische of sociologische termen) kan beschrijven.



Duidelijk is dat het zorgstelsel uiteindelijk dienstbaar moet zijn aan een optimale organisatie van de zorgverlening en daarmee aan de bestemming van de medische praktijk. Men kan dit samenvatten met de formulering dat het zorgstelsel dienstbaar moet zijn aan een optimale zorgkwaliteit. Het kwalificerende kwaliteitsaspect van de zorg is daarmee gegeven: de onbaatzuchtige gerichtheid op het welzijn van de (noodlijdende) medemens. Tegelijk is echter duidelijk dat optimale zorg slechts gegeven kan worden wanneer ook alle andere (funderende) aspecten van de zorgkwaliteit recht wordt gedaan. Dat geldt voor alle partijen die in het veld van de gezondheidszorg hun onderscheiden verantwoordelijkheden dragen.

Vanuit de drie hierboven beschreven ideaaltypische zorgstelsels (zie § 5.2.3) kan men evenveel kwaliteitscomplexen onderscheiden, die elk in één van deze zorgstelsels bevoordeeld worden. In zekere zin zou men kunnen zeggen, dat het ideale zorgstelsel bestaat uit de ideale mix van de drie ideaaltypische zorgstelsels. Men kan aldus onderscheiden: 1) optimale kwaliteit van het 'primaire proces' (met name de arts/patiënt-relatie), waarin onderscheid gemaakt kan worden tussen twee componenten: de medisch-professionele competentie van de arts (het wetenschappelijke en technische aspect van kwaliteit); en een goede vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt (het sociale aspect van kwaliteit); dit kwaliteitscomplex krijgt de meeste aandacht in het gilde-systeem; 2) doelmatigheid, volume- en kostenbeheersing, gecombineerd met maximale handelings- en keuzevrijheid (het economische aspect van kwaliteit); dit kwaliteitscomplex heeft prioriteit in het 'concurrerende zorgstelsel'; en 3) toegankelijkheid en een rechtvaardige verdeling van de zorg (het juridisch aspect van kwaliteit (verdelende rechtvaardigheid)); dit kwaliteitscomplex staat centraal in een planmatig zorgstelsel.

Vanuit het principe van de *simultane realisatie van normen* betekent dit, dat in het 'ideale zorgstelsel' aan de drie kwaliteitscomplexen tegelijkertijd recht wordt gedaan. Omdat wij ons in deze studie vooral richten op vraagstukken rond de kostenbeheersing in de gezondheidszorg zullen wij vooral op het *economische aspect* van kwaliteit ingaan. Wij zullen dat echter nadrukkelijk doen tegen de achtergrond van het genoemde principe. Welke economische beheersinstrumenten zijn effectief en bruikbaar in een benadering waarin de zorgkwaliteit in haar volle breedte (in al haar aspecten) wordt nagestreefd?

5.4.3 Doelmatigheid nader gedefinieerd

Doelmatigheid beschouwen we als het economisch aspect van kwaliteit. Doelmatigheid heeft daarmee betrekking op de economie of liever gezegd, op het economisch proces. Het economisch proces bestaat uit meerdere elementen: 1) produktie en consumptie; 2) ruil of transactie; 3) verdeling; en 4) innovatie. Hieruit volgt, dat ook het doelmatigheidsbegrip nader gedifferentieerd kan worden, (Figuur 6): 1) technische efficiëntie in de zin van 'least cost combinations' bij de produktie en 'maximum utility combinations' bij de consumptie, beide gegeven de hoeveelheid en kwaliteit van de middelen; 2) transactie-efficiëntie welke betrekking heeft op de kosten van de instituties die de ruil mogelijk maken en regelen; 3) allocatieve doelmatigheid, dat is de mate waarin produktie en ruil voorzien in de behoeften van de consument; en 4) dynamische effici-

entie, waaronder verstaan wordt de mate van innovatie en technologische vooruitgang.[55]

Figuur 6. Vier dimensies van doelmatigheid

ECONOMISCHE ACTIVITEIT	DOELMATIGHEIDS-BEGRIP	WERKWIJZE	CRITERIUM
produktie en consumptie	technische doelmatigheid	keuze van 'least cost combinations' en 'maximum utility combinations'	marginale kosten, marginaal nut[a]
ruil (transactie)	transactie-doelmatigheid	keuze van instituties via het 'organisation failures framework'[b]	minimale transactiekosten
verdeling	allocatieve doelmatigheid	berekening van de optimale allocatie	evenwicht zoals gespecificeerd in het model van volledig vrije mededinging
innovatie	dynamische doelmatigheid	proces van ontdekking	vooruitgang

a. marginale kosten (nut): de verandering van kosten (nut) bij de uitbreiding van produktie of consumptie met 1 eenheid.
b. O.E. Williamson (1975).

5.4.4 Beheersing en onderscheiden verantwoordelijkheden

De omschrijving van het economisch beheer in de gezondheidszorg kan uitgewerkt worden naar de verschillende partijen in het veld aan de hand van de onderscheiden verantwoordelijkheden die in hfdst. 4 ter sprake zijn gebracht. De arts is dan verantwoordelijk voor de kwaliteit van de behandeling inclusief de technische doelmatigheid en voor de kwaliteit van de vertrouwensrelatie met zijn patiënten. (De patiënt heeft op dit punt ook een eigen verantwoordelijkheid). De instelling is verantwoordelijk voor de kwaliteit van de verzorging van de patiënten en van apparatuur en hulpmiddelen, inclusief de technische en dynamische efficiëntie. De verzekeraar is verantwoordelijk voor de beschikbaarheid van de voorzieningen om aan de aanspraken van de cliënten te kunnen voldoen, voor de (kwaliteit van de) financiering van de gezondheidszorg en de voor de transactiedoelmatigheid hiervan. De overheid, tenslotte, is verantwoordelijk voor het bevorderen en bewaken van de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorgvoorzieningen, dat wil zeggen voor de realisering van de eerdergenoemde normen van het zorgstelsel (zie § 5.4.2). Daarbij gaat het om de allocatie van collectieve voorzieningen over meerdere beleidsterreinen binnen en buiten de gezondheidszorg. Allocatieve doelmatigheid staat daarbij centraal, maar ook de kwaliteit van de verdeling en de

[55] Deze economische activiteiten en doelmatigheden worden door verschillende 'scholen' in de economische wetenschap uitgedragen, maar zijn nog nooit herleid tot een integrale theorie. Zo legt de neo-klassieke theorie alle nadruk op technische en allocatieve doelmatigheid, stelt Joseph Schumpeter innovatie en dynamische efficiëntie centraal, en ziet O.E. Williamson de markt als een 'governance structure' met transactiekosten.

bijbehorende transactiedoelmatigheid, omdat niet alleen verdelende doelmatigheid nagestreefd wordt maar ook verdelende rechtvaardigheid.

5.5 Beheersinstrumenten in de gezondheidszorg

5.5.1 Beheersinstrumenten en het zorgstelsel

Bij het economische beheer van de gezondheidszorg kan aanleiding bestaan tot het hanteren van beheersinstrumenten als één of enkele van de verschillende normen die voor het zorgstelsel gelden onvoldoende gerealiseerd worden. Deze instrumenten beogen een aanpassing van de structuur van het zorgstelsel, die de zorgverlening zal sturen in de richting van een betere, simultane realisering van de verschillende normen. We hebben gezien (§ 5.3.3), dat in de Nederlandse gezondheidszorg twee beheersproblemen aanleiding geven tot de vraag naar beheersinstrumenten, te weten: 1) een toename van de medische uitgaven tot over de financiële grenzen die door de politiek zijn vastgesteld; en 2) een grote variatie in het medisch handelen tussen verschillende artsen.

Figuur 7. Beheersing op drie niveau's

	MACRO-NIVEAU gezondheidszorg	MESO-NIVEAU sectoren & specialismen	MICRO-NIVEAU artsen & instellingen
CAPACITEIT	mensen en middelen in de gezondheidszorg, nationaal en regionaal[a]	mensen en middelen in:[a] - een sector - een specialisme	mensen en middelen in een instelling[a]
	of: aantal sectoren en specialismen	*of:* aantal instellingen in een sector, aantal specialisten in een specialisme	
AANWENDING	behandelvolume[b] gezondheidszorg	behandelvolume[b] per - sector - specialisme	behandelvolume[b] per - arts - instelling
VRAAG	omvang verstrekkingenpakket (vraagruimte)	vraag per patiëntencategorie	individuele vraag (remgeld)

a. aantal en gemiddelde prijs
b. reëel of nominaal.

In deze studie wordt het economisch beheer van de gezondheidszorg bestudeerd vanuit het perspectief van de professionele autonomie. Het in dit verband relevante element daarvan hebben we in dit hoofdstuk omschreven als behandelvrijheid, waarbij onderscheid is gemaakt tussen de beschikbaarheid en de aanwending van voorzieningen. Beheersinstrumenten die voor ons onderwerp relevant zijn hebben daarom betrekking op deze aspecten van behandelvrijheid. In Figuur 7 worden zij uitgewerkt

naar de verschillende niveaus van de gezondheidszorg, macro, meso en micro. Ter vergelijking is ook de vraagzijde opgenomen, die voor het onderwerp 'professionele autonomie' niet aan de orde is en buiten beschouwing wordt gelaten.[56]

5.5.2 Een typologie van beheersinstrumenten

Beheersinstrumenten veranderen de structuur van het zorgstelsel, in meer of mindere mate. Een algehele structuurverandering wordt meestal 'stelselwijziging ' genoemd. Daarbij kan gedacht worden aan het omsmeden van een gildesysteem tot een planmati ge gezondheidszorg of tot een zorgstelsel dat gebaseerd is op geregelde concurrentie. Bij een gedeeltelijke structuurverandering gaat het om het invoeren van een of meerdere instrumenten die het zorgstelsel op onderdelen aanpassen zonder het zwaartepunt van het stelsel te verplaatsen naar een andersoortig zorgstelsel.

Figuur 8. Een typologie van beheersinstrumenten naar werkwijze en werkingsniveau

	MACRO-NIVEAU gezondheidszorg	MESO-NIVEAU sectoren & specialismen	MICRO-NIVEAU artsen & instellingen
SLUITING VAN EEN OPEN EINDE	macro-budget[a] voor de gezondheidszorg	budgettering[a] van: - sectoren - specialismen	budgettering[a] van: - artsen - instellingen
STURING VIA OPDRACHTEN	planning van de totale zorg-behoefte stratificering	planning van: - sectoren - specialismen	planning van: - artsen - instellingen 'managed care'
STURING VIA PRIKKELS		honoreringssysteem: - bevorderen van professionele zelf-regulering	honoreringssysteem: - artsen - instellingen
PROFESSIONELE ZELFREGULERING		overleg tussen en binnen specialismen	protocollering inter-collegiale toetsing

a. reëel of nominaal (in volumina of in geldeenheden).

Bij de beschrijving van beheersinstrumenten wordt wel onderscheid gemaakt tussen beheersing via 'directives' en 'incentives'. 'Directives' zouden vooral op macro-niveau

[56] Ook al is voor ons doel de vraagzijde niet aan de orde, in zijn algemeenheid zal het economisch beheer van de gezondheidszorg die niet buiten beschouwing kunnen laten. De toenemende mondigheid van de patiënt kan de feitelijk ervaren professionele autonomie beïnvloeden, maar maakt de formele ruimte van de professionele autonomie niet kleiner. Bij een verzwakking van de professionaliteitsgedachte en een versterking van het contract-denken t.a.v de arts/patient-relatie zou de professionele autonomie wel eens in dienst kunnen komen te staan van eisende patiënten. Dit is overigens geen pleidooi om de mondigheid van patiënten niet te vergroten, maar wel om dat zo te doen dat men medische mogelijkheden ook leert relativeren.

gebruikt moeten worden, en 'incentives' vooral op micro-niveau.[57] Dit onderscheid kan echter nader verfijnd worden. In Figuur 8 worden 4 clusters instrumenten naar werkwijze en werkingsniveau onderscheiden, naast opdrachten en prikkels zijn dat het sluiten van een open einde, en de professionele zelfregulering.[58] Deze instrumenten kunnen in de onderscheiden zorgstelsels ingevoerd worden, hoewel het duidelijk zal zijn dat sommige instrumenten beter aansluiten bij het ene type zorgstelsel, en andere bij een ander type.[59]

Het *sluiten van een open einde* is beter bekend onder de instrument-naam 'budgettering'. Budgettering houdt in dat de uitvoering van een taak gekoppeld wordt aan een maximum hoeveelheid middelen. De budgetten worden meestal vastgesteld in geldeenheden (nominaal), maar ook een volumebudget behoort tot de mogelijkheden (reëel). Zij kunnen worden toegepast op de aanschaf en de aanwending van voorzieningen. We onderscheiden verschillende niveau's. Het macro-niveau betreft de gehele gezondheidszorg. Deze vorm van budgettering vinden we in Nederland in het Financieel Overzicht Zorg (FOZ), dat ieder jaar tegelijk met de begroting van het Ministerie van Volksgezondheid en Cultuur wordt uitgebracht.[60] In dit FOZ worden ook verfijningen naar sectoren aangebracht, en daarmee omvat het ook een stukje meso-budgettering.[61] Het Nederlandse stelsel kent ook een vorm van micro-budgettering, namelijk budgettering van ziekenhuizen. Dit is echter slechts een vorm van micro-budgettering. Een andere vorm zou kunnen zijn, het budgetteren van individuele behandelaars in volumina. Afgesproken wordt bijvoorbeeld dat een arts binnen een bepaald specialisme jaarlijks niet meer dan een vooraf vastgesteld aantal verrichtingen mag uitvoeren.[62] Boven dit aantal vindt dan geen vergoeding meer plaats.

Budgettering wordt gewoonlijk geassocieerd met de centrale overheid. Toch is het niet noodzakelijk de centrale overheid die moet budgetteren. Ook provincies of verzekeraars kunnen zorgverleners aan budgetten binden, afhankelijk van de verdere vormgeving van het stelsel.

Sturing via opdrachten werkt in de meeste gevallen via een systeem van centrale planning. Voor de gezondheidszorg houdt dit in extremo in, dat de centrale overheid van iedere individuele zorgaanbieder de capaciteit bepaalt, en ook hoe deze aangewend

---

[57] Rutten FFH & Bonsel GJ. High cost technology in health care - a benefit or a burden? *Social Science Medicine*. Volume 34 (1992) no.4, p.567-577.

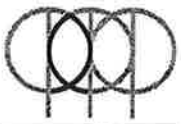
[58] De indeling naar niveau's is gebaseerd op het werkingsniveau van de instrumenten, niet op het niveau waarop de instrumenten geformuleerd worden. Zo worden behandelprotocollen op meso-niveau vastgesteld, maar hun werkingssfeer ligt op het vlak van de individuele behandelaar.

[59] In figuur 8 wordt onder andere het instrument 'sturing via opdrachten' genoemd. In eerste aanleg kan daarbij gedacht worden aan een planmatige gezondheidszorg. Maar dat betekent niet, dat in andere zorgstelsels de artsen niet via opdrachten gestuurd kunnen worden. Integendeel, in een concurrentieel zorgstelsel krijgt de verzekeraar invloed op de behandeling, en kan deze via instrumenten van 'managed care' ook de arts aan opdrachten binden.

[60] Aanvankelijk was het FOZ een vrijblijvend overzicht. In de loop der tijd heeft het zich echter ontwikkeld tot een beleidsstuk met dwingende inhoud.

[61] Daarbij wordt echter geen onderscheid gemaakt tussen de verschillende specialismen. Een groot deel van het specialisten-conflict en de verbrokkelde eenheid onder de specialisten is aan het ontbreken van dit onderscheid te wijten.

[62] Deze vorm van volumebudgettering wordt in Canada toegepast.



moet worden.[63] Dit is een complexe geschiedenis, en daarom wordt in de praktijk vrijwel altijd gekozen voor een gelaagde besluitvorming.[64] Dit houdt in dat de centrale overheid een rangorde in voorzieningen vaststelt, gebaseerd op de totale zorgbehoefte. In dit verband wordt wel gesproken over de stratificering van voorzieningen.[65] Dit concept wordt door de regionale overheden uitgewerkt naar het meso- en het micro-niveau. Vastgesteld wordt hoeveel instellingen en specialisten nodig zijn, en vervolgens ook wat de capaciteit van de individuele aanbieders mag zijn. De aanwending van deze capaciteit kan ook van hogerhand gepland worden, maar in de praktijk wordt dit in de meeste gevallen overgelaten aan de aanbieders.[66]

Een geheel andere vorm van sturing via opdrachten vinden we in de 'managed care' gedachte. 'Managed care' houdt in dat een verzekeraar of een verzekeringsarts het behandelgedrag van de individuele zorgverlener nauwlettend volgt, en elke behandeling controleert op haar noodzakelijkheid. In de praktijk houdt dit in dat een behandelaar voor veel verrichtingen een vergunning van de verzekeraar nodig heeft. Deze verkrijgt daarmee een grote invloed op de zorgverlening. 'Managed care' is kenmerkend voor een concurrerend zorgstelsel als dat van de Verenigde Staten.

Sturing via prikkels heeft betrekking op een positieve sturing van de zorgaanbieders. Getracht wordt via de honorering het gedrag van de zorgaanbieders in een gewenste richting te sturen. In theorie is dit mogelijk op meso- en micro-niveau, in de praktijk zal echter alleen het micro-niveau overblijven, omdat de informatie op meso-niveau ontbreekt en de honoreringsformules te complex worden.[67] Op micro-niveau denken we vooral aan de honoreringssystemen voor artsen. In de praktijk blijkt dat de twee bekendste honoreringsvormen, het verrichtingensysteem en het abonnementshonorarium, beide ver van ideaal zijn, en leiden tot grote behandelverschillen.[68] Uit de aanwezigheid van een sterke relatie tussen honorarium en behandeling volgt, dat financiële prikkels een effectief instrument kunnen zijn voor de sturing van het behandelgedrag.

Bij *professionele zelfregulering* neemt de medische professie zelf de verantwoordelijkheid van volume- en uitgavenbeheersing op zich. Mogelijkheden zijn overleg (meso-niveau) en sturing van het individuele handelen via protocollering en intercollegiale toetsing (micro-niveau).

---

[63] De naam centrale planning suggereert het macro-niveau. Bedacht moet worden dat wij de verschillende niveau's onderscheiden als werkingsniveau's, en de hier genoemde planning is dus micro-planning.

[64] In Nederland vinden we centrale planning alleen bij de aanschaf van kostbare medische apparatuur, die gereguleerd wordt via artikel 18 van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV; zie §5.3.2, zie ook Achtergrondstudie 3, § 1.3 en 1.4).

[65] De 'trechter-van-Dunning' is een bekend voorbeeld van een stratificeringsinstrument, zie Commissie Keuzen in de Zorg (1991).

[66] In Nederland zijn wel produktieafspraken gebruikelijk. Deze komen tot stand via overleg tussen aanbieders en verzekeraars, en bepalen voor bepaalde verrichtingen het behandelvolume. De 'dotter-affaire van Eindhoven' heeft uitgewezen dat de juridische status van deze afspraken niet rotsvast is.

[67] Een voorbeeld van financiële sturing op meso-niveau zou kunnen zijn, dat geprobeerd werd de keuze van basisartsen voor de verschillende vervolgopleidingen via de honorering in een bepaald richting te sturen.

[68] Behandelverschillen tussen verschillende specialismen, binnen specialismen (*inter*-doktervariatie), maar ook behandelverschillen bij individuele (huis)artsen (*intra*-doktervariatie), die particuliere patiënten (verrichtingentarief) uitgebreider behandelen dan ziekenfondspatiënten (abonnementstarief).

5.5.3 Een selectie van beheersinstrumenten

In de volgende hoofdstukken wordt een aantal beheersinstrumenten nader uitgewerkt en geplaatst in het licht van de normatieve benadering van professionele autonomie en van de normen die voor het zorgstelsel en haar beheersinstrumenten gelden, namelijk (§ 5.4.1): 1) optimale kwaliteit van de medische zorg, hetgeen onder meer inhoudt een hoge medisch-technische competentie van de arts en een goede vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt; 2) doelmatigheid, volume- en uitgavenbeheersing; en 3) toegankelijkheid en een rechtvaardige verdeling van de zorg.

Bij de selectie van beheersinstrumenten die we nader willen analyseren, houden we rekening met de geschiedenis van het Nederlandse zorgstelsel en de beheersingsdiscussie die aan het eind van de jaren tachtig is begonnen. Concreet betekent dit, dat we het planningsinstrument 'sturing via opdrachten' niet zullen uitwerken. De Nederlandse ervaringen in de jaren tachtig met bijvoorbeeld een Wet Voorzieningen Gezondheidszorg waren dermate teleurstellend dat we hier geen hoofdstuk aan behoeven te wijden. De tegenvallende ervaringen met het planningsinstrument vormen de achtergrond van de huidige discussie over de toekomst van het zorgstelsel. Daarin staat de invoering van geregelde concurrentie centraal. Deze integrale stelselwijziging bespreken wij in hoofdstuk 6.[69]

De andere beheersinstrumenten worden in de overige hoofdstukken besproken. In hoofdstuk 7 staat protocollering centraal als exponent van de professionele zelfregulering. In dit hoofdstuk zullen we ook het onderwerp behandelverschillen uitwerken. Hoofdstuk 8 gaat over het budgetteringsinstrument dat gebruikt wordt om een open einde af te sluiten. Daarbij wordt ook aandacht geschonken aan verschillende budgetteringsvormen in binnen- en buitenland zoals de budgetfinanciering van de ziekenhuizen in Nederland. 'Sturing via prikkels' sluit de rij in hoofdstuk 9 dat gewijd is aan de honorering van artsen.

Deze selectie van beheersinstrumenten kan, met uitzondering van budgettering die aansluit bij de Nederlandse praktijk van volume- en kostenbeheersing, teruggekoppeld worden naar de adviesrapporten die in hoofdstuk 1 besproken zijn. Protocollering hangt samen met de beschouwingen omtrent de medische professie in de rapporten *Medisch handelen op een tweesprong* en *Kiezen en delen*. Currentie wordt voorgesteld in het rapport van de Commissie Dekker *Bereidheid tot verandering*. De Commissie Biesheuvel, tenslotte, bepleit in haar rapport *Gedeelde zorg - betere zorg* een nieuwe honoreringsstructuur.

[69] Voorzover er bij concurrentie 'sturing via opdrachten' door verzekeraars plaatsvindt wordt ook aandacht besteed aan dit instrument.

HOOFDSTUK 6
Concurrentie in de gezondheidszorg

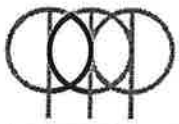
Samenvatting

Sinds het rapport van de Commissie Dekker wordt in Nederland concreet gedacht over de introduktie van marktwerking in de gezondheidszorg. Voorstanders betogen dat dit zal leiden tot een betere aansluiting van aanbod en vraag en tot een grotere doelmatigheid en uitgavenbeheersing. Daarbij wordt wel erkend dat marktwerking ook nadelige gevolgen kan hebben, maar deze denkt men tegen te gaan door het marktgedrag van de partijen in het veld te binden aan regels. Kortom, het gaat niet om scherpe prijsconcurrentie maar om geregelde concurrentie, met op de achtergrond de overheid die het spel van vraag en aanbod in de gaten houdt en intervenieert als zij dat nodig acht. In onze optiek moet de overheid daarbij oog hebben voor de bestemming van de geneeskunde, en daarmee voor de realisering van alle normen die voor de medische praktijk gelden, zoals in de vorige hoofdstukken is uiteengezet. We bespreken achtereenvolgens: concurrentie en de ethische norm voor de arts/patiënt-relatie, concurrentie en de juridische norm van sociale gerechtigheid en concurrentie en de economische norm van doelmatigheid.

De arts/patiënt-relatie is asymmetrisch. Bij concurrentie gaan artsen onderling concurreren. Voor de patiënt heeft dit belangrijke consequenties. In de eerste plaats kan de continuïteit van de arts/patiënt-relatie doorbroken worden doordat de patiënt om concurrentiële redenen door zijn verzekeraar verplicht wordt van arts te veranderen. In de tweede plaats moeten artsen zich onderling gaan onderscheiden om contracten met verzekeraars te verkrijgen of te behouden. Om concurrentiële redenen kunnen zij hun informatievoordeel ten opzichte van de patiënt opportunistisch gebruiken, bijvoorbeeld door te zwijgen over bepaalde behandelingsalternatieven. Beide consequenties van concurrentie kunnen de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt onder druk zetten.

Concurrentie tussen verzekeraars leidt in zijn algemeenheid via zelfselectie tot een premiedifferentiatie naar gezondheidsrisico. Wordt via premiemaatregelen solidariteit nagestreefd, dan bestaat het gevaar van risicoselectie door verzekeraars en het uiteindelijk faillissement van de minst succesvolle. In de Nederlandse voorstellen wordt uitgebreid ingegaan op de problemen van concurrentie tussen verzekeraars. Gesteld wordt dat deze problemen tegengegaan kunnen worden door de verzekeraars te budgetteren. Rondom deze budgetten is een complexe financieringsstructuur bedacht teneinde doelmatigheid en verdelende rechtvaardigheid te combineren. Of dit ook werkelijk lukt valt te betwijfelen. Bij een eenvoudige budgetformule blijft risicoselectie mogelijk, en daarmee ongelijkheid, een verfijnde budgetsleutel genereert hoge transactiekosten en is daarom ondoelmatig.

In de ideeën over concurrentie in de gezondheidszorg wordt de verzekeraar voorgesteld als een kostenbewust inkoper van zorg die voor zijn verzekerden de meest doelmatige zorgaanbieders contracteert. Daarbij gaat het om twee dingen: de toelating van zorgaanbieders en de sturing van hun behandelactiviteiten. De vraag is echter of verzekeraars dit willen en zelfs kunnen. Zolang er een tekort aan zorgaanbieders is, zal selectieve contractering nauwelijks mogelijk zijn. Daarnaast bestaat het gevaar dat verzekeraars ondoelmatig contracteren, zowel in allocatieve als



dynamische zin, door verzekerden te lokken met technologische hoogstandjes, die ten koste gaan van 'care'-voorzieningen. Tenslotte zijn aan het selectief contracteren transaktiekosten verbonden die hoog kunnen oplopen. Op grond van deze argumenten betwijfelen wij of de Nederlandse voorstellen voor concurrentie in de gezondheidszorg recht kunnen doen aan de bestemming van de geneeskunde en in staat zijn de normen die voor deze praktijk gelden te realiseren.

6.1 Inleiding

De commissie 'Structuur en Financiering Gezondheidszorg' heeft het startsein gegeven voor een integrale herziening van het zorgstelsel, met als centraal element de invoering van concurrentie.[1] De parallel met de invoering van marktwerking in Rusland is zo duidelijk, dat wel gesproken wordt over 'perestrojka' in de gezondheidszorg.[2] De belangstelling voor concurrentie ontleent haar inspiratiebron aan economisch theoretische inzichten die concurrentie aanwijzen als een doeltreffend coördinatiemechanisme dat doelmatiger werkt dan overheidsregulering.

In dit hoofdstuk willen wij de plannen voor concurrentie bespreken vanuit onze beschouwingen omtrent de medische praktijk en de daaruit volgende omschrijving van het economisch beheer in de gezondheidszorg, zoals uiteengezet in hoofdstuk 5. Dit betekent dat wij zullen nagaan in hoeverre concurrentie binnen het zorgstelsel de bestemming van de medische praktijk niet schaadt. Voorafgaand aan deze bespreking dienen wij eerst stil te staan bij concurrentie in zijn algemeenheid en bij de concurrentievoorstellen voor de gezondheidszorg.

6.2 Geregelde concurrentie

6.2.1 De markt als economische organisatievorm

Het woord 'concurrentie' wordt dikwijls gebruikt in combinatie met een adjectief dat de betekenis moet verhelderen of nuanceren. Zo wordt gesproken over vrije en gereguleerde concurrentie, volledig vrije en werkzame mededinging, 'managed competition' en 'perfect competition' waarbij laatstgenoemde weer onderscheiden moet worden van 'pure competition'. Deze spraakverwarring vertroebelt de discussie. Het marktbegrip moet nader omschreven worden. Wij typeren de markt als een economische organisatievorm, als de organisatievorm van het economisch proces.[3]

---

[1] Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg (Commissie Dekker). *Bereidheid tot verandering.* Den Haag 1987. Het advies van de commissie is in hoofdlijnen overgenomen in twee belangrijke rapporten van het ministerie van WVC, te weten: Ministerie van WVC. *Verandering verzekerd.* Rijswijk 1988, en Ministerie van WVC. *Werken aan zorgvernieuwing. Bijlage: Notitie stelselherziening zorgsector.* Rijswijk 1990.

[2] Ven WPMM van de. Perestrojka in the Dutch health care system. A demonstration project for other European countries. *European Economic Review* 35 (1991) p.430-40.

[3] Admiraal PH. *Understanding the market as an economic institution.* Erasmus University Rotterdam / Higher Economic School Moscow 1994; Williamson OE. *Markets and hierarchies - analysis and antitrust implications.* New York 1975; Williamson OE. *The economic institutions of capitalism.* New York 1985.

In de economie gaat het om het proces van produktie, consumptie, innovatie, ruil en verdeling. Achter deze begrippen gaat een wereld van individuele activiteiten schuil, die op elkaar afgestemd moeten worden. Deze afstemming kan plaats vinden via tradities, via overleg, via dwang, èn via de markt.[4] De markt coördineert het economisch proces. Voor het verloop van deze coördinatie zijn twee factoren bepalend: de marktstructuur en het marktgedrag van de aanwezige partijen.[5]

In de hoofdstroom van de economische theorie zijn marktstructuur en marktgedrag via de weg van toenemende abstractie teruggebracht tot homogeniteiten.[6] Zo resteerden identieke produkten, aangeboden en gevraagd door identieke, atomistische en alles wetende marktpartijen, waarbij de prijs buiten de beïnvloedingssfeer van individuele marktpartijen valt. Twee adjectieven vatten deze reductie samen: volledig vrije mededinging (VVM). Met de reductie werden de beleidsaanbevelingen optimistischer: concurrentie - in de omschreven vorm - leidt tot een welvaartsoptimum.[7] Het merkwaardige is echter, dat alleen toestanden op een gegeven moment in de tijd beschreven kunnen worden.[8] De dynamiek van het economisch proces en de interactie tussen vragers en aanbieders, die het hart vormt van de marktwerking, kunnen niet verklaard worden. Het theoretisch knappe VVM-model staat daarmee buiten de economische werkelijkheid.

Markten in de dagelijkse werkelijkheid van het economisch leven worden gekenmerkt door heterogene produkten, structuren, partijen, rationaliteiten en doelstellingen. Hier opent zich een waaier van handelingsmogelijkheden hetgeen een grote variatie in marktgedrag tot gevolg kan hebben. In extremo is vrije concurrentie het gevolg: een marktstrijd van allen tegen allen, met gebruikmaking van de gehele variatiebreedte. Aannemelijk is deze vrije concurrentie echter niet. Ondernemers zullen er in de praktijk van de vrije concurrentie achter komen dat hun belang niet gediend is met het gebruik van alle marktmogelijkheden. Afspraken worden gemaakt, vrijheidsgraden worden vrijwillig ingeleverd, regels en standaarden worden vastgesteld, nieuwe organisatievormen als kartels, 'joint ventures' en strategische allianties ontstaan. Kortom, een proces van institutionalisering wordt in gang gezet. De Amerikaanse economist Commons spreekt in dit verband kort en krachtig over: "Collective action in control of individual action".[9] Het proces van institutionalisering werkt zelfversterkend door middel van het mechanisme van 'countervailing power'. Zo ontstaan geïnstitutionaliseerde markten. In de praktijk komen deze veelvuldig voor, en sommige van deze markten ontlenen zelfs hun naam aan de fysieke herkenbaarheid van een specifieke regeling, zoals de bloemenveiling, de visafslag, de schippersbeurs, en de openbare

[4] Heilbroner R. *The making of economic society*. New Jersey 1993, p.8-17; Tieleman H. *In het teken van de economie*. Baarn 1992.

[5] Naast structuur en gedrag noemt F.M. Scherer ook de basis-condities, welke beschouwd kunnen worden als de gegevenheden die over lange(re) termijn constant zijn. Wij laten deze hier verder rusten. Zie: Scherer FM, Ross D. *Industrial market structure and economic performance*. Boston 1990.

[6] Deze wordt de 'neo-klassieke benadering' genoemd.

[7] De zogeheten 'Pareto-optimaliteit'.

[8] Economisten spreken in dit verband over 'comparatieve statica'.

[9] Commons JR. *Insitutional economics*. 1934, p.69.

aanbesteding.

Lambers noemt de vrijwillige inperking van de vrijheidsgraden door de marktpartijen 'interne institutionalisering.[10] Deze typering geeft al aan dat er ook 'externe' institutionalisering bestaat. Daaronder wordt verstaan "de binding van het marktgedrag door een orgaan boven en buiten de marktpartijen".[11] In de meeste gevallen is dit de overheid. Voorbeelden zijn wijd verspreid: mededingingsregelingen, industriesubsidies, patenten en octrooien, prijsregelingen, convenanten en milieu-afspraken. Deze overheidsinterventie in het marktproces beoogt het algemeen belang, en kent twee aangrijpingspunten: 1) een van de marktpartijen afwijkend standpunt over de doelstellingen die door de markt gediend moeten worden; en 2) de erkenning dat de doelstellingen wel goed zijn, maar dat de markt niet in staat is deze te verwezenlijken.

In moderne economieën vertonen de meeste markten beide processen van institutionalisering. Lambers noemt ze schertsend 'dubbelovergehaalde markten'[12], Williamson spreekt over 'governance structures' die zich op een continuüm tussen markt en plan bevinden.[13] Hoe zij ook genoemd wordt, de markt is in essentie een economische organisatievorm. Voor de werking van geïnstitutionaliseerde markten is de aanduiding 'gereguleerde concurrentie' in zwang. Deze term suggereert echter teveel dat alleen de overheid het marktgedrag aan regels bindt. Wij spreken daarom bij voorkeur over 'geregelde concurrentie'.[14]

Marktstructuur en marktgedrag monden uit in een marktresultaat. In dit resultaat ligt het aangrijpingspunt voor een beoordeling van de markt als organisatievorm en de wenselijkheid van concreet geregelde concurrentie. Vanuit het gezichtspunt der economie hangt dit oordeel af van de effectiviteit en de efficiëntie in de doel-middelenrelatie. Twee dingen dus: 1) kunnen de doeleinden via de gekozen middelen - waaronder de concurrentieregelingen - bereikt worden?, en 2) is de doel-middelenrelatie ook doel-matig?

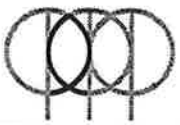
Doelmatigheid heeft daarbij een vierledige inhoud (§ 5.4.3): a) technische efficiëntie; b) transactie-efficiëntie; c) allocatieve doelmatigheid; en d) dynamische efficiëntie, waaronder verstaan wordt de mate van technologische vooruitgang.

Concluderend kunnen we stellen dat zelden of nooit aan de theoretische voorwaarden van de ideale markt wordt voldaan. Teneinde toch domeinen van de samenleving onder de werkingssfeer van de markt te brengen, worden structuren bedacht, organisaties in het leven geroepen en regelingen getroffen. Dat is ook het geval bij het concurrentievoorstel voor de Nederlandse gezondheidszorg.

6.2.2 Geregelde concurrentie in de Nederlandse gezondheidszorg

De Nederlandse gezondheidszorg is vanouds sterk geïnstitutionaliseerd. In aanvang

[10] Lambers HW. Over de institutionele markt. *De economist* 1958, p.1-23.
[11] Lambers (1958) p.1-23.
[12] Lambers (1958) p.1-23.
[13] Williamson (1985).
[14] Dit sluit tevens beter aan bij het Amerikaanse spraakgebruik waarin gesproken wordt over 'managed competition' en niet over 'regulated competition', zie: Enthoven A. Theory and practice of managed competition in health care finance. *F. de Vries Lectures in Economics* 9. North-Holland 1988.



vooral als gildesysteem door de partijen in het veld, en de laatste decennia in toenemende mate door de overheid (§ 5.3). Met de toename van de regeldichtheid werd de binding van het individuele gedrag zo sterk, dat de laatste staatssecretaris voor volksgezondheid, Hans J. Simons, zich bij zijn aantreden beklaagde over 'institutionele verstarring'.[15] Naar zijn mening was het proces van institutionalisering vastgelopen in een bureaucratisch stelsel dat alleen uitnodigde tot het afwentelen van verantwoordelijkheden en tot een vrijblijvende opstelling. Daarmee waren de historisch gegroeide instituties niet langer dienstbaar aan de normen die voor het zorgstelsel gelden. Simons voerde een krachtig pleidooi voor vernieuwing van het zorgstelsel via de overdracht van verantwoordelijkheden en de introductie van marktelementen. Hij greep daarbij terug op het plan van de Commissie-Dekker waarin marktwerking werd omschreven als "een middel om flexibiliteit, doelmatigheid, keuzevrijheid en kostenbeheersing in het stelsel te bevorderen".[16]

Het regeringsvoorstel voor geregelde concurrentie in de gezondheidszorg komt in het kort op het volgende neer: zorgverleners en -instellingen concurreren om de gunst van verzekeraars, die aangespoord worden tot doelmatig en kostenbewust gedrag, omdat zij op hun beurt concurreren om de gunst van verzekerden.[17] Teneinde dit gelaagde systeem van marktwerking mogelijk te maken moeten veel oude instituties verdwijnen, bijvoorbeeld: de contracteerplicht voor de ziekenfondsen, de zorgverlener-omschreven verstrekkingenpakketten[18], de uniforme en centraal geregelde tarieven, de planningswetgeving van het zorgaanbod, de regionale monopolies van de ziekenfondsen, de verschillen tussen particuliere verzekeraars en ziekenfondsen, de bestaande vereveningsregelingen. Zij moeten plaats maken voor nieuwe regelingen, want geheel vrije concurrentie heeft een aantal ongewenste effecten. Kortom, de structuur van het Nederlandse zorgstelsel moet integraal gewijzigd worden.

De problemen met vrije concurrentie kunnen besproken worden aan de hand van de deelmarkten die in hoofdstuk 5 beschreven zijn, namelijk: de zorgmarkt; de verzekeringsmarkt; de zorginkoopmarkt; en de markt voor medische mogelijkheden.[19] Daarbij moet bedacht worden dat deze problemen vooral te maken hebben met de vrijheden die de markt biedt, niet met de markt als zodanig. Wie vrij is kan dingen doen die voor anderen ongewenste effecten hebben. De markt kan daarbij wel een katalyserende werking hebben, doordat zij een financiële premie kan zetten op ongewenst gedrag.

Vrije concurrentie op de zorgmarkt kan grote verschillen in behandeling en kwaliteit tot gevolg hebben. Via een tweetal kwaliteitswetten wordt getracht hier een bodemniveau in aan te brengen, namelijk de wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg (BIG) en de Kwaliteitswet voor Instellingen. Daarnaast bestaat het gevaar dat de

[15] Ministerie van WVC (1990) p.5.

[16] Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg (1987).

[17] Ministerie van WVC (1988).

[18] Dit zijn polissen waarin staat dat alle zorg verleend door zorgverlener X wordt vergoed. Er wordt in zulke polissen dus geen inhoudelijke omschrijving van de zorg gegeven, hetgeen in funktioneel omschreven paketten nu juist wel het geval is.

[19] Wij laten de arbeidsmarkt hier buiten beschouwing.

vertrouwensrelatie tussen patiënt en arts onder druk komt te staan. Via de Wet op de Geneeskundige BehandelingsOvereenkomst (WGBO) wordt een versterking van de positie van de patiënt beoogd.[20]

Op de verzekeringsmarkt kan vrije mededinging via processen van 'adverse selection'[21] en 'prefered selection' een opdeling van het verzekerdenbestand in risicogroepen tot gevolg hebben met een premiedifferentiatie op grond van het risicoprofiel.[22] De norm van sociale gerechtigheid wordt hierdoor geweld aangedaan, en de toegankelijkheid van de zorg kan in de knel komen. Simons beveelt daarom een verplichte verzekering aan, met een acceptatieplicht voor de zekeraar,[23] en de door de commissie-Dekker ontworpen financieringsstructuur, waarbij via een stelsel van normuitkeringen en nominale premies solidariteit en marktwerking aan elkaar verbonden worden.

Op de zorginkoopmarkt zou vrije concurrentie kunnen leiden tot een ondoelmatige contractering van zorg door verzekeraars, te veel of te weinig, of zorg van benedenmaatse kwaliteit. Bijvoorbeeld door in te spelen op de hoge waardering van het publiek voor technologie en teveel 'technologie' te contracteren of door het inkopen van zorg die wordt verleend door onvoldoende gekwalificeerde zorgverleners. Dit laatste probleem tracht men te ondervangen door de eerder genoemde kwaliteitswetten. De regelgeving van Simons pakt verder vooral het probleem van te weinig zorginkoop aan. Daartoe krijgen de verzekeraars de zorgplicht voor een wettelijk omschreven basispakket. Dit verstrekkingenpakket wordt in functionele termen omschreven, zodat de verzekeraar geen zorgfuncties kan schrappen, maar wel de vrijheid heeft om per zorgfunctie zijn eigen aanbieders te contracteren. Het probleem van teveel inkoop wordt met betrekking tot dure en grootschalige voorzieningen tegengegaan door de bestaande aanbodregeling voor top-klinische zorg in gedereguleerde vorm te continueren.[24]

Op de markt voor medische mogelijkheden wordt het medisch produktiekapitaal verhandeld, zoals apparatuur en geneesmiddelen. Op deze markt speelt technologische vooruitgang een grote rol. Vrije concurrentie kan echter de prikkels tot innovatie wegnemen, omdat nieuwe kennis snel weglekt. Nodig is een systeem van eigendomsbescherming. Evenals in andere sectoren van de economie wordt daarom ook in de gezondheidszorg het eigendomsrecht op nieuwe kennis via octrooiwetgeving geïnstitutionaliseerd.

6.2.3 Geregelde concurrentie en de normen voor het zorgstelsel

De markt als organisatievorm van de zorgverlening, en geregeld via de interne institu-

---

[20] Deze wetten zijn overigens niet uniek voor het 'plan Simons'. Zij kunnen tevens beschouwd worden als onderdelen van bredere ontwikkelingen, zoals de emancipatie van de patiënt.

[21] Akerlof GA. The market for lemons. *Quarterly Journal of Economics* 84 (1970) p.488-500.

[22] Ven WPPM van de. De rol van ziektekostenverzekering. In: Lapré RM, Rutten FFH (red.). *Economie van de gezondheidszorg, leerboek voor universitair en hoger beroepsonderwijs*. 's-Gravenhage 1993, p.121-176.

[23] Deze acceptatieplicht is niet onbeperkt teneinde het doorschuiven van zware risico's te voorkomen. Voorgesteld wordt om verzekerden eens in de twee jaar de mogelijkheid te geven om van verzekeraar te veranderen. Voor deze veranderingen geldt dan een acceptatieplicht.

[24] Artikel 18 van de WZV, zie § 6.3.2.

ties van de partijen en de externe instituties van de overheid moet dienstbaar zijn aan de bestemming van de medische praktijk. In onze bespreking beperken wij ons tot drie onderwerpen: concurrentie op de zorgmarkt en de vertrouwensrelatie tussen patiënt en arts (§ 6.3);[25] concurrentie op de verzekeringsmarkt en de norm van verdelende rechtvaardigheid (§ 6.4); en concurrentie op de zorginkoopmarkt en de doelmatigheid van de zorgverlening (§ 6.5).

6.3 Concurrentie op de zorgmarkt en de vertrouwensrelatie tussen patiënt en arts

6.3.1 De asymmetrische arts/patiënt-relatie

De relatie tussen arts en patiënt vormt de spil van het grootste deel van de gezondheidszorg. Hoewel beide partijen gelijkwaardig zijn, vertoont de relatie die hen verbindt geen evenwicht (zie hfdst. 5). De oorzaak daarvan is tweeledig: de ziekte van de patiënt en de competentie van de arts. Het ziek-zijn van de patiënt vormt een obstakel voor het doel-rationele keuzeproces dat ten grondslag ligt aan de economische theorievorming over marktrelaties.[26] Daar bovenop komt de competentiekloof tussen arts en patiënt welke voortvloeit uit kwantitatieve en kwalitatieve informatieverschillen. Met name kwalitatieve informatie-asymmetrieën zijn problematisch, want de publikatie van informatie biedt geen soelaas, en de patiënt blijft met een drietal onzekerheden zitten: hij weet niet wat zijn behoefte is, hoe deze gelenigd moet worden, en ook niet wat de kwaliteit van de behandeling is. Hij is, om met Paul Juffermans te spreken, "te vergelijken met iemand die naar de garage gaat zonder te weten of hij zich één dan wel vijf auto's zal moeten aanschaffen".[27] In de lijn van dit voorbeeld hebben we na de koop te maken met een klant die wel weet hoeveel auto's hij gekocht heeft, maar niet weet van welk merk of bouwjaar deze zijn. Daar komt nog bij, dat in veel gevallen de patiënt door zijn ziekte handelingsonbekwaam is.

De aanwezigheid van een onoverbrugbare informatiekloof en de handelingsonbekwaamheid van de patiënt vereist een institutionalisering van de arts/patiënt-relatie teneinde transacties tussen beide partijen mogelijk te maken. Kenneth Arrow stelt in zijn baanbrekende artikel uit 1963 dat de patiënt "wants to have some guarantee that at least the physician is using his knowledge to the best advantage. This leads to the setting up of a relationship of trust and confidence, one which the physician has a social obligation to live up. Since the patient does not, at least in his belief, know as much as the physician, he cannot completely enforce standards of care. In part, he replaces direct observation by generalized belief in the ability of the physician. To put it another way, the social obligation for best practice is part of the commodity the physician sells, even though it is a part that is not subject to thorough inspection by the buyer". Voor

[25] Dit betekent dat andere zorgaanbieders in deze bespreking buiten beschouwing blijven.

[26] Lapré RM. *Is de gezondheidszorg het waard? Over de relatie economie - geneeskunde en het zoeken naar een hoger rendement*. Oratie Rotterdam 1983.

[27] Juffermans P. *Staat en gezondheidszorg in Nederland*. Proefschrift Nijmegen 1982, p.62.

het zorgstelsel betekent dit volgens Arrow, dat "social non-market institutions will arise, of which the medical profession is only one example, though in many respects an extreme one".[28]

De interne institutionalisering van het professionele beroepsmodel heeft een 'non-market' karakter. Met andere woorden: de binding van het individuele gedrag aan de groepsregels is zo sterk dat de concurrentie tussen artsen min of meer wordt uitgeschakeld. Enkele voorbeelden ontlenen we aan de 'Gedragsregels voor artsen' van de KNMG: "(III.2) Een arts houdt zijn kennis of nieuwe behandelingsmethoden niet voor zichzelf, maar stelt deze op daartoe geëigende wijze ter beschikking van zijn collegae. (III.12) De arts die aan een patiënt hulp heeft verleend tijdens waarneming zal gedurende 6 maanden na het betreffende contact deze patiënt niet in zijn praktijk opnemen. (III.15) De arts die (een deel van) de specifieke beroepsopleiding bij een collega heeft gevolgd, verliest gedurende een termijn van 2 jaar het recht om als (geregistreerd) arts in hetzelfde praktijkgebied werkzaam te zijn, tenzij betrokkenen anders overeenkomen. (V.1) Publiciteit door en voor artsen moet feitelijk, controleerbaar en begrijpelijk zijn; publiciteit mag niet wervend zijn. (V.2) Het is een arts niet toegestaan eraan mede te werken dat derden reclame voor hem maken met de kennelijke bedoeling op wervende wijze op zijn beroepsuitoefening de aandacht te vestigen. (V.3) Het is een arts niet toegestaan publiciteit te bedrijven waarbij zijn diensten worden vergeleken met die van andere tot de persoon herleidbare artsen".[29]

De introductie van marktwerking in de gezondheidszorg staat op gespannen voet met deze gedragsregels. Artsen moeten onderling gaan wedijveren om de gunst van patiënten en verzekeraars. Concurrentie creëert een belangenconflict tussen artsen. Zolang er alleen sprake is van een belangenconflict kan de markt dit doeltreffend en efficiënt oplossen, maar dit wordt anders als er waarden in het geding zijn, zoals bij de relatie tussen patiënt en arts waar vertrouwen een belangrijke rol speelt.[30] Dit vertrouwen kan in de asymmetrische omgeving van de zorgmarkt door concurrentie in de gevarenzone terecht komen, en wel langs twee wegen: discontinuïteiten in de arts/patient-relatie; en opportunistisch gebruik van informatievoordelen.[31]

6.3.2 De discontinue arts/patiënt-relatie

Concurrentie gaat uit van contractuele vrijheid. Bij honderd procent merkentrouw kan immers weinig zinvol over mededinging gesproken worden. Concurrentie zal dus tot gevolg hebben dat patiënten van arts gaan wisselen. Op zichzelf is dit geen probleem, de vrije artsenkeus biedt die mogelijkheid ook. Wat wel een probleem is, en op dit punt wordt de interactie met de andere deelmarkten belangrijk, is het mogelijk gedwongen karakter van deze veranderingen. De vrije artsenkeus wordt immers afgeschaft, en de

---

[28] Arrow KJ. Uncertainty and the welfare economics of medical care. *The American Economic Review* 53 (1963) p.941-73.

[29] KNMG. *Gedragsregels voor artsen*. Utrecht. 1994.

[30] Aubert V. Belangen- en waardenconflicten: twee manieren van conflictoplossing. In: Peper B, Schuyt C. (red.). *Proeven van rechtssociologie uit het werk van Vilhelm Aubert*. Rotterdam 1971, p.152-177.

[31] Emanuel EJ, Brett AS. Managed competition and the patient-physician relationship. *New England Journal of Medicine* 329 (1993) p.879-882.

verzekeraar krijgt als zorginkoper invloed op de behandelaar.[32] Een gedwongen verandering kan zich voordoen in de volgende gevallen: beëindiging van contracten met zorgverleners door de verzekeraar; verandering van werkgever bij collectieve verzekeringscontracten; faillissement van de verzekeringsmaatschappij;[33] en bij gezinscontracten door een verandering van verzekeringsmaatschappij in verband met de zorgverlener voor één van de gezinsleden waardoor de andere gezinsleden verplicht worden eveneens andere zorgverleners te kiezen.

Het verplicht veranderen van arts vormt een probleem voor patiënten die door ondervinding en ervaring een langdurige vertrouwensrelatie met een arts hebben opgebouwd. De continuïteit van de zorg wordt doorbroken, en de patiënt moet na elke wisseling opnieuw een vertrouwensrelatie opbouwen. De patiënt zal dit als kwaliteitsverlies ervaren. Daarnaast kan het veranderen van arts ook heel kostbaar zijn. De communicatie tussen artsen is in het huidige stelsel al gebrekkig,[34] laat staan in een marktgericht stelsel waar collega's concurrenten worden. Daarnaast bevatten de medische dossiers niet meer dan gecondenseerde informatie die niet linea recta ingebracht kan worden in een relatie met een andere arts met wie nog een vertrouwensrelatie moet worden opgebouwd.[35] Kortom, de nieuwe arts moet investeren in de vertrouwensrelatie. Deze investeringen kunnen aangemerkt worden als transactiekosten van concurrentie.

6.3.3 Opportunistisch gebruik van informatie

Een tweede ondermijnende factor voor de arts/patiënt-relatie vormt de mogelijkheid van opportunistisch gebruik van informatie. Concurrerende zorgaanbieders moeten zich van elkaar onderscheiden om aan contracten te komen. In de ogen van de verzekeraar moeten zij het meest doelmatig zijn, en in de ogen van de patiënt/verzekerde kwalitatief het beste. Op de één of andere manier moet deze informatie zichtbaar gemaakt worden. Een marktgerichte benadering werkt via reclamecampagnes. Gegeven het feit dat de concurrentie op de zorgmarkt afgedwongen wordt via de zorginkoopmarkt en de verzekeringsmarkt, zullen de verzekeraars daarbij een sleutelrol vervullen. Een probleem is echter, dat de 'output'-meting van kwaliteit onvoldoende is ontwikkeld om de

---

[32] Er bestaan overigens varianten van marktbenaderingen die de patiënt vrij laten in zijn artsenkeus. In Amerika worden deze 'preferred provider organization' genoemd. De commissie-Dunning spreekt over een 'vrijheid-blijheid polis', zie: Commissie Keuzen in de Zorg (Commissie Dunning). *Kiezen en delen*. 's-Gravenhage 1991. De kerngedachte is dat de verzekerde ook niet-gecontracteerde zorgverleners mag consulteren, maar het prijsverschil wel zelf moet bijbetalen. Voor deze organisatievorm geldt het hier beschreven bezwaar van discontinuïteit derhalve niet.

[33] De faillering van verzekeringsmaatschappijen behoort bij concurrentie tot de mogelijkheden. In Nederland is dat in het begin van de jaren vijftig voorgekomen. Sindsdien gelden solvabiliteitsvoorwaarden. Deze sluiten de mogelijkheid van een faillissement vrijwel geheel uit.

[34] Gezondheidsraad. *Medisch handelen op een tweesprong. Tweede deel: Medisch handelen in de praktijk*. 's-Gravenhage. 1991.

[35] Er wordt wel gezegd dat de arts-patiëntrelatie "veel irrationele haken en ogen heeft". Zie: Maathuis JB. De WGBO, weinig doeltreffende en slecht hanteerbare symboolwetgeving. *Medisch Contact* 49 (1994) p.743-745.

voor marktkeuzen benodigde kwaliteitsverschillen zichtbaar te maken.[36] Emanuel en Brett vrezen op grond van Amerikaanse ervaringen met HMO's, dat de beschikbare informatie op subtiele wijze opportunistisch gebruikt zal worden: "In the absence of important objective distinguishing features among health plans, marketing and persuasive advertising are likely to reflect half-truths, exaggeration, or superficial characteristics of those plans. In managed competition such promotional efforts would inevitably inflate expectations and increase demand".[37]

Het probleem voor de vertrouwensrelatie is niet zozeer de promotionele activiteit op zichzelf, maar de combinatie met het feit dat de verzekeraars - gegeven het verzekerdenbestand dat zij met hun reclame hebben verkregen - gebaat zijn bij een zo goedkoop mogelijke zorgverlening. "Providers would be pressured to limit the demand for expensive products and services. Under these circumstances high patient expectations become unrealistic, leading to potential conflicts between providers and patients. These conflicts would surface during clinical encounters between patients and physicians and thus would color patient-physician relationships".[38] De relatie tussen patiënt en arts krijgt de kleur van opportunisme en daarmee verbleekt de kleur van vertrouwen. "We can no longer speak of fidelity as a benign requirement that the physician refrains from vulgar exploitation of vulnerable patients in order to line his pockets with a little extra gold, or as a simplistic command always to place the patients interests above ones own and others".[39]

Kunnen de wetten BIG en WGBO het vertrouwen herstellen? De wet BIG voorziet in een tuchtrechtelijke procedure voor slecht functionerende zorgverleners, en biedt daarom meer een regeling tegen wantrouwen dan een basis voor vertrouwen.

De WGBO beoogt een versteviging van de positie van de patiënt door de invoering van een contractrelatie met de zorgverlener. Het is duidelijk dat in zo'n overeenkomst een aantal zaken keurig geregeld kunnen worden, maar de met een contractrelatie geïmpliceerde juridisering en economisering staat op gespannen voet met het specifieke karakter van de arts/patiënt-verhouding en de bestemming van de medische praktijk (vgl. hfdst. 4). In deze paragraaf hebben we betoogd, dat het contractdenken juist een

---

[36] Het is verrassend om te zien dat er op hetzelfde moment twee tegengestelde bewegingen plaats vinden. De kwaliteitsdiscussie vertoont een verschuiving van de 'output'-benadering naar de bedrijfskundige, procesmatige aanpak en in de financieringsdiscussie maken de beginselen van 'inputpricing' plaats voor 'outputpricing'. Zie: Harteloh PPM, Casparie AF. *Kwaliteit van zorg, van een zorginhoudelijke benadering naar een bedrijfskundige aanpak*. 's-Gravenhage/Lochem: VUGA/De Tijdstroom 1991; zie ook hfdst. 5.4.1 van dit rapport.

[37] Brett AS. The case against persuasive advertising by health maintenance organizations. *New England Journal of Medicine* 326 (1992) p.1353-7; Emanuel & Brett (1993) p.879-882.
Om op de Russische perestrojka terug te komen, in het engelstalige *Business World Weekly* was in 1993 de volgende advertentie te lezen: "All of a sudden your life is in danger. Who will rush to take care of you? Athens Medical Centre now offers a unique and comprehensive medical service in Moscow. On the hospital base of the Russian Clinic and Diagnostic Centre - the best hospital in Moscow - highly qualified doctors will take care of you. Treatment and medical care are provided by means of the most up to date western equipment".

[38] Emanuel & Brett (1993) p.879-882.

[39] Morreim EH. *Balancing act - The new medical ethics of medicines new economics*. Dordrecht: Kluwer 1991, p.17.

gevaar betekent voor de vertrouwensrelatie. De WGBO kan de geschetste problemen daarom niet afdoende oplossen: "De arts behoudt een kolossale informatievoorsprong, waartegen de WGBO de patiënt weinig versterking biedt. Nu al is te voorspellen dat de wet niet erg doeltreffend kan zijn: ook na de WGBO behoudt de arts alle mogelijkheid zijn macht te misbruiken".[40]

6.4 Concurrentie op de verzekeringsmarkt en de norm van verdelende rechtvaardigheid

6.4.1 Verdelende rechtvaardigheid en de financieringsstructuur

De vrije markt ordent op basis van koopkracht. Dit betekent, dat de uitkomst van het marktproces de initiële verdeling van de welvaart zal weerspiegelen. De vraag is dus of een verdeling naar koopkracht rechtvaardig is. In de gezondheidszorg zal deze vraag vrijwel unaniem ontkennend worden beantwoord. In haar rapport *Kiezen en delen* noemt de commissie 'Keuzen in de zorg' bijvoorbeeld met nadruk gelijkwaardigheid en verdelende rechtvaardigheid als belangrijke normen voor de gezondheidszorg.[41] Deze verdelende rechtvaardigheid komt tot uitdrukking in een tweeledige solidariteit bij de premiebetaling: 1) gezonde mensen betalen mee aan de kosten van zieke mensen; en 2) mensen met een hoog inkomen betalen meer dan mensen die minder verdienen.[42]

De norm van verdelende rechtvaardigheid maakt een correctie op de marktprijs noodzakelijk. In de plannen van Dekker en Simons heeft deze correctiesleutel de naam 'normuitkeringen' gekregen. Dit zijn risico-afhankelijke bedragen die de verzekeraar als budget per verzekerde ontvangt uit een in te stellen Centrale Kas. Deze kas wordt daartoe gevuld met premies welke inkomensafhankelijk geïnd worden via het belastingstelsel, en die in totaal zo'n 85% van de kosten van de gezondheidszorg zullen omvatten. De overige 15% zal door de verzekeraars als nominale premie direct bij de verzekerden in rekening gebracht worden, en moet fungeren als basis voor de - geregelde - concurrentie tussen verzekeraars. Verdelende rechtvaardigheid en marktwerking zullen aldus hand in hand gaan, tenminste, op papier. Een financieringssysteem moet echter niet alleen theoretisch sluitend zijn, maar ook overeenkomstig de vooraf geschetste opzet in de praktijk gaan werken. Vanuit economisch gezichtspunt gaat het bij de beoordeling van de praktijk om de eerder genoemde criteria doeltreffendheid en doelmatigheid. Daarin zijn in de context van de verzekeringsmarkt twee thema's besloten: normuitkeringen en risicoselectie; en nominale premie en marktwerking.

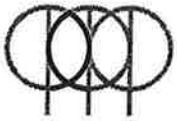
6.4.2 Normuitkeringen en risicoselectie

De doeltreffendheid van de normuitkeringen is evenredig aan de voorspelkracht van de

[40] Maathuis (1994) p.743-745; zie ook: Higgins GL. Power and authority in medicine. *Humane medicine* 10 (1994) no.4, p.253-261.

[41] Commissie Keuzen in de Zorg (1991) p.118.

[42] Het is overigens niet zo dat beide vormen van solidariteit per definitie via het zorgstelsel gerealiseerd moeten worden. Volgens sommigen verdient het aanbeveling om met het zorgstelsel geen inkomenspolitiek te bedrijven. Zie Koopmans L. *Gezondheidszorg en de economische wetenschap*. Oratie Groningen 1993.



'risicodragers' in de verdeelsleutel. De indicatoren leeftijd, geslacht en regio vormen een eerste aanzet, maar hun vermogen tot een juiste voorspelling van de risico's is onvoldoende om risicoselectie geheel uit te sluiten.[43] Verzekeraars hebben immers historische kostengegevens van iedere patiënt. Naarstig wordt dan ook gezocht naar aanvullende criteria en eventueel organisatorische aanpassingen.[44] Van de Ven heeft onlangs betoogd dat dit probleem boven aan de agenda voor volksgezondheid geplaatst moet worden.[45] In dit terechte pleidooi wordt echter vergeten dat niet alleen de techniek maar ook de kosten van de verdeelsleutel op deze agenda dienen te staan. Behalve de doeltreffendheid is er immers ook de doelmatigheid van het systeem. We hebben dit in het voorgaande transactie-efficiëntie genoemd. Wat zijn de transactiekosten van het regelsysteem? Drie categorieën kunnen worden onderscheiden: 1) de ontwerpkosten; exacte gegevens hierover zijn niet bekend, maar het feit dat na zo'n zeven jaar onderzoek, symposia en overleg nog geen overeenstemming bereikt is wijst in de richting van hoge kosten; 2) de implementatiekosten; en 3) na de invoering de kosten van het bijwerken van de verdeelsleutel, de bureaukosten van de Centrale Kas-beheerder, en de eventuele kosten van opvangregelingen indien risicoselectie toch voorkomt. De relatieve hoogte van het totaal der transactiekosten moet - gegeven de doeltreffendheid - bepalend zijn voor de politieke keus voor of tegen het normuitkeringensysteem. Relatief, dat wil zeggen: ten opzichte van de transactiekosten van alternatieve verzekeringsstelsels.

6.4.3 Nominale premie en marktwerking

De nominale premie vormt de verbindende schakel tussen solidariteit en - geregelde - marktwerking. Is deze schakel sterk of zwak? Het antwoord op deze vraag hangt af van het keuzegedrag van de partijen aan weerszijden van de verzekeringsmarkt, de verzekeraar en de verzekerde. Vrije concurrentie houdt voor de verzekeraar vijf vormen van ondernemingsbeleid in: 1) produktbeleid; 2) premiebeleid; 3) acceptatiebeleid; 4) schadebeleid; en 5) herverzekeringsbeleid.[46] De institutionalisering volgens de plannen van Simons brengt hierin forse beperkingen aan: a) de zorgplicht voor een breed basispakket versmalt de bandbreedte van de produktdefiniëring; b) de vrij te kiezen premie beslaat 15% van de gemiddelde kosten; c) een acceptatiebeleid wordt bij wet verboden. De vraag is nu of de verzekeraars bereid zijn om te concurreren op de overgebleven parameters teneinde verzekerden te lokken met gedecimeerde premieverschillen. Tot op heden wordt de benodigde 'spirit of competition' slechts bij een enkele verzekeraar gevonden. In het vooruitzicht van de stelselwijziging vonden

---

[43] Nuijens WJFI, Ven WPMM van de. Het normuitkeringenstelsel. In: *Handboek Structuur en Financiering Gezondheidszorg*. 's-Gravenhage 1994, p.B.3.1.1-9.30. Volgens een vuistregel wordt 30% van de medische uitgaven veroorzaakt door slechts 1% van de bevolking.

[44] Ven WPMM van de, Vliet RCJA. *Normuitkeringen: de achilleshiel van het nieuwe stelsel van ziektekostenverzekering*. Deventer: Kluwer, 1993.

[45] Ven WPMM van de. En dan nu de normuitkeringen-problematiek. *Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg* 72 (1994) p.266-267. De commissie 'Toetsing Budgettering Verzekeraars (Bruins Slot) heeft echter al in 1993 de gehele normuitkeringen-systematiek van de hand gewezen.

[46] Snijders E. Concurrentie, wel of geen bijdrage tot doelmatigheid? In: Naaborg R, Kesenne J (red.). *Gezondheidszorg, een zaak van de overheid of van verzekeraars en verstrekkers*. Maastricht: VGE (1992) p.13-20.

grootscheepse fusies plaats, en verkreeg de markt een oligopolide karakter. De theorie van de *Industrial Organisation* laat er geen misverstand over bestaan, dat in dit type markten een interne institutionalisering van het marktgedrag winstgevender is dan een brute marktstrijd.[47] Kartelafspraken liggen voor de hand, maar ook onderling afgestemde gedragingen waaraan geen formele of informele afspraak ten grondslag ligt. In dit verband is het interessant om te constateren dat na de overheveling van een aantal verstrekkingen naar de AWBZ in het voorjaar van 1992 slechts een enkele particuliere verzekeraar bereid was - na een lange discussie - de ontstane ruimte voor premiedaling te gebruiken. En dat zelfs bij 100% nominale premies. De roep om een actief mededingingsbeleid is dan ook terecht.[48] Over de slagvaardigheid van het Nederlandse beleid terzake bestaan echter gerede twijfels.[49]

De nominale premie moet niet alleen de verzekeraars maar ook de verzekerden stimuleren in de richting van doelmatige keuzen. De vraag is of de premiedifferentiatie rond een gemiddelde van zo'n veertig gulden per maand hiertoe uitnodigt. Zijn verzekerden bereid om in de keuzebeslissing te investeren als dat bijvoorbeeld een tientje in de maand oplevert? Daar komt nog bij dat in een wereld van asymmetrische informatie de prijs een indicatie voor kwaliteit kan worden. De duurdere polis wordt dan automatisch een betere keus, en voor kwaliteit heeft de gemiddelde Nederlander inderdaad wel tien gulden extra over.[50] Tenslotte kan het ook gebeuren, dat de binding aan een bepaalde zorgverlener de keuze voor een goedkopere verzekering blokkeert. Kortom, de vrees is gerechtvaardigd, "dat de veronderstelde concurrentie tussen verzekeraars van beperkte betekenis zal zijn".[51]

6.5 Concurrentie op de zorginkoopmarkt en de doelmatigheid van de zorgverlening

De zorgverzekeraar krijgt in het plan-Simons een spilfunctie toebedeeld. Voor zijn verzekerden moet hij - binnen de marges van het functioneel omschreven basispakket - een optimale en doelmatige combinatie van voorzieningen contracteren. De relatie met de aanbieders van zorg is daarbij tweeërlei; de toelating van aanbieders als erkend zorgverlener; en de sturing van erkende zorgverleners in hun behandelactiviteiten. In algemene termen gaat het om het selectief contracteren van capaciteit, en het beïnvloeden van de produktie die met de gekozen capaciteit gerealiseerd wordt.

---

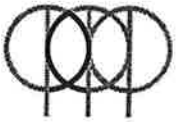
[47] Scherer & Ross (1990).

[48] Schut FT. *Mededingingsbeleid in de gezondheidszorg*. 's-Gravenhage: Vuga/De Tijdstroom 1989.

[49] Uitermark PJ. *Economische mededinging en algemeen belang*. Proefschrift Rotterdam 1990.

[50] Uit een enquête onder 102 personen bleek dat 68% van de ondervraagden per maand wel 10% meer premie wilde betalen voor handhaving (!) van kwaliteit. 13% had geen mening, en 19% wilde niet meer betalen. De enquête is in samengevatte vorm gepubliceerd in *Zorg, Verenigingsblad van de NPV* 11 (juni 1994), p.4.

[51] Oudshoorn C. *Gezondheidszorg als zorgenkind*. 's-Gravenhage: Ministerie van Economische zaken 1994. Overdruk 9409.



6.5.1 Selectieve toelatingscontracten

Het selectief contracteren van zorgaanbieders is nieuw voor de Nederlandse zorgverzekeraars. In het verleden contracteerden de ziekenfondsen alle aanbieders in hun werkgebied, particuliere verzekeraars contracteerden in het geheel niet. Bij de invoering van geregelde concurrentie zijn daarom drie vragen van belang: 1) willen de verzekeraars selectief contracteren?; 2) kunnen zij dit ook?; en 3) leidt dit tot een doelmatige inkoop van capaciteit?

Het idee van en de ruimte voor selectieve contractering zijn zo nieuw, dat de verzekeraars nog wat onwennig tegenover hun nieuwe vrijheid in gebondenheid staan:[52] "Ook zorgverzekeraars zelf zien soms op tegen de combinatie van marktprikkels, functionele omschrijving van aanspraken en wettelijke zorgplicht, waar het plan-Simons van uitging".[53] Het concurrerende initiatief van de postorder-farmacie komt dan ook slechts aarzelend op gang. De meeste verzekeraars lijken nog niet bereid om de concurrentieslag op deze markt aan te gaan, terwijl zij in andere gevallen, bijvoorbeeld het WAO-gat van enige tijd geleden, een wel zeer grote belangstelling ten toon spreidden. Daarbij spelen zowel de mogelijkheid van risicoselectie als de mogelijkheid van premiegroei een rol. Als risicoselectie mogelijk blijft, is het voor een verzekeraar veel gemakkelijker en goedkoper om niet de dure zorgaanbieders uit te sluiten van vergoeding, maar de dure verzekerde. Het kan ook gebeuren, dat verzekerden ongevoelig zijn voor premieveranderingen, en verzekeraars kunnen dit stimuleren door onderling afspraken te maken over bijvoorbeeld een trendmatige groei van de nominale premie.[54] Als de verzekerde zich niet druk maakt om de premie, zou de verzekeraar het dan wel doen? Meer premie betekent meer omzet, en zou dit niet een hoofddoelstelling zijn voor een verzekeraar die krachtens de Wet op de Zorgverzekering geen winst mag maken? "Tot op zekere hoogte is de particuliere ziektekostenverzekeraar alleen maar gebaat bij een fors uitdijende medische stand".[55] "The whole purpose of entrepreneurial activity is, after all, to increase both the overall market and ones own share of that market. Expansion, not contraction, is the goal".[56]

Maar ook als dat de verzekeraars wel selectief willen gaan contracteren, kunnen zij dit dan ook? De term 'selectie' duidt op het maken van een keus, en de achterliggende gedachte is, dat er voldoende alternatieven zijn waaruit gekozen kan worden. Dit hangt samen met de beschikbaarheid en de mate van homogeniteit van de voorzieningen. In de sektoren van de gezondheidszorg waar wachtlijsten zijn, wordt het moeilijk voor verzekeraars om aanbieders wel of niet te contracteren. Die keuzeruimte is niet zo groot.[57] Daarnaast speelt de homogeniteit een rol. 'Care' en 'cure' zijn werelden van

---

[52] De contracteervrijheid voor de ziekenfondsen werd in januari 1992 ingevoerd, maar werd voor een groot deel van de voorzieningen pas in januari 1994 van kracht.

[53] Nuijens WJFI. Angst voor het diepe. *TSG* 72 (1994) p.267-269.

[54] Bij een herijking van de procentuele en nominale premies aan de 85/15-verhouding komt de premiestijging voor een groot gedeelte in het inkomensafhankelijke segment terecht. Verzekerden weten dit.

[55] Möller JO. Interdependentie in de gezondheidszorg, een pleidooi tegen het segmentdenken. *Medisch Contact* 49 (1994) p.913-915.

[56] Morreim (1991) p.17.

[57] Alleen het disfunctioneren van zorgaanbieders zou een reden kunnen zijn om een contract te weigeren. De oplossing van dit probleem is echter vooral een zaak van de beroepsgroep en de geneeskundige inspecties.

verschil. Het 'care'-produkt is behoorlijk homogeen waardoor de verschillende soorten aanbieders elkaar kunnen substitueren. Dit vergroot de keuzemogelijkheden. In de 'cure'-sector ligt dat geheel anders. De keuzemogelijkheden zijn daar slechts beperkt. De vraag is of een verzekeraar de ene chirurg uit een maatschap kan contracteren en de andere niet, of de maatschap chirurgen binnen een ziekenhuis wèl, maar de radiologen en de narcose-artsen niet? Kan een verzekeraar een geheel ziekenhuis weigeren als zijn verzekerden in de buurt van dit ziekenhuis wonen en de ziekenhuis-sector geen overcapaciteit heeft? Misschien in de randstad.[58] De mogelijkheden bij huisartsen lijken groter. Hier speelt echter het probleem van de waarneemregelingen. Kan een verzekeraar de eigen huisarts van een verzekerde wel vergoeden en diens waarnemer niet? Groepspraktijken en gezondheidscentra kunnen hier een oplossing bieden.[59] Relatief gunstig zijn de keuzemogelijkheden bij tandartsen en apothekers, waar de produkthomogeniteit groter is dan in andere delen van de 'cure'-sector. Kortom, selectieve contractering is slechts in een deel van de gezondheidszorg mogelijk.

Leidt selectieve contractering ook tot een doelmatige inkoop van capaciteit? Doelmatigheid is hier onderscheiden in allocatieve, dynamische en transactie-efficiëntie. Allocatieve doelmatigheid heeft betrekking op de afstemming van de ingekochte capaciteit op de zorgbehoefte. Dit is vooral een kwestie met regionale en sectorale dimensies. Per regio moet een optimaal en samenhangend pakket van voorzieningen worden gecontracteerd. Het is dus een probleem, dat de verzekeraars niet regionaal maar landelijk werken. Twee mogelijkheden zijn er om dit probleem op te lossen. In de eerste plaats kunnen de verzekeraars gaan samenwerken in regionale inkoopkantoren, in dit geval wordt de concurrentie tussen verzekeraars ingeperkt. In de tweede plaats kunnen de aanbieders zich verenigen in een regionaal verkoopkantoor, en de verzekeraars een bod laten uitbrengen op de gehele regio. In deze situatie is er echter geen selectie van zorgverleners en ontstaan er problemen met de verzekeraarskeus van de inwoners. Behalve regionale kunnen er ook sectorale problemen ontstaan. Van de Ven heeft er meermalen op gewezen, dat het gevaar bestaat dat zorgverzekeraars gaan beknibbelen op de 'care'-voorzieningen teneinde verzekerden te lokken met curatieve 'high tech'.[60] Verzekerden blijken namelijk nogal een korte tijdshorizon te hebben.

De voorkeur voor geavanceerde technologieën is niet alleen allocatief, maar ook dynamisch inefficiënt. Burton Weisbrod betoogt dat de ontwikkelaars van medische technologieën die weten dat kostbare halfweg-technologieën populair zijn bij aanbieders, vragers en betalers van zorg, juist onderzoek in deze richting zullen doen ten nadele van andere richtingen zoals de ontwikkeling van vaccins.[61] Binnen de 'care'-

[58] Schut FT. Naar een doorbreking van kartels in de gezondheidszorg? in: Naaborg & Kesenne (red.). (1992) p.87-100.

[59] Alain Enthoven stelt daarom in zijn voorstellen voor 'managed competition' de groepspraktijk centraal. Zie: Enthoven (1988) p.140.

[60] Ven WPMM van de. Concurrentie op de markt voor ziektekostenverzekering: wel of geen bijdrage tot doelmatigheid? In: Naaborg & Kesenne (red.) (1992) p.21-30.

[61] Weisbrod BA. The health care quadrilemma. *Journal of Economic Literature* 29 (1991) p.523-552. In feite gaat het hier om een doorwerkeffect naar de markt voor medische mogelijkheden. Deze markt bespreken we echter niet nader.

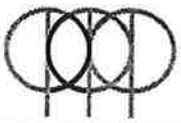
sector kan het tegendeel gebeuren. Onderlinge concurrentie en selectieve contractering kunnen daar leiden tot de ontwikkeling van nieuwe zorgprodukten en organisatievormen op het zorgcontinuüm, die beter aansluiten op de behoeften en de wensen van de verzekerde. In dit verband kan gedacht worden aan flexibele thuiszorgarrangementen. Kortom, vanuit het gezichtspunt der dynamische efficiëntie lijkt concurrentie binnen de 'care' betere resultaten te boeken dan binnen de 'cure'.

De transactiekosten van het selectief contracteren zijn hoog. Deze kosten worden gemaakt bij de voorbereidingen voor het contract, tijdens het sluiten ervan, en tijdens periode waarvoor het contract wordt opgesteld. In de eerste fase gaat het vooral om de informatiekosten. Deze hebben betrekking op het vergaren van informatie door verzekeraars, maar niet alleen. Ook "zorgaanbieders zullen meer energie moeten gaan steken in het registreren van het totale proces van zorgverlening. In de onderhandelingen met de verzekeraars zullen zij immers moeten beschikken over betrouwbare kostprijscalculaties".[62] Ook het sluiten van contracten kost geld. Wat te denken van de onderhandelings- en administratiekosten van zo'n 6 tot 10 landelijke verzekeraars bij de contractering van "6.000 huisartsen, 8.000 specialisten, 10.000 fysiotherapeuten, 350 ziekenhuizen, en 300 thuiszorg-instellingen?".[63] Het oproepen van concurrentie kost veel geld. Deels wordt de rekening van de transactiekosten indirect gepresenteerd. Gedacht kan worden aan het feit, dat de prijzen bij collectieve onderhandelingen lager lijken uit te vallen dan bij individuele: "In alle landen waar de tarieven rechtstreeks worden onderhandeld tussen de individuele verstrekker en de individuele verzekerings-

---

[62] Kwartel AJJ. De rekening van het nieuwe stelsel zal tegenvallen. *Het Ziekenhuis* 1991, p.617-620.
De ervaringen van Sidney Hartman, huisarts in Washington, spreken in dit verband duidelijke taal: "Competitie aan de aanbodkant van de zorg zal leiden tot kostenbeheersing en kwaliteitsbevordering, zo is de gedachte. Maar ik zal uitleggen waarom dat niet zo werkt. (...) Je moet stapels formulieren invullen, en het worden er alleen maar meer. (...) Bovendien moet je van goeden huize komen om de ingewikkelde financiële transacties te ontcijferen, offertes te kunnen vergelijken en contracten af te sluiten. (...) Al met al zijn de administratieve kosten enorm toegenomen. (...) Werkelijk alles wordt gereduceerd tot een stuk papier. Een jaar geleden is Shirley als praktijkmanager bij ons in dienst gekomen, omdat het afwerken van de declaraties zoveel tijd in beslag nam dat het ten koste ging van mijn patiënten. Codes wijzigen zo vaak dat het invullen geen routine meer is. Als de formulieren niet perfect zijn ingevuld, wordt er niet uitbetaald. Shirley zit soms uren achter de telefoon om de zaken te regelen. Veel collega's van mij hebben hiervoor speciale bureaus ingehuurd". Kocken G. Bezoek aan een huisarts in Washington - competitie en vogue. *Medisch Contact* 49 (1994) p.421-2.

[63] Limborgh CF. Hoe kijkt een zorgverzekeraar tegen thuiszorg aan? In: Boon L (red.). *Zorgvisies, prijs en kwaliteit*. Deel 15. Amstelveen: Stichting Sympoz 1992, p.88-91.
M.A. Koopmanschap maakt in zijn proefschrift een vergelijking tussen de administratiekosten als percentage van de totale kosten van de gezondheidszorg in Nederland en de Verenigde Staten. Voor ons betoog is deze vergelijking interessant omdat de Amerikaanse gezondheidszorg voor een groot deel door de markt gecoördineerd wordt. Uit de vergelijking blijkt dat de administratiekosten over de gehele linie - verzekeraars, ziekenhuizen, verpleeghuizen en artsen - in de Verenigde Staten hoger zijn dan in Nederland. Voor de totale administratiekosten noemt hij de volgende percentages: Nederland (1988): 11,7 - 13,7%; Verenigde Staten (1987): 19,3 - 24,1%. Het Amerikaanse Office of Technology Assessment heeft recent een aantal studies samengevat die een overzicht geven van de administratiekosten in de Verenigde Staten in vergelijking met Canada. Betoogd wordt dat de invoering van het Canadese systeem in de VS een besparing op administratiekosten van 39 tot 98 miljard dollar zal opleveren. U.S. Congres Office of Technology Assessment. *Internationale comparisons of administrative costs in health care*. Washington 1994, p.37.



instelling, liggen zij aanzienlijk hoger dan bij collectieve onderhandelingen".[64] Een tweede vorm van indirecte transactiekosten heeft betrekking op de mogelijkheid van faillissement van instellingen. Selectieve contractering sluit de mogelijkheid van niet-contracteren in, en in de praktijk betekent dit een faillissement.[65] Het risico hiervan wordt in een marktgericht stelsel gedragen door banken en andere private geldschieters. Deze vertalen dit risico in een hogere rentevergoeding.[66] Bankier Maas noemde in dit verband voor de ziekenhuissector in zijn totaliteit een kostenpost van 1 miljard gulden.[67]

Na het sluiten van het contract worden transactiekosten gemaakt bij de controle op de naleving en de eventuele bijsturing van het behandelgedrag. Dit brengt ons op het tweede spoor van de relatie tussen verzekeraars en aanbieders van zorg, namelijk het beïnvloeden van het gebruik van capaciteit.

6.5.2 De beïnvloeding van het medisch handelen

Na het - al dan niet selectief - sluiten van een toelatingscontract kunnen de zorgaanbieders gaan declareren. Deze declaraties vormen voor de verzekeraars een kostenpost, en zij zullen daarom proberen het declaratiegedrag en daarmee het behandelgedrag van de aanbieders te beïnvloeden. De vormgeving van deze 'schadebeheersing' kan op vier manieren plaatsvinden: 1) controle van het behandelgedrag, waarbij niet zinvol geachte behandelingen vooraf niet toegestaan worden of achteraf niet vergoed worden; in de Verenigde Staten wordt in dit verband gesproken over een 'utilization review'; 2) sturing van behandelaars via beslisregels, bijvoorbeeld standaarden, protocollen en formularia; in feite gaat het hier om een institutionalisering van de beroepsgroep; 3) budgettering van zorgverleners door verzekeraars; en 4) sturing van behandelaars met financiële prikkels.

Met deze beheersinstrumenten die de verzekeraar kan aanwenden, komen we weer op het terrein van hoofdstuk 5. Daarin hebben wij de beheersinstrumenten geïnventariseerd die in de verschillende zorgstelsels ingezet kunnen worden. Drie van deze beheersinstrumenten vormen ons onderwerp in de volgende hoofdstukken.

6.6 Conclusie

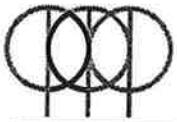
Een prealabele vraag bij concurrentie is of het wel een beheersinstrument is en als zodanig kan funktioneren in die sectoren van de gezondheidszorg waarin de medische zorg centraal staat (dit is met name de curatieve sector). Wij wijzen maatregelen ter vergroting van marktwerking en ter bevordering van concurrentie in de gezondheids-

[64] Beeckmans J. Financiële verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen. In: Naaborg & Kesenne (red) (1992) p.49-66.

[65] Als faillissementen niet toegestaan worden, is het de vraag of er nog sprake is van marktwerking. De markt gaat uit van 'survival of the fittest', hetgeen inhoudt dat achterblijvende aanbieders het veld moeten ruimen. In dezelfde zin moet Schumpeter's 'creative destruction' opgevat worden.

[66] Koopmans (1993).

[67] Privatisering ziekenhuizen kost jaarlijks een miljard. *Trouw* 21 november 1992, p.4.



zorg in zijn algemeenheid niet af. Wel betwijfelen wij of een prijsconcurrentie tussen artsen om hun patiënten (zorgmarkt) en om de verzekeraars van hun patiënten (zorginkoopmarkt), en tussen verzekeraars om verzekerden (verzekeringsmarkt) in de praktijk van de Nederlandse gezondheidszorg zal optreden. Daarom zal onzes inziens de introductie van marktwerking in de curatieve sectoren van de gezondheidszorg slechts zeer beperkt een bijdrage kunnen leveren aan verantwoorde kostenbeheersing. Hiervoor zijn verschillende redenen aan te geven.

In de eerste plaats staan maatregelen in deze sfeer nogal eens op gespannen voet met de bestemming van de medische praktijk. Waar artsen of ziekenhuizen onderling gaan concurreren kan dit bijvoorbeeld het noodzakelijke onderlinge vertrouwen in de weg staan. Artsen of ziekenhuizen zullen bijvoorbeeld hun eventuele informatievoorsprong op concurrenten willen behouden, waardoor een vrije informatie-uitwisseling wordt belemmerd.

In de tweede plaats ontbreken op het terrein van de gezondheidszorg essentiële *voorwaarden* waaraan voldaan moet zijn om van een werkelijke markt en vrije mededinging te kunnen spreken. In de eerste plaats verkeren patiënten nogal eens in een situatie waarin men tot een onafhankelijke, rationele keuze van een arts of zorgvoorziening niet in staat is. Meer algemeen, er bestaat heel vaak een te grote ongelijkheid in informatie om van een vrije keuze uit het zorgaanbod te kunnen spreken. Het ontbreken van deze en andere voorwaarden - vooral in de curatieve sector - impliceert dat men zich veel inspanningen zal moeten getroosten om een partiële marktwerking mogelijk te maken zonder al te schadelijke effecten hetgeen hoge *transactiekosten* met zich meebrengt.

Om deze redenen zijn wij niet enthousiast over maatregelen in de sfeer van marktwerking en concurrentie. We verwijzen in dit verband met instemming naar de volgende uitspraak van Gavin Mooney: "What the evidence suggests to date is that competition in health care is unlikely to be the best mechanism for providing the right incentives for efficiency or equity in health care. (...) The challenge for the modern health care systems is to find those sets of incentives which are appropriate to health care rather than to rely on outmoded and inappropriate models of competition. (....). The popularity of competition will wane quickly when it fails to deliver. (....) Consequently, the current emphasis on competition is perhaps best seen as a necessary - if unfortunate - stepping-stone to create the right incentive structure for the health services of the next century".[68]

Wel menen wij dat er beperkte mogelijkheden zijn om concurrentie op kwaliteit te bevorderen. In het hoofdstuk over honoreringssystemen komen wij daarop terug. Overigens denken wij dat binnen de 'care-sector' (met name thuiszorg en verzorgingshuizen, waar de informatie-ongelijkheid veel kleiner is) wel mogelijkheden bestaan voor concurrentie, mits deze gepaard gaan met een goede kwaliteitsbewaking. Verdere invoering van het persoonsgebonden budget zal in deze sector goed kunnen samengaan met een *zorgvuldig geregelde* concurrentie.

[68] Mooney G. *Key Issues in health economics*. New York: Harvester Wheatsheaf 1994, p.165-6.

HOOFDSTUK 7
Behandelverschillen en protocollering

Samenvatting

Behandelvrijheid kan een grote behandelvariatie tot gevolg hebben. In het vorige hoofdstuk hebben we het Nederlandse zorgstelsel als een variatie op het gildesysteem getypeerd. In de Nederlandse gezondheidszorg komen dan ook grote behandelverschillen voor, tussen regio's, tussen huisartsen en tussen medisch-specialisten binnen een specialisme. Als onderscheid wordt gemaakt tussen diagnose en therapie, dan blijkt dat in het algemeen de grootste variatie zich voordoet bij de diagnosestelling. De Gezondheidsraad noemt drie oorzaken voor behandelvariatie in de diagnostiek: 1) kennis en ervaring van de arts; 2) de werkstijl van de arts; en 3) de individualistische organisatie van de medische praktijk, in het bijzonder het gebrek aan communicatie tussen artsen. De oorzaak van behandelvariatie is vooral het gevolg van een fundamenteel gebrek aan kennis op een groot grijs indicatiegebied.

Het terugdringen van behandelvariatie is voor alles een taak van de medische professie. Daarbij kan zij verschillende instrumenten gebruiken die wij aanduiden met de term 'professionele zelfregulering', bijvoorbeeld intercollegiale toetsing, nascholingsactiviteiten en protocollering.

In een protocol wordt medische kennis gestandaardiseerd teneinde het keuzeproces van artsen te ondersteunen. Een protocol behelst een soort beslisboom die aangeeft wat in een bepaalde situatie wetenschappelijk gezien de beste diagnostiek of therapie is. Dit betekent niet dat artsen niet van het protocol mogen afwijken. Integendeel, in bepaalde situaties kan een arts gehouden zijn om juist niet overeenkomstig het protocol te handelen. Zowel het volgen als het niet-volgen van de medische standaard moet daarom gemotiveerd kunnen worden.

Het verminderen van behandelverschillen die niet herleid kunnen worden tot verschillen in de patiëntenpopulatie door professionele zelfregulatie houdt in veel gevallen een toename in van de kwaliteit van de medische zorg.

Protocollen kunnen gezien worden als registraties van wetenschappelijke kennis omtrent werkzaamheid en kosteneffectiviteit van medische diagnostiek en therapie. Dit betekent, dat zij ook los van behandelverschillen kunnen bijdragen aan een betere kwaliteit en een doelmatiger zorgverlening. Praktijkvoorbeelden met betrekking tot de diagnostiek bij patiënten die verdacht worden op longembolieën onderstrepen dit. Anderzijds moet wel bedacht worden dat protocollen een maximerende werking kunnen hebben, waarmee kwaliteit noch doelmatigheid zijn gediend. De professie heeft daarom de taak de protocollen voortdurend te herzien en het gebruik ervan te toetsen.

7.1 Behandelverschillen

7.1.1 Inleiding

Een bekend spreekwoord zegt, dat er vele wegen zijn die naar Rome leiden. Een vaststaand doel kan met verschillende middelen bereikt worden. We zien dat dagelijks

om ons heen. Zo kan een docent die kennis moet overdragen kiezen uit meerdere stijlen van college geven en daarmee samenhangende audio-visuele middelen. In de gezondheidszorg is dit niet anders. De medische praktijk kan via verschillende diagnostische en therapeutische trajecten tot haar bestemming komen. Een cardioloog zei in gesprek met een onderzoekscommissie van de Gezondheidsraad: "Fono-cardiologie wordt als obsoleet beschouwd, maar ik ben er mee opgeleid en ik kan er heel goed mee uit de voeten. Daarom pas ik die methode nog steeds toe".[1]

Bij een nadere bestudering van het medisch handelen in de praktijk blijken behandelverschillen eerder regel dan uitzondering te zijn.[2] Anders gezegd: variatie in de medische beroepsbeoefening is inherent aan deze beroepsbeoefening zelf. Het is dan ook niet de aanwezigheid van variatie die ter discussie gesteld moet worden, maar de variatiebreedte en de achterliggende oorzaken. Naarmate de variatiebreedte groter wordt, zal de wenselijkheid van behandelvrijheid sterker in twijfel getrokken worden. Inzicht in de oorzaken kan in die twijfelgevallen bijdragen aan de formulering van vrijheidsbeperkende voorwaarden, die niet klakkeloos reduceren, maar een positieve sturing in het stelsel brengen.

7.1.2 Variatiebreedte

Bij een nadere bestudering van de behandelverschillen is het goed onderscheid te maken tussen diagnose en therapie. De variatie zal namelijk variëren met de belasting voor de patiënt, waarbij in het algemeen geldt dat de diagnose minder belastend is dan de therapie. Neuro-chirurgen zeggen bijvoorbeeld dat op hun vakgebied de interdoktervariatie minimaal is.[3] Daarnaast zijn het verschillende krachten die bij diagnose en therapie tot variatie in het medisch handelen leiden, zoals we hierna zullen zien.

Figuur 1 toont de regionale verschillen voor een drietal diagnostische voorzieningen: laboratoriumtests, röntgenfoto's en functieonderzoeken.[4] De cijfers geven een index weer voor het aantal onderzoeken per operatie, waarbij 100 voor het gemiddelde staat. Uit deze gegevens volgt een variatie met factor 2,2 voor laboratoriumtests; factor 1,7 voor röntgenfoto's; en factor 2,9 voor functieonderzoeken.[5] Op het eerste gezicht is de variatie niet zo groot. Bedacht moet echter worden, dat in Figuur 1 geen rekening gehouden wordt met verschillen tussen specialismen. Dit levert een onscherp beeld op, want het is bekend, dat bij aggregatie de grootste afwijkingen weggepoetst worden. Figuur 2 bevestigt dit.

De tabel in Figuur 2 geeft de behandelverschillen weer tussen vijf verschillende regio's.[6] Uit deze gegevens blijkt, dat de behandelvariatie bij de diagnose in het

---

[1] Gezondheidsraad. *Medisch handelen op een tweesprong*. Den Haag: 1991, deel 2, p.14.

[2] Gezondheidsraad (1991) p.14.

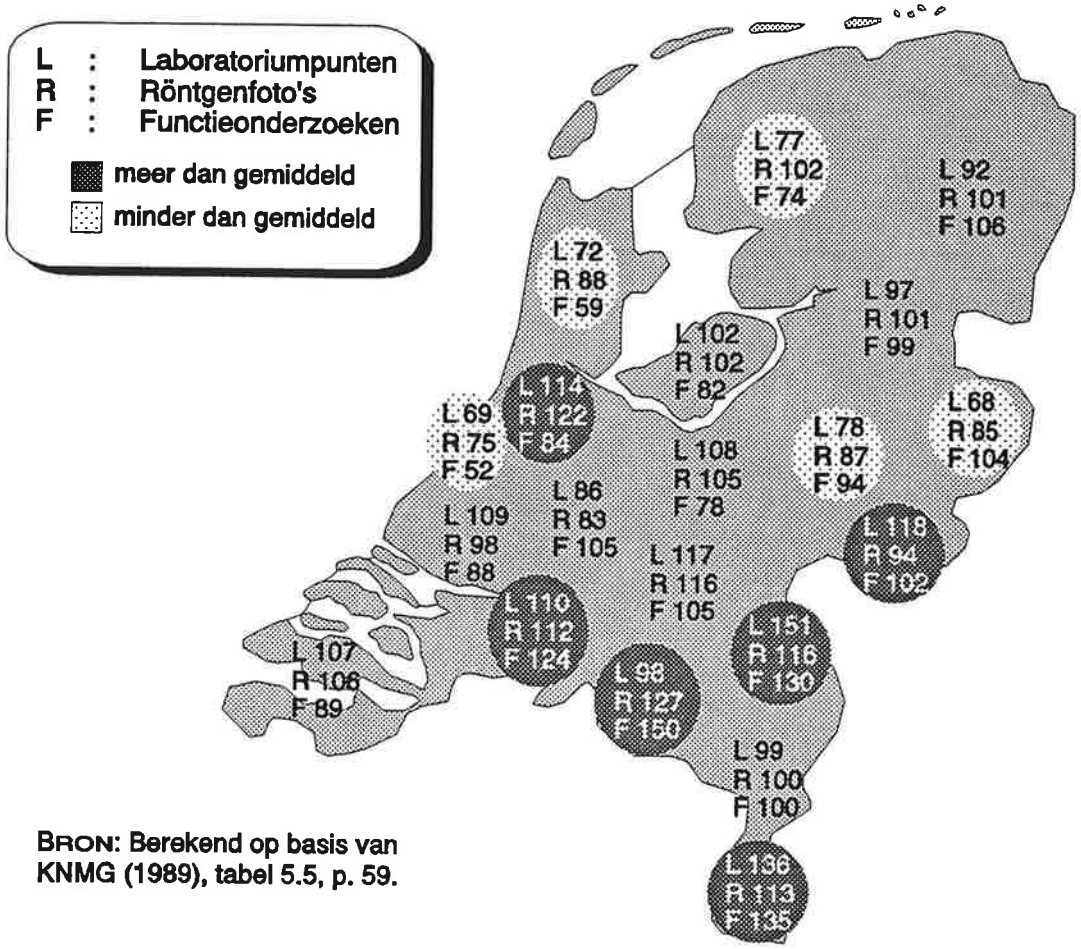
[3] Gezondheidsraad (1991) deel 2, p.7.

[4] KNMG. *Verschillen tussen gezondheidsregio's in gebruik van ziekenhuisvoorzieningen*. Utrecht 1989, o.a. tabel 5.5, p.59.

[5] De cijfers hebben betrekking op diagnostische verrichtingen *per* operatie. Omdat de meeste operaties in het noorden van Nederland plaats vinden, worden daar ook de meeste diagnostische verrichtingen gedaan, en niet in het zuiden, zoals een oppervlakkige kennisname van de figuur zou kunnen doen vermoeden.

[6] De regio's Friesland, Zwolle, 't Gooi, Kennemerland en Tilburg.

Figuur 1. Regionale verschillen in diagnostische verrichtingen per operatie (indexcijfers, 100 = gemiddelde).



BRON: Berekend op basis van KNMG (1989), tabel 5.5, p. 59.

algemeen groter is dan bij de therapie. Slechts voor vier specialismen geldt dat de therapeutische variatie groter is dan de diagnostische, en dat alleen nog maar in de poli-kliniek.[7] Opvallend grote variaties - groter dan factor 5 - doen zich voor bij de specialismen: Cardiologie, kindergeneeskunde, urologie, oogheelkunde en kaakchirurgie (allen diagnostisch), en orthopedie (zowel diagnostisch als therapeutisch). Wat verder opvalt is, dat de poli-klinische therapeutische variatie doorgaans groter is dan de klinische.[8] Al deze kenmerken onderstrepen de eerder aangehaalde stelling die zegt, dat de variatie afneemt bij een toenemende belasting van de behandeling voor de patiënt.[9]

[7] Interne geneeskunde, orthopedie, urologie en verloskunde.

[8] Een belangrijke uitzondering vormt de cardiologie.

[9] Deze stelling wordt ook ondersteund door het ontbreken van een tendens in de verdeling van de diagnostische variatie over kliniek en poli-kliniek, als we er van uit gaan dat de belasting van een klinische diagnose niet groter is dan van een poli-klinische.

In Figuur 2 hebben we nog steeds te maken met aggregaties binnen specialismen.

Figuur 2. Regionale variaties in diagnose en therapie (verhouding tussen het hoogste en het laagste gemiddeld aantal verrichtingen per 1.000 adherente ziekenfondsverzekerden).

	DIAGNOSTISCH		THERAPEUTISCH		TOTAAL
	poli-klinisch	klinisch	poli-klinisch	klinisch	
interne geneeskunde	2,6	2,3	167,0[a]	1,2	2,8
longziekten	2,7	3,5	-,-[b]	3,0	2,7
cardiologie	4,3	10,6	2,0	2,6	5,2
kindergeneeskunde	7,0	7,0	1,0	4,3	3,2
dermatologie	2,5	-,-[b]	2,3	-,-[b]	2,3
chirurgie	5,0	2,1	3,3	1,5	2,5
orthopedie	5,3	3,1	5,5	2,7	3,0
urologie	2,5	5,5	2,6	2,3	2,3
verloskunde	1,8	1,9	4,0	1,3	1,4
oogheelkunde	5,9	3,0	3,0	2,0	3,3
keel, neus & oor	2,5	3,5	2,5	1,7	1,9
neurologie	3,1	5,1	1,0	1,3	3,6
kaakchirurgie	5,9	2,0	4,2	1,7	3,8
TOTAAL SPECIALISMEN	1,8	2,5	2,5	1,3	1,9

a. Veroorzaakt door enorme uitschieters naar boven en beneden, landelijk gemiddelde 7,3 verrichtingen per 1.000 adherente ziekenfondsverzekerden, minimum: 0,1 ('t Gooi), maximum: 16,7 (Tilburg).
b. Landelijk gemiddelde is 0 verrichtingen.

BRON: berekend op basis van KNMG (1989), tabel 6.1, p. 81.

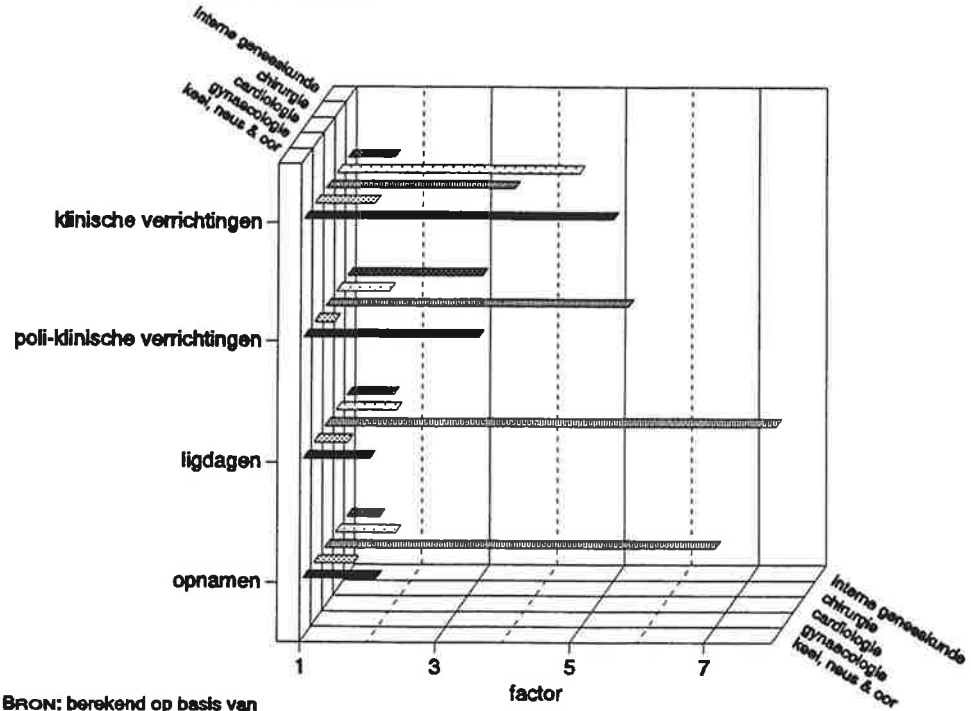
Er worden immers regio's vergeleken. In Figuur 3 wordt daarom het aggregatieniveau verder verlaagd naar één regio. Getoond worden de verschillen tussen de specialisten binnen vijf verschillende disciplines. Ook hier zien we een behoorlijke variatie in de verrichtingensfeer, die echter niet meteen vergelijkbaar is met Figuur 2, omdat de gegevens over diagnose en therapie ontbreken.[10] Teneinde vergelijking mogelijk te maken, worden in Figuur 4 de cijfers van de figuren 2 en 3 in aangepaste vorm gepresenteerd. Zo kunnen de klinische en de poli-klinische variatie tussen regio's - waar het gaat om de gemiddelde arts - en tussen individuele artsen binnen één regio vergeleken worden. Voor de klinische verrichtingen geldt, dat voor vier van de vijf specialismen de variatie tussen specialisten binnen een regio groter is dan de variatie

[10] Figuur 3 is gebaseerd op: Casparie AF, Post D, Harten WH van & Gubbels JW. Differences in production between medical specialists - an inventory based on claims data to identify potential areas for quality-improvement activities. *European Journal of Public Health* 3 (1993) p.292-295. De regio waarop deze studie betrekking heeft, bevindt zich - zonder nadere aanduiding - in het oosten van Nederland.

tussen regio's. In de poli-kliniek geldt hetzelfde voor drie van de vijf specialismen. Om kor te gaan, op individueel niveau is de variatie het grootst.[11]

Figuur 3 wijst tenslotte nog op een belangrijk aspect: de variatie in opnamen en ligdagen verschilt nauwelijks voor vier van de vijf specialismen.[12] Kennelijk zijn medische verrichtingen veel gevoeliger voor factoren die variatie veroorzaken. Dit brengt ons op de vraag, wat de oorzaken van de behandelverschillen zijn.

Figuur 3. Behandelverschillen tussen specialisten binnen 1 regio (verhouding tussen maximum en minimum aantal verrichtingen per specialist).



BRON: berekend op basis van A.F. Casparie et.al. (1993), table 2, p. 292.

7.1.3 Oorzaken van behandelvariatie

In het voorafgaande hebben we behandelvrijheid als oorzaak van de behandelverschillen aangemerkt. Het is echter goed om nader onderscheid te maken tussen faciliterende en bewerkende oorzaken. Behandelvrijheid is een faciliterende oorzaak. Zij maakt behandelverschillen mogelijk, zonder op voorhand de drijvende kracht achter het verschillend handelen te zijn. Deze achterliggende krachten noemen we bewerkende oorzaken. Diagnostische en therapeutische variaties zijn te herleiden tot uiteenlopende bewerkende oorzaken.

De Gezondheidsraad noemt drie groepen oorzaken voor de behandelvariatie in de

[11] Omdat de regio niet exact gelokaliseerd kan worden, bijvoorbeeld als één van de regio's van Figuur 1, is een nadere vergelijking niet mogelijk.

[12] Ook hier vormt cardiologie de uitzondering.

diagnostiek: 1) kennis en ervaring; 2) werkstijl; en 3) organisatie.[13]
Ad 1) Voor een goed gebruik van diagnostische voorzieningen is naast een gedegen kennis van de technieken, bekendheid nodig met de epidemiologie en vaardigheid in het denken in termen van kansen en waarschijnlijkheden. Met name aan deze laatste twee voorwaarden hapert het nogal eens. Zo kan het voorkomen, dat grote aantallen serologische bepalingen voor acuut reuma gedaan worden, terwijl deze ziekte nauwelijks meer voorkomt. Om kort te gaan, de diagnostische variatie varieert met de kwaliteit van de arts, zoals die is opgebouwd met kennis en ervaring.[14]

Figuur 4. Behandelverschillen tussen meerdere regio's en tussen specialisten binnen een willekeurige regio (verhouding maximum en minimum aantal verrichtingen).

	KLINISCHE VERRICHTINGEN						POLI-KLINISCHE VERRICHTINGEN					
	tussen regio's			tussen specialisten			tussen regio's			tussen specialisten		
SPECIALISME	min	max	f	min	max	f	min	max	f	min	max	f
interne gn.kunde	7,6	16,9	2,2	3,4	10,1	3,0	14,4	47,4	3,3	15,4	25,5	1,7
chirurgie	17,3	25,5	1,5	18,7	32,9	1,8	24,2	79,7	3,3	15,4	70,9	4,6
cardiologie	1,9	15,6	8,2	4,8	26,6	5,5	7,5	32,2	4,3	14,3	55,1	3,8
gynaecologie	13,3	15,9	1,2	20,3	25,8	1,3	13,8	23,7	1,7	21,1	39,2	1,9
keel, neus & oor	5,0	8,0	1,6	3,6	13,0	3,6	15,8	37,5	2,4	17,7	100,0	5,6

min/max minimum / maximum aantal verrichtingen per 1.000 adherente ziekenfondsverzekerden.
f factor (verhouding tussen maximum en minimum).
BRON: berekend op basis van KNMG (1989), tabel 6.1; en A.F. Casparie et.al. (1993), table 2, p. 293.

Ad 2) De werkstijl van de arts wordt volgens de Gezondheidsraad gekenmerkt door een economische bedrijfsvoering: "het is onbegrijpelijk dat zo zelden hardop gezegd wordt dat de werkelijke problematiek is, dat de specialist aan de verrichtingen verdient".[15] Klip en klaar is, dat een honoreringssysteem dat de artsen per verrichtingen betaalt, een sterke prikkel tot aanvullende diagnostiek uitoefent. Deze prikkel werkt stelselbreed, maar is daarnaast bijzonder krachtig bij de zelfverwijzende specialismen, zoals cardiologie, urologie en neurologie (zie Figuur 2).[16] Wat ook veel voorkomt is, dat na de introductie van een nieuwe technologie de oude onverminderd in gebruik blijft. De open ruimte van de diagnoses die naar een nieuwe techniek en andere arts verhuisd zijn wordt ingenomen door andere - veelal vage - indicaties. In dit verband wordt wel

[13] Gezondheidsraad (1991) deel 2, p.9-17. De voorbeelden die in de tekst genoemd worden, zijn zonder nadere verwijzing hieraan ontleend.
[14] De invloed van de persoonlijkheid komt hierna aan de orde.
[15] Gezondheidsraad (1991) deel 2, p.11. Zie ook onze bespreking van de arts als zelfstandig ondernemer in de paragraaf over de aanwending van medische voorzieningen.
[16] Zelfverwijzende specialisten kunnen patiënten voor bepaalde diagnostische voorzieningen, bijvoorbeeld echo's, naar zichzelf verwijzen in plaats van naar een collega. 'Officiële' diagnosten zoals radio-diagnosten klagen over de grote hoeveelheid diagnostische apparatuur bij bijvoorbeeld urologen, cardiologen.

gesproken over 'de wet van behoud van verrichtingen'. De economische prikkels van het verrichtingensysteem zullen door iedere arts verschillend ervaren worden. Het karakter en de persoonlijkheid van de arts spelen hierbij een belangrijke rol. Tot deze persoonlijkheidsstructuur kunnen ook de volgende factoren gerekend worden, die eveneens van invloed zijn op de werkstijl: het risico-profiel en de gebondenheid van de arts aan tradities en gewoontes, en ook zijn gevoeligheid voor druk van buitenaf. Deze factoren spreken voor zich, en behoeven niet verder uitgewerkt te worden.
Ad 3) De organisatie van de medische praktijk laat veel te wensen over. De samenwerking tussen specialisten van hetzelfde vakgebied blijft meestal beperkt tot waarneemregelingen. Overleg over de apparatuur ten behoeve van diagnosestelling is er vaak niet. Iedereen heeft tijdgebrek en haast. Daardoor gebeurt het ook dat de communicatiestromen zo opgedroogd zijn, dat onderzoeken en testen na verwijzing door een andere specialist herhaald worden. Hoewel deze herhalingen niet zozeer een bron zijn van behandelverschillen, leiden zij wel tot een onnodig aantal verrichtingen, op grond waarvan wel gesproken wordt van overdiagnostiek.

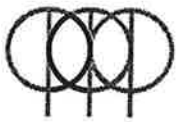
De oorzaken van variatie in het therapeutisch handelen liggen op een ander vlak dan in de diagnostiek. Waar bij de diagnosestelling de noodzakelijke kennis voor goed gebruik in principe aanwezig is, en overwegend ander factoren de doelmatigheid in de weg staan, is de therapeutische variatie vooral een gevolg van een fundamenteel tekort aan kennis. Het gaat hier niet om indicaties die algemeen aanvaard zijn, de zogenaamde 'harde' indicaties, maar om een groot grijs gebied van 'zachte' indicaties. Deze zijn niet algemeen aanvaard, maar evenmin algemeen verworpen. Zo ontstaat er een grote ruimte waarbinnen niet duidelijk is wat de beste therapie is, en waar verschillende artsen tot verschillende conclusies komen, met als gevolg een grote behandelvariatie. Bekend is het voorbeeld van hoofdpijn als indicatie voor een septumcorrectie.[17] Drie KNO-artsen komen tot verschillende standpunten: "a) Hoofdpijn is beslist een indicatie. (...). b) Frontale hoofdpijn kan een indicatie zijn, mits er sprake is van een duidelijk afwijkend septum. c) Hoofdpijn is geen indicatie. Als je wilt, kun je altijd wel een afwijkend septum zien. Bij hoofdpijnklachten een septumcorrectie uitvoeren is geld verdienen".[18]

Naast de centrale rol van de wetenschappelijke onzekerheid kunnen nog twee verwante factoren worden genoemd. In de eerste plaats is dat de vaagheid van de klachten bij de patiënt, die er dikwijls toe leidt, dat verschillende artsen tot verschillende interpretaties komen. Daarnaast heeft ook de 'school' waaruit de arts komt een belangrijke invloed.

7.1.4 De verantwoordelijkheid van de medische professie

In deze paragraaf zijn wij uitgebreid ingegaan op het verschijnsel van de behandelverschillen. Dit verschijnsel heeft rechtstreeks te maken met de professionele autonomie. Men kan de 'interdoktervariatie' immers opvatten als een indicatie van de behandelingsvrijheid die artsen hebben: artsen hebben verschillende opvattingen, gebruiken

[17] Septumcorrectie: rechtzetten van het neustussenschot.
[18] Gezondheidsraad (1991) deel 2, p.18.



verschillende methoden of technieken of hebben verschillende gewoontes. Dit alles leidt tot grote onderlinge verschillen, waarop artsen slechts in uitzonderingssituaties gewezen of aangesproken worden.

Belangrijker dan het verband tussen interdoktervariatie en professionele autonomie is het verband tussen interdoktervariatie en de kwaliteit van het medische handelen. Grote behandelverschillen wijzen immers op een grote onduidelijkheid welke behandeling in welke situatie het beste of het meest werkzaam is. Of zij wijzen op de onzekerheidsmarges waarbinnen artsen hun beslissingen (moeten) nemen. Meer algemeen gezegd: de behandelverschillen wijzen op tal van onduidelijkheden in het medische proces van anamnese, diagnose-stelling, indicatie-stelling, behandeling (zorgverlening) en evaluatie. Men zou ook kunnen zeggen dat op tal van punten de criteria die de kwaliteit van het medisch handelen bepalen zeer onduidelijk zijn.

Als ergens de autonomie van de professie gepaard moet gaan met de bereidheid tot het afleggen van verantwoording, dan is het op dit punt. Immers, zoals een arts ons zei: alle zorg die niet verantwoord kan worden is te duur. Ook met het oog op kostenbeheersing is het zaak dat van medische handelingen aangetoond is dat ze 1) noodzakelijk, 2) werkzaam en 3) doelmatig[19] zijn. Het ligt voor de hand te veronderstellen dat naarmate de behandelverschillen groter zijn aan deze eisen minder goed voldaan is, omdat in dat geval blijkbaar onduidelijk is welke handelingen precies noodzakelijk, werkzaam en doelmatig zijn.

De vaststelling dat de kwaliteit van het medisch handelen een probleem is, geeft een belangrijke verschuiving aan in de positie van de professie. Immers, het betekent dat het handelen van de professie als geheel of van haar individuele leden veel kritischer gevolgd wordt dan voorheen gebruikelijk was. Waar men er vroeger van uitging dat de arts het beste wist wat goed was voor een patiënt, lijkt nu steeds explicieter de kwaliteit van het medische handelen kritisch ondervraagd te worden.[20] Ook daarin speelt de problematiek van de kostenbeheersing natuurlijk haar eigen rol: om vast te kunnen stellen wat voor allerlei activiteiten een acceptabel kostenniveau is, dient men inzicht te hebben in de noodzakelijkheid, werkzaamheid en doelmatigheid van bepaalde behandelingen of behandelingstechnieken. Dit brengt ons op het onderwerp van de volgende paragraaf.

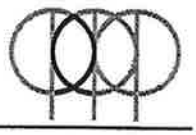
7.2 Protocollering en medisch handelen

7.2.1 Kwaliteitszorg en protocollering

In de Nederlandse situatie wordt alom het belang van een betere zorgkwaliteit door middel van een betere kwaliteitszorg onderkend. In dat kader zijn bijvoorbeeld door de verschillende in de gezondheidszorg betrokken partijen een aantal conferenties belegd

[19] Het gaat hier om de eerste 3 criteria van de zogenaamde 'trechter van Dunning'.

[20] Zie voor deze verschuiving in de positie van de professie en de noodzaak om te komen tot een herdefiniëring van het professionalisme: Wennberg JE. Health care reform and professionalism. *Inquiry* 31 (Fall 1994) p.296-302.



onder de titel 'Kwaliteit van zorg' (de zogenaamde 'Leidschendam-conferenties'). Men heeft daar gesproken over de onderscheiden verantwoordelijkheden (overheid, verzekeraars, aanbieders en patiënten), kwaliteitscriteria, kwaliteitssystemen en middelen voor het tot stand brengen van een samenhangend kwaliteitsbeleid.

Ook in een aantal rapporten van diverse instelling of advies-organen wordt veel aandacht gegeven aan het aspect van kwaliteitszorg. Eén daarvan is het spraakmakende rapport *Medisch handelen op een tweesprong*, waarin met name veel aandacht wordt besteed aan het feit dat men van een professie die haar verantwoordelijkheden kent, een toetsbare opstelling mag verwachten.

Voor een globale samenvatting van dit rapport verwijzen wij naar § 1.1. Belangrijke elementen daarin zijn: de evaluatie van het medisch handelen moet verbeterd worden; artsen moeten minder solistisch optreden en meer bereidheid tonen tot samenwerking en overleg; het effectiviteitsonderzoek moet gestimuleerd worden; meer aandacht voor technology-assessment bij de invoering van nieuwe verrichtingen.

Het is voor ons onmogelijk het gehele terrein van de kwaliteitszorg en -beheersing adequaat in beeld te brengen. Om die reden zullen wij slechts kort ingaan op één instrument, namelijk de protocollering van het medisch diagnostisch of therapeutisch handelen in zogenoemde consensus-protocollen.

Eén van de belangrijkste instrumenten die de professie ten dienste staan om de kwaliteit van het medische handelen te verbeteren is het als beroepsgroep vastleggen van inhoudelijke behandelprotocollen. Daarin kunnen ook de wetenschappelijke verenigingen van de diverse specialismen een belangrijke rol vervullen. Een dergelijke benaderingswijze doet zowel recht aan de autonomie-claim van de professie als aan de bereidheid tot verantwoording die de keerzijde vormt van die claim. Immers, de beslissing over de vraag welke handelingen in bepaalde situaties het beste zijn wordt geheel aan de deskundigheid van de professie overgelaten. Tegelijk verplicht de professie zich door middel van protocollen tot het vastleggen van de kwaliteitsstandaard voor haar handelen. Deze benaderingswijze heeft ook een wettelijke basis in die zin dat de wet de professie verplicht tot het doen van "wat volgens de stand van de wetenschap in soortgelijke gevallen door artsen in het algemeen wordt gedaan".[21]

Uit het jurisprudentie-onderzoek naar het functioneren van de professionele autonomie in de rechtspraak is gebleken, dat de rechter de arts zelden tot het protocol 'veroordeelt'. Mocht de arts gegronde redenen hebben gehad om van het protocol af te wijken, dan wordt hem dat niet verweten. Sterker: er zijn gevallen bekend waarin de arts veroordeeld is omdat hij niet van het protocol afweek hoewel daar belangrijke redenen voor waren.[22] In die zin moet het gevaar van 'kookboek-geneeskunde' niet worden overtrokken: het protocol is een goede manier om de kwaliteitstoetsing van het medisch handelen te versterken zonder de professionele autonomie wezenlijk aan te tasten. Instrumenten als protocollering sluiten daarom goed aan bij wat wij het

[21] Leenen HJJ. *Rechten van mensen in de gezondheidszorg - Een gezondheidsrechtelijke studie*. Alphen a/d Rijn/Brussel: Samson 1978, p.126.

[22] Reijsen PPM van. *Protocollering, budgettering en professionele autonomie in de gezondheidszorg*, 1995, in druk.

'professionele model' zouden willen noemen. Het rapport *Medisch handelen op een tweesprong* daarover: "De beroepsgroep heeft de keuze: of nu zelf orde op zaken stellen of dulden dat de overheid, de verzekeraars of het ziekenhuis-management het initiatief overnemen".[23] Ten aanzien van het protocollerings-instrument wordt in dit rapport opgemerkt: "Protocollen zijn bedoeld om het medisch handelen richting te geven. Ze mogen niet opgevat worden als dwingende voorschriften, die ten doel hebben het verstand uit te schakelen bij het nemen van beslissingen. De arts moet de vrijheid behouden van een protocol af te wijken, als hij daar gegronde redenen voor heeft. Bij de keuze tussen medisch gelijkwaardige alternatieven, kan de voorkeur van de patiënt de voorkeur geven".[24]

Ook Post wijst op het belang van protocollen voor een kwaliteitsverbetering van het medisch handelen: "In een onderzoek naar de factoren die bepalend zijn voor het verwijzen van huisartsen naar de specialist, bleek de factor 'onzekerheid van de huisarts' van groot belang te zijn. De ene huisarts zal vanuit zijn onzekerheid meer patiënten naar de specialist verwijzen dan de andere huisarts: een duidelijk kwaliteits-gegeven ten aanzien van het proces van hulpverlening. Het proces van zorg kan enigszins worden ontdaan van de vrijblijvendheid van de arts door standaarden of protocollen te ontwerpen".[25] Post wijst tevens op de problemen bij de uitvoering hiervan en haalt Bazelmans aan, die gewezen heeft op "een natuurlijke weerstand tegen toetsing". Hij vervolgt: "De getoetsten kunnen het ervaren als een bedreiging: men wil niet 'open en bloot' te kijk staan".[26]

Desondanks sluit protocollering goed aan bij de versterking van de functie van 'professionele zelfregulering'. De weerstand ertegen moet men verklaren uit het verschijnsel dat wij met Freidson aan de orde hebben gesteld en het 'professionele-autonomie-dilemma' hebben gedoopt (zie § 3.4): de autonomie-claim van de professie wordt gerechtvaardigd op grond van een deskundigheidsmonopolie en een vermogen tot zelfregulering. Tegelijk maken deze gronden controle van de uitvoering ervan moeilijk. Protocollering is een geschikt instrument om althans op bepaalde punten dit dilemma te doorbreken: zonder te leiden tot een wezenlijke aantasting van de professionele autonomie kan deze autonomie niet misbruikt worden om zich aan een toetsbare opstelling te onttrekken.

Voor ons betoog zijn wij vooral geïnteresseerd in protocollering voorzover het een instrument kan zijn in het beheersen van de kosten. Dat betekent dus dat wij het instrument in de eerste plaats beschouwen als een instrument om de doelmatigheid van het medisch handelen inzichtelijk te maken en te verbeteren. In het concept 'doelmatigheid' is het concept 'werkzaamheid'[27] reeds vooronderstelld. Immers, een verrichting

[23] Gezondheidsraad (1991) p.12.

[24] Gezondheidsraad (1991) p.53.

[25] Post D. Zorg om goede kwaliteit - Over het doel en de middelen. *Handboek Structuur en Financiering Gezondheidszorg*, 1993, hfdst. B2, p.2-4.

[26] Post (1993) p.B.2-5-2.

[27] Wij vatten het concept 'werkzaamheid' hier op als de omvattende term van 'werkzaamheid' (*efficacy*) en 'doeltreffendheid' (*effectiveness*) beide. In zijn rapport *Medisch handelen op een tweesprong* maakt de Gezondheidsraad hierin onderscheid. Onder 'werkzaamheid' verstaat hij "het resultaat van een verrichting

moet tenminste werkzaam zijn om doelmatig te kunnen zijn.

Waar wij in bovenstaande de term 'professionele autonomie' in termen van het zorgstelsel hebben opgevat als 'behandelvrijheid', hebben wij twee niveaus in dit laatste begrip onderscheiden: 1) de invoering en aanschaf van technologieën en voorzieningen; en 2) de aanwending van voorzieningen in de individuele arts/patiënt-relatie (hfdst. 5). Met het oog op het eerste niveau zou men kunnen spreken van zogenaamde 'invoeringsprotocollen'. Met betrekking tot het tweede niveau wordt meestal gesproken in termen van consensus-protocollen, die de consensus van de beroepsgroep of professie ten aanzien van de optimale behandeling van bepaalde gevallen vastleggen en daarmee tevens een kwaliteitsstandaard aangeven. In de hiernavolgende paragraaf willen wij een voorbeeld geven van de wijze waarop doelmatigheids-overwegingen in een consensusprotocol een rol kunnen spelen.

7.2.2 Een voorbeeld

De consensustekst over de diagnostiek van longembolieën geeft aan dat de arts bij een niet-diagnostische longscan niet-invasieve diagnostiek van de benen kan overwegen, omdat de symptomen ook veroorzaakt kunnen worden door diep veneuze thrombose in de benen. Een niet-diagnostische longscan is niet normaal, maar vertoont evenmin duidelijke afwijkingen, zodat longembolieën aangetoond noch uitgesloten zijn. Via het echografisch onderzoek is het mogelijk om een aantal patiënten een zeer belastend vervolgonderzoek, namelijk een pulmonalis angiografie, te besparen, (zie Figuur 5).

Tijdens consensusbesprekingen werd in het St. Claraziekenhuis te Rotterdam voor de diagnostiek van thrombose gekozen voor compressie-echografie van de benen. Omdat ook een longscan belastend is voor de patiënt en bovendien erg kostbaar, werd bovendien onderzocht of het mogelijk en wenselijk is om de volgorde van beide onderzoeken om te draaien, en dus te beginnen met echografie van de benen. Op deze manier zou voor een deel van de patiëntenpopulatie niet alleen de pulmonale angiografie overbodig worden, maar ook de belastende longscan. In een prospectief onderzoek werden 337 patiënten gediagnostiseerd.[28] Bij 11% van de patiënten werd thrombose vastgesteld. Indien begonnen zou worden met het echografisch onderzoek, dan zou dat derhalve 11% van de patiënten een belastende longscan besparen. Wel moeten daarvoor veel echo's gemaakt worden, maar omdat een echo veel goedkoper is dan een longscan wordt per saldo een besparing gerealiseerd, die voor geheel Nederland ongeveer *f* 1,35 miljoen bedraagt.[29] Als van de onderzochte diagnostische centra een consensusprotocol wordt gemaakt, dan draagt deze protocollering derhalve bij aan een betere kwaliteit van zorg, en een dolematiger inzet van middelen. Anders gezegd, aan een betere simultane realisatie van normen.

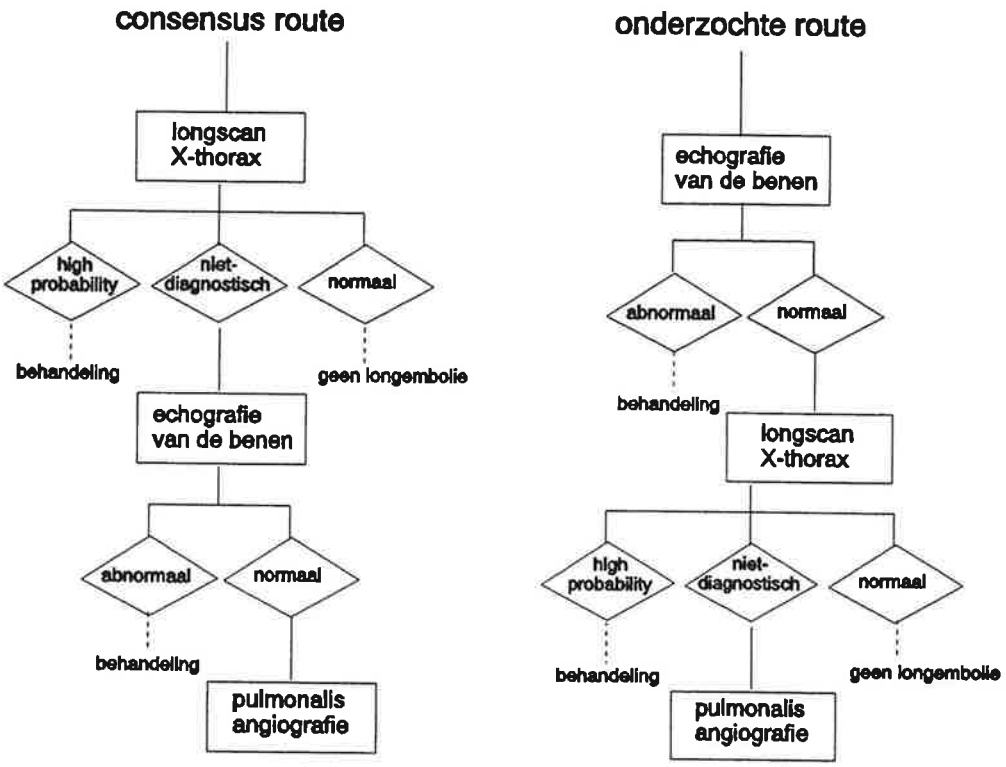
---

onder optimale omstandigheden" en onder 'doeltreffendheid' "de mate waarin de verrichting het beoogde effect heeft in de praktijk van alledag". Daarvan is de 'doelmatigheid' (*efficiency*) onderscheiden als "de baten van een verrichting afgezet tegen de kosten in geld, mankracht, middelen en tijd" (p.7-8).

[28] Ritsema GH, Polder JJ. Longembolieën en thrombose: echografie als eerste keuze onderzoek? *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1995 (in press).

[29] Uitgaande van de volgende tarieven: een echo van de benen: *f* 86,11; een longscan (ventilatie en perfusie): *f* 923,34. Deze bedragen zijn inclusief de kostenvergoeding voor het ziekenhuis.

Figuur 5. Consensusroute en onderzochte route bij de diagnostisering van longembolieën



7.3 Conclusie

Protocollering sluit als geen ander instrument aan bij de bestemming van de medische praktijk en de professionele competentie van de medische professionals. Protocollering kan worden beschouwd als een onderdeel van een veel bredere kwestie, namelijk kwaliteitszorg. In een protocol wordt, om het zo te zeggen, een medische standaard vastgelegd. Het kan daarom een goed instrument zijn voor het verhogen van de kwaliteit en voor het vergroten van de toetsbaarheid van het medische handelen. Evenals kwaliteitszorg in het algemeen sluit het goed aan bij de bestemming van de medische praktijk en bij de competentie van de arts. Het is immers de professie zelf die op basis van haar medische competentie de protocollen zal moeten vastleggen. Hoewel protocollen niet primair bedoeld zijn om kostenbesparingen te realiseren kunnen bij de formulering wel doelmatigheids- en kosten-effektiviteitsoverwegingen worden ingebracht zodat kostenreductie beslist tot de mogelijkheden behoort.

Het argument dat een verregaande protocollering op gespannen voet staat met de professionele autonomie van de arts is onjuist. Het staat iedere arts vrij van het protocol af te wijken als hij dat medisch noodzakelijk acht. Sterker nog: uit jurisprudentie-onderzoek is gebleken, dat de rechter het niet-afwijken van het protocol waar

dat medisch noodzakelijk is, kan veroordelen.[30] Daarom moet men het protocol ook niet opvatten als imperatief, maar als registratie van de actuele medische standaard. Dat laatste betekent tevens dat de protocollen voortdurend aan de hand van de laatste inzichten moeten worden getoetst en indien nodig herzien.

Naar onze mening zijn protocollen van grote betekenis voor een verscherping van de indicatiestelling en kunnen zij langs die weg ook bijdragen aan het beter vastleggen van de 'werkzaamheid' en 'kosteneffectiviteit' van diagnosetrajecten en therapieën. Wel dient de arts ervoor te waken dat bij een toenemende protocollering van het medische handelen patiënten op routine-matige wijze als een 'geval' worden behandeld.

Protocollering is nauw betrokken op het 'professionele autonomie-dilemma' dat wij in hoofdstuk 3.4 hebben beschreven: de professie claimt haar autonomie op grond van het feit, dat alleen zij de deskundigheid en competentie in huis heeft om zichzelf te beoordelen en controleren. Dat wil zeggen dat de kracht van de professie tegelijk haar structurele zwakte uitmaakt: de grond voor de noodzaak van professionele zelfregulering (de specifieke deskundigheid van de professional) maakt het tevens oncontroleerbaar of deze zelfregulering in voldoende mate plaatsvindt. De claim van de professie dat men haar autonomie dient te respecteren dient evenredig te zijn aan de bereidheid van de professie om zich omtrent haar handelen te verantwoorden. Slechts daar waar de professie en haar individuele leden bereid zijn tot een verregaande verantwoording van hun handelen, kan men hen een verregaande zelfstandige verantwoordelijkheid voor hun handelen (autonomie) toevertrouwen. Pas daar verdient de professionele autonomie ons respect, waar de professie zich toetsbaar opstelt. Dit betekent dat de professie zoveel mogelijk werk zal moeten maken van professionele kwaliteitszorg bijvoorbeeld via intercollegiale toetsing, 'peer review', en functioneringsgesprekken binnen de maatschap. Wij willen voor deze en dergelijke aanbevelingen met klem verwijzen naar het rapport van de Gezondheidsraad *Medisch handelen op een tweesprong*, waar ook het falen van de professionele zelfregulering op diverse niveau's gesignaleerd wordt. Ook het uitgangspunt van dat rapport, dat professionele zelfregulering de voorkeur verdient boven andere maatregelen, maar dat hiervan dan wel serieus en snel werk gemaakt zal moeten worden, delen wij ten volle.

[30] Reijsen PPM van (1995).

HOOFDSTUK 8
Budgettering en medisch handelen

Samenvatting

Budgettering is een krachtig instrument voor kostenbeheersing en daarom ook een geliefd beheersinstrument. Via budgettering wordt een 'open einde'-financiering gesloten, maar dat niet alleen. Budgettering houdt ook in een allocatie van middelen en het toekennen van verantwoordelijkheid aan de budgethouder voor een bepaalde taak. Van groot belang is het daarom dat het budget nauwkeurig afgestemd is op deze taak. Bij de berekening van het budget spelen vier elementen een belangrijke rol: 1) de dragers van het budget; 2) de budgetformule; 3) het uitgangspunt voor het budget; en 4) de budgethouder.

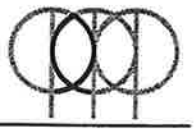
Een budget wordt afgestemd op een taak, dit is een activiteit die tot een bepaald doel moet leiden. Anders gezegd, een transformatieproces van 'input' naar 'output', van middel naar resultaat. Bij output-budgettering wordt het budget vastgesteld op basis van het resultaat. Een vereiste daarvoor is, dat alle kosten aan dit resultaat toegerekend kunnen worden. Daarvoor is het nodig dat alle relaties tussen input, proces en output bekend zijn. In de gezondheidszorg is dit meestal niet het geval. Gekozen kan dan worden voor de input of de activiteiten zelf als dragers van het budget.

Proces-budgettering veronderstelt een eenduidige relatie tussen middelen en activiteiten. Is ook deze afwezig dan rest alleen de mogelijkheid van input-budgettering. In dat geval is een kwantitatieve taakafbakening onmogelijk, evenals budgetaanpassingen op basis van proces- of resultaatgegevens.

Via de budgetformule wordt per input, activiteit of output het budget berekend. Dit kan een vast bedrag zijn, maar ook complexe vormen met talrijke variabele bestanddelen zijn mogelijk. De benodigde prijs en volumecomponenten kunnen op verschillende uitgangspunten gebaseerd zijn. Bij historische budgettering wordt het budget berekend op basis van historische prijs- en volumegegevens, al dan niet gecorrigeerd voor inflatie. Een probleem is, dat op deze manier historische ondoelmatigheden gelegitimeerd en beloond worden. Beter is volledige budgettering die uitgaat van een gefundeerde norm voor volume- en prijscomponenten. Een probleem hierbij is de vaststelling van de norm. Bij onzekerheid kan gekozen worden voor een vorm van verevening. Gesproken wordt dan over na-calculatie van verschillen en over partiële budgettering.

Bij de berekening van het budget kan tenslotte rekening gehouden worden met specifieke omstandigheden van de budgethouder, bij voorbeeld via het toekennen van toeslagen. Met betrekking tot de gezondheidszorg kan in dit verband gedacht worden aan toeslagen voor verschillende regio's, omdat de stedelijke adherentiegroepen gemiddeld genomen bewerkelijker zijn dan die op het platteland.

Met budgettering zijn transaktiekosten gemoeid. Met het oog op transaktiedoelmatigheid kunnen aan budgettering onder andere de volgende eisen gesteld worden: 1) de verdeling moet gebaseerd worden op duidelijke afspraken over verantwoordelijkheden; 2) de verdeelsleutel moet eenvoudig zijn; 3) de verdeling moet rechtvaardig zijn; 4) de budgethouder moet de uitgaven kunnen beïnvloeden; 5) de verdeling moet zodanig zijn dat er geen informatieproblemen onstaan bij de



uitvoering en evaluatie van het beleid.

Strikt genomen kunnen budgetten alleen in nominale termen vastgesteld worden als de budgethouder volume en prijscomponenten kan beïnvloeden. Wanneer de prijs zich aan de invloedsfeer van de budgethouder onttrekt en het nominale budget aan de prijsveranderingen wordt aangepast is in feite sprake van 'quotering' van volume, die ook wel volumebudgettering wordt genoemd.

Bij budgettering gaat het steeds om twee partijen: de budgetgever en de budgethouder. Als beiden tot dezelfde economische entiteit behoren, bv. een ziekenhuis, wordt gesproken over interne budgettering. In alle andere gevallen is de budgettering extern. De budgetgever bij externe budgettering in de gezondheidszorg is in de meeste gevallen de overheid, hoewel ook verzekeraars als budgetgever kunnen optreden. Als budgethouder komen de partijen in het veld in aanmerking, verzekeraars of aanbieders van zorg. Niet beide, want dat leidt tot een onzuivere en onduidelijke toedeling van verantwoordelijkheden, taken en middelen. Wordt bijvoorbeeld gekozen voor de budgettering van aanbieders, dan kan dat plaatsvinden op meerdere niveaus. Budgetten op maro-niveau hebben betrekking op de gehele gezondheidszorg, op meso-niveau gaat het om de budgettering van sectoren en specialismen, op micro-niveau om economische entiteiten zoals artsen (maatschappen) en instellingen.

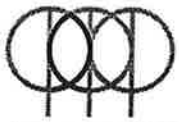
De invloed van budgettering kan beschreven worden aan de hand van een aantal praktijkvoorbeelden. In Nederland is in 1983 een budgetfinanciering voor de instellingen van kracht geworden. Dit heeft een relatieve daling van de kosten tot gevolg gehad. De doelmatigheid in instellingen is verbeterd. Aan de andere kant moet opgemerkt worden, dat de medische specialisten als niet gebudgetteerde partij zich grotendeels aan de invloed van de budgettering hebben onttrokken. Tegenover het verlies aan klinische verrichtingen staat een toename van poliklinische verrichtingen. Ook behield de professie een grote invloed op de aanschaf van nieuwe voorzieningen. De investeringen in apparatuur daalden veel minder dan de overige investeringen.

Ervaringen in Canada wijzen uit, dat volumebudgettering een zeer effectief instrument kan zijn voor kostenbeheersing, met name als de financiering van de zorg geconcentreerd is. Dan kan de budgethouder geen alternatieve fondsen aanboren en evenmin de onderhandelingen over de budgethoogte naar zijn hand zetten, zelfs niet via stakingen. Het succes van deze budgetteringsvorm is daarom nauw verbonden aan de structuurkenmerken van het Canadese zorgstelsel.

In Duitsland wordt de medische professie gebudgetteerd, waarbij de regionale artsenorganisaties fungeren als budgethouder. Het is een systeem dat sterk is gebaseerd op professionele zelfcontrole maar dat vanuit het oogpunt van transactiedoelmatigheid tekort schiet.

In Engeland wordt sinds 1991 de huisarts per patiënt gebudgetteerd voor de kosten binnen zijn praktijk en deels ook voor de kosten buiten zijn praktijk (bijvoorbeeld de kosten van geneesmiddelen). De huisarts functioneert op deze wijze als een zorginkoper voor zijn patiënten. De eerste ervaringen met deze budgetteringsvorm wijzen in de richting van een doelmatiger verwijzings- en voorschrijvingspatroon. Ook hier kan het budgetteringssysteem echter niet losgezien worden van de context van het stelsel, namelijk de planmatige National Health Service.

Uit de praktijkvoorbeelden blijkt het succes van budgettering. Een 'open einde'-financiering wordt gesloten, waarbij de budgethouder binnen zijn bestedingsruimte



een grote mate van handelingsvrijheid behoudt. Op deze wijze geeft het budget prikkels tot een doelmatige allocatie van middelen en het tegengaan van verspilling (technische efficiëntie). Het blijkt zelfs mogelijk om via budgettering professioneel zelfbestuur te stimuleren. Het succes van budgettering hangt echter af van de context van het zorgstelsel en de kwaliteit van de verdeelsleutel.

8.1 Beheersing en budgettering

Budgettering is een geliefd beheersinstrument. De belangstelling voor dit instrument is gebaseerd op haar beheersingskracht: een open-einde wordt hermetisch gesloten. Toch is het niet goed om budgettering puur en alleen als een instrument voor volume- en kostenbeheersing te zien. Zij heeft meerdere functies. In de literatuur worden er drie onderscheiden: 1) allocatiefunctie; 2) autorisatiefunctie; en 3) de beheersfunctie.[1]

De allocatiefunctie wordt ook wel keuzefunctie of afwegingsfunctie genoemd. Budgetten worden niet lukraak vastgesteld, maar na een zorgvuldig afwegingsproces teneinde een beoogde allocatie van middelen te bereiken. Taken worden vastgesteld, budgethouders worden aangewezen, kortom, de beschikbare middelen worden verdeeld over taken en personen. Deze personen krijgen daarmee budgetverantwoordelijkheid. Dit wordt de autorisatiefunctie van budgettering genoemd. Beleidsruimte wordt overgedragen aan de budgethouder, die daarmee aangesproken wordt op zijn specifieke verantwoordelijkheid.

Vanuit het gezichtspunt van deze functies kunnen we budgettering omschrijven als: het toekennen van verantwoordelijkheid voor een taak aan de hand van een bindende begroting.[2]

8.2 Budgettering in theorie

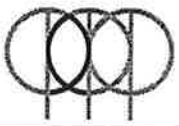
8.2.1 Het budget

Een budget is een bindende of taakstellende begroting. Dit betekent dat het niet zo maar een som geld is die wordt toegekend, maar een bedrag dat normen en een berekening kent. Bij de berekening van het budget spelen vier elementen een belangrijke rol: 1) de budgetdragers; 2) de budgetformule; 3) het uitgangspunt voor het budget; en 4) de budgethouder.

---

[1] Sluijs A van & Janssen R. Budgettering. In: Lapré RM & Rutten FFH (red.). *Economie van de gezondheidszorg - leerboek voor universitair en hoger beroepsonderwijs*. Utrecht 1993[2], p.391-427.

[2] Een andere definitie luidt: "Budgettering is die vorm van subsidiëring waarbij vooraf door de budgetgever (mogelijk de overheid) aan een budgethouder voor een bepaalde periode een maximumbedrag ten behoeve van een zeker niveau van activiteiten en/of prestaties wordt toegekend". Beekmans L & Tjadens F. *Budgetteren in de gezondheidszorg - een achtergrondstudie*. Leiden: Research voor Beleid bv, p.100. De term 'subsidiëring' kan overigens voor verwarring zorgen, met name bij de budgethouder. "Met de aanduiding 'subsidiëring' zullen velen binnen onze sector moeite hebben, en terecht. Deze term doet te veel denken aan steun omdat men het zelf niet redt en doet geen recht aan het feit dat de gezondheidszorg vrijwel volledig uit premies wordt gefinancierd". Spreeuwenberg C. Budgettering in perspectief. *Medisch Contact* 49 (1994) p.215.



Een budget wordt afgestemd op een produktieve of een dienstverlenende taak. Daarbij gaat het om een proces waarlangs 'inputs' getransformeerd worden in 'outputs'.[3] Deze analytische scheiding levert drie mogelijke dragers voor het budget aan: input, proces en output.[4] Bij outputbudgettering wordt het budget vastgesteld op basis van het produktieresultaat. Een vereiste daarvoor is, dat alle kosten aan het eindprodukt kunnen worden toegerekend. Dit is alleen mogelijk, als de relaties tussen middelen en proces en tussen proces en resultaat bekend en meetbaar zijn. De taakomschrijving kan dan bijvoorbeeld als volgt luiden: 'maak voor dit bedrag honderd operatietangen, of zoveel meter hansaplast'. Bij de opdracht 'maak voor dit bedrag honderd hartpatiënten beter' loopt het echter mis. Welke middelen moeten ingezet worden, welke behandeling is nodig? Als de relaties tussen middelen en proces, en tussen proces en resultaat niet gekwantificeerd kunnen worden, is outputbudgettering onmogelijk. Dan komen de twee andere dragers van het budget in beeld. Bij procesbudgettering is er een vaste verhouding tussen input en proces. Van iedere activiteit is de omvang van de benodigde middelen bekend. Verder is er ook wel een idee over de activiteiten die nodig zijn om een bepaalde output te bereiken, maar de relatie kan niet gekwantificeerd worden. Bij het onderzoeken en behandelen van hartpatiënten behoort bijvoorbeeld de activiteit 'ECG-maken'. Bij de ene patiënt geeft bijvoorbeeld één ECG voldoende uitsluitsel terwijl bij de andere na de vijfde ECG de diagnose nog niet zeker is. In dit geval kan het budget dus niet afgestemd worden op het aantal patiënten, en moet de budgetgever zijn toevlucht nemen tot het aantal activiteiten 'ECG-maken'.[5] Als de relatie tussen middelen en proces evenmin kwantificeerbaar is, rest er niets anders dan het simpelweg ter beschikking stellen van middelen. De budgethouder krijgt in dit geval een zak met geld,[6] met de mededeling 'doe goed je best'. Een gekwantificeerde taakafbakening is in dit geval onmogelijk. Het proces en het resultaat kunnen natuurlijk wel beoordeeld worden, maar deze beoordeling staat inhoudelijk en met betrekking tot de consequenties los van het budget. In de Nederlandse gezondheidszorg is van 1983 tot 1985 een systeem van inputbudgettering toegepast op de algemene ziekenhuizen. We komen hier later op terug.

Na de keuze voor één of meer dragers van het budget, dient er een budgetformule vastgesteld te worden. Deze kan zeer complexe vormen aannemen, met name bij complexe organisaties, maar noodzakelijk is dit niet. In de meest eenvoudige vorm hebben we te maken met een vast budget. Dit is een geldbedrag dat op geen enkele wijze gerelateerd is aan de bedrijfsdrukte. Bij een variabel budget is precies het omgekeerde het geval: het budget is alleen afhankelijk van het aantal produkten (diensten) of activiteiten. Daarbij kan wel een weging aangebracht worden, zodat

[3] In het verdere zullen we willekeurig spreken over 'inputs' en middelen, 'outputs' en resultaten.

[4] Zie bijv. Mol NP. *Bedrijfseconomie voor de collectieve sector*. Alphen aan de Rijn/'s-Gravenhage 1986.

[5] Als een gemiddelde afgesproken wordt, bijvoorbeeld 3 ECG's per patiënt, bestaat het gevaar dat het gemiddelde als norm gaat functioneren, waarbij gegronde redenen om van dit gemiddelde af te wijken veronachtzaamd kunnen worden.

[6] Het woord 'budget' stamt van het Franse 'bougette' dat in haar oorspronkelijke betekenis gebruikt werd als naam voor een kleine leren tas waarin reizigers hun geld bij zich droegen.

bijvoorbeeld de eerste produkten of activiteiten een hoger bedrag krijgen dan de latere.[7] Een gemengd budget - de naam zegt het al - combineert beide vormen. De algemene ziekenhuizen ontvangen bijvoorbeeld sinds 1985 een vast budget voor de capaciteit en een variabel budget voor bepaalde verrichtingen.

Na de vaststelling van de budgetformule moeten per periode de vaste budgetten en/of de prijs- en volumecomponenten van de variabele budgetten bepaald worden. Het uitgangspunt voor deze bepaling kan gevonden worden in het verleden, of in de norm. In het eerste geval wordt gesproken over historische budgettering. De toekenning luidt dan bijvoorbeeld: 'vorig jaar waren uw werkelijke kosten *f* 1 miljoen, dat krijgt u de volgende periode weer, gecorrigeerd voor de inflatie', of 'de laatste drie jaar heeft u gemiddeld 1.000 heupoperaties gedaan, volgend jaar mag u er weer 1.000 doen'.[8] Het probleem van historische budgettering is de legitimering van historische ondoelmatigheden, en daarmee de voortzetting ervan. Wie zegt dat die *f* 1 miljoen doelmatig aangewend is, en dat er niet te veel heupoperaties uitgevoerd zijn? Dit probleem kan alleen vermeden worden indien er een geschikte toekenningsnorm voorhanden is. In dat geval wordt gesproken over 'volledige budgettering'. De toekenning van het budget wordt dan: 'uw ziekenhuis heeft een adherentie van zoveel inwoners, en op grond daarvan krijgt u *f* 1 miljoen en mag u 1.000 heupoperaties uitvoeren'. Probleem nu is natuurlijk de juistheid van de norm. Als daarover onzekerheid bestaat, kan gekozen worden voor een mengvorm tussen historische en volledige budgettering - partiële budgettering geheten - waarbij bijvoorbeeld per jaar het historische deel verkleind wordt tot na verloop van tijd er een 'volledig budget' overblijft.[9]

Bij de verdeling van de budgetten kan tenslotte ook rekening gehouden worden met specifieke omstandigheden waaronder de budgethouder moet werken. In dit verband kan gedacht worden aan de vestigingsplaats van bijvoorbeeld een huisarts of een ziekenhuis. Stedelijke adherentiegroepen zijn gemiddeld genomen bewerkelijker dan die op het platteland. Dit soort verschillen kunnen in het budget vertaald worden via een differentiatie van het normbedrag op basis van kenmerkende omstandigheden voor de budgethouder, zoals vestigingsplaats.

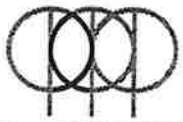
Het budgetteringsinstrument genereert evenals elke economische organisatievorm transactiekosten.[10] Deze geven een indicatie voor de doelmatigheid van het instrumentarium. Transactiekosten worden in het algemeen gemaakt voor, tijdens en na een transactie. Bij budgettering kunnen we onder meer denken aan de kosten van het ontwerpen van een verdeelsleutel, de kosten die gemoeid zijn met het inzamelen van de financiële middelen en het uitkeren van de budgetten, en de kosten van de controle op de juistheid van de verdeling en de geëigende aanwending van de budgetten. Teneinde

[7] In dit geval is er sprake van een degressief budget. Andere mogelijkheden zijn: progressief budget (latere activiteiten of produkten ontvangen meer), en een flexibel budget (budget per serie produkten of activiteiten, bijvoorbeeld van 0 tot 100 een budget van zoveel gulden, van 100 tot 200 zoveel, enzovoort).

[8] De prijscomponent laten we hier even rusten. In Nederland gelden - tot op heden - centraal vastgestelde tarieven.

[9] Deze objectivering van de budgetten kan gepaard gaan met grote financiële verschuivingen die 'herallocatie-effecten' worden genoemd.

[10] Zie hoofdstukken 5 en 6.



de budgettering transactie-doelmatig te laten verlopen, worden in de literatuur de volgende algemene voorwaarden voor budgettering genoemd: 1) de verdeling moet gebeuren op basis van duidelijke afspraken over de taken en activiteiten; 2) de verdeelsleutel moet eenvoudig zijn; 3) de verdeling moet rechtvaardig zijn; 4) de budgethouder moet de uitgaven kunnen beïnvloeden; 5) de verdeling moet zodanig zijn dat er geen problemen ontstaan bij de informatievoorziening rond de uitvoering, controle en evaluatie van het beleid.[11]

8.2.2 Nominale en reële budgetten

In het voorgaande werd er stilzwijgend vanuit gegaan dat een budget altijd een nominaal is, anders gezegd, dat het in geldeenheden luidt. Dit hoeft echter niet zo te zijn. Sterker nog, een nominaal budget is alleen mogelijk als prijs en hoeveelheid onder de invloedssfeer van de budgethouder vallen. Alleen in dat geval kan deze verantwoordelijk gesteld worden voor het gehele budget. Als bijvoorbeeld de prijs extern bepaald wordt, dus buiten de budgethouder om, kan laatstgenoemde alleen verantwoordelijk gesteld worden voor de volumecomponent. In dit geval verdient het aanbeveling om het budget in reële termen te formuleren, zodat het de gedaante van een quotum verkrijgt.[12] In dit verband wordt wel gesproken over 'volumebudgettering'.[13]

Volumebudgettering is vooral interessant bij beperkte substitutiemogelijkheden. De budgethouder heeft dan nauwelijks invloed op de prijs, hij kan immers niet op een goedkoper substituut overstappen. We kunnen dit ook anders formuleren: volumebudgettering is vooral interessant als het economische keuzeprobleem niet zozeer betrekking heeft op de keuzen van (produktie)middelen bij gegeven doeleinden, maar op de keuze over de aanwendingsrichting van beschikbare middelen. Met betrekking tot de gezondheidszorg kan in dit verband gedacht worden aan de medisch specialistische verrichtingen en de keuze van te behandelen patiënten.[14] Volumebudgettering - tevens procesbudgettering - is hier de aangewezen vorm, omdat de tarieven centraal geregeld worden en derhalve buiten de invloedssfeer van de medisch specialist vallen. Bijkomend voordeel is, dat op deze wijze ongewenste reacties op tariefveranderingen voorkomen worden.

8.2.3 Budgetgever en budgethouder in de gezondheidszorg

Het budgetteringsinstrumentarium kent aan twee partijen een centrale rol toe. We zijn ze al tegengekomen: de verdelende en toedelende budgetgever en de ontvangende budgethouder. Wanneer budgetgever en budgethouder tot dezelfde economische entiteit

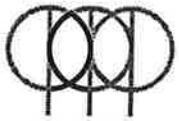
---

[11] Vrancken PHJ. *Mogelijkheden van budgettering in de collectieve sector.* Instituut voor Onderzoek Overheidsuitgaven, 1987; Ven WPMM van de & Kemna HJMI. *Ziekenfondsbudgettering - een eerste verkenning.* Rotterdam: Erasmus Universiteit 1988; Beekmans & Tjadens (1993) p.22.

[12] Een nominale formulering van het budget is wel mogelijk, maar bij tussentijdse prijsveranderingen moet dan de hoogte van de budgetten aangepast worden.

[13] Theoretisch gezien behoort ook het omgekeerde tot de mogelijkheden: de budgethouder kan alleen de (inkoop)prijzen beïnvloeden, niet de hoeveelheden. In dit geval moet het budget in verkoopprijzen vastgesteld worden. Bijzonder aannemelijk is deze situatie overigens niet.

[14] Let wel, het gaat hier alleen om de verrichting - arbeid derhalve - door de medisch specialist, niet om het gebruik van ziekenhuisvoorzieningen.



behoren, bijvoorbeeld een onderneming, wordt gesproken over interne budgettering. De wereld buiten de organisatie heeft geen boodschap aan de budgetverhoudingen en doet alleen zaken met de leiding van de organisatie. Behoren budgethouder en budgetgever echter tot verschillende economische entiteiten, dan is er sprake van externe budgettering.

Bij budgettering in de gezondheidszorg, gaat het om de verdeling van collectieve middelen over de zorgvoorzieningen.[15] Per definitie gaat het hier om externe budgettering.[16] Met de aanduiding 'collectief' komt de overheid scherp in beeld als budgetgever. Als budgethouders komen de partijen in het veld in aanmerking: aanbieders van zorg, verzekeraars of patiënten. Niet tegelijk, want dat leidt tot een onzuivere toedeling van verantwoordelijkheden en bevoegdheden met als gevolg een wederzijds toespelen van de eis tot rekenschap. Wij concentreren ons in het vervolg op de - externe - budgettering van zorgaanbieders. Over de budgettering van verzekeraars is reeds het een en ander gezegd in hoofdstuk 6, in het kader van concurrentie in de gezondheidszorg, en de budgettering van patiënten met 'persoons- of cliëntgebonden budgetten' valt buiten het onderwerp van onze studie, waarin budgettering geplaatst wordt in het licht van de professionele autonomie van de arts.

Het zorgaanbod kan op verschillende niveaus bestudeerd worden, en derhalve ook gebudgetteerd worden. Gangbaar is een onderscheid in macro, meso en micro. Bij een macro-budget gaat het om het voorzieningenpakket in haar volle breedte en diepte. Het budget bedraagt dan bijvoorbeeld *f* 50 miljard gulden, of tien procent van het Bruto Nationaal Produkt (BNP). In Nederland kennen we deze vorm van budgettering in de gedaante van het Financieel Overzicht Zorg (FOZ). Dit macro-budget kent een groot aantal verfijningen naar sectoren en specialismen, en daarmee is het FOZ vooral ook een exponent van de meso-budgettering.[17] Deze vorm van budgettering levert in de praktijk grote problemen op, die samenhangen met het feit dat de budgethouders grote economisch zelfstandige zorgaanbieders omvatten, en de toedeling van taken, verantwoordelijkheden en budgetten daarmee geen rekening houdt. Door het ontbreken van geschikte verdelingsnormen lijkt het hier vooral te gaan om een ongenuanceerd sluiten van een open einde financiering.[18] Op micro-niveau worden tenslotte individuele aanbieders gebudgetteerd. Het kan hier de doorvertaling van meso-budgetten betreffen, maar noodzakelijk is dit niet. In Nederland is sinds 1983 een systeem van micro-budgettering in gebruik bij de financiering van de ziekenhuizen. De ervaringen met deze en andere vormen van budgettering vormen ons onderwerp in de volgende paragraaf.

---

[15] De ziektekostenpremies worden tot de collectieve lasten gerekend, overigens niet zonder kritiek.

[16] Tenzij de gezondheidszorg inclusief de overheid als één economische eenheid wordt opgevat. Verder behoort interne budgettering vanzelfsprekend tot de mogelijkheden, bijvoorbeeld ter doorvertaling van het externe budget.

[17] Verwarrend genoeg wordt deze meso-budgettering dikwijls aangeduid als macro-budgettering. De gedachte is waarschijnlijk, dat de toedeling op macro-niveau plaats vindt. Wij hebben echter gekozen voor een definiëring op basis van het werkingsniveau van de beheersinstrumenten (zie hfdst. 5).

[18] Zie onder meer de artikelenserie in *Medisch Contact* 48 (1993) p.1257-1264. Enkele sprekende titels: 'Het FOZ: stuurmiddel of schuurmiddel? - hoe de trein uit de rails kon lopen'; en 'Het FOZ: illusiepolitiek'.

8.3 Budgettering in de praktijk

8.3.1 Budgettering van algemene ziekenhuizen in Nederland

Op 1 januari 1983 werd voor de algemene ziekenhuizen in Nederland een systeem van budgetfinanciering van kracht.[19, 20] De voorbereidingstijd was minder dan 1 maand geweest. Een uitgewerkte verdeelsleutel was dan ook niet beschikbaar. Begonnen werd daarom met een budgetverdeling op basis van de werkelijke kosten in de voorafgaande jaren.[21] Dat deze toedelingsvorm optimaal noch rechtvaardig is, omdat zij bijvoorbeeld historische ondoelmatigheden legitimeert, werd van meet af aan erkend. Gelijk na de invoering van de historische budgettering werd onderzoek op gang gebracht naar een adequate verdeelsleutel. Dit resulteerde in de invoering van de zogeheten 'Bredero-systematiek' op 1 januari 1985,[22] en van de functiegerichte budgettering in 1988. Deze laatste verdeelsleutel maakt onderscheid in drie componenten: 1) een beschikbaarheidscomponent; 2) een capaciteitsgebonden component; en 3) een produktiegebonden component.[23] De omvang van het produktiegebonden deelbudget wordt bepaald via jaarlijkse produktieafspraken tussen ziekenhuisdirectie en zorgverzekeraars.[24] Deze produktieafspraken hebben - wonderlijk genoeg - alleen betrekking op de produktie door het ziekenhuis, en niet op de produktie van de zelfstandige producent bij uitstek in het ziekenhuis, de medisch-specialist. Deze heeft alle budgetteringen ten spijt zijn open-einde-vrijheid met betrekking tot diagnose en therapie behouden.[25] De gevolgen hiervan zijn duidelijk zichtbaar bij de bestudering van de effecten van de budgettering

[19] De budgettering werd bovendien binnen twee maanden na het aantreden van een nieuwe Staatssecretaris - J.P. van der Reijden - ingevoerd. Zie Grünwald CA. *Beheersing van de gezondheidszorg*. Proefschrift Utrecht 1987, p.199-201.

[20] Later volgden de verpleeghuizen en de psychiatrische ziekenhuizen (1984), Regionale Instellingen voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG, 1987) de Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen (RIBW, 1989), kruiswerk (1991), en gezinszorg (1993).

[21] In de terminologie van de vorige paragrafen ging het dus om externe-historische-input-budgettering.

[22] Genoemd naar de voorzitter van de Commissie 'Uitwerking Normerings- en Tariefstructuur'.

[23] Het gaat hier dus om een mengvorm van input- en procesbudgettering, deels historisch en deels op basis van normatieve criteria, met vaste en variabele onderdelen. De parameters zijn: [a] beschikbaarheid: aantal adherente inwoners (vast budget); [b] capaciteit: kapitaalkosten (vast budget), aantal erkende bedden, gewogen aantal specialistenplaatsen (semi-vast budget); [c] produktie: produktieafspraken met betrekking tot opnames, verpleegdagen, dagopnames, eerste polikliniek bezoeken, en - indien van toepassing - topklinische verrichtingen. Zie L. Beekmans & F. Tjadens (1993), p.91.

[24] De verzekeraars vertegenwoordigen hierbij de budgetgever. Volgens Maarse (et al.) hebben zij behoorlijk aan deze taak moeten wennen: "De verzekeraars hebben de nodige moeite gehad om hun positie in het lokaal overleg te bepalen". Voor de ziekenhuisdirecties geldt overigens een soortelijke conclusie: "Van een beleidsmatige onderbouwing van de produktieafspraken door de ziekenhuizen is tot dusver nog weinig terecht gekomen". Maarse JAM, Horst A van der & Molin EJE. *Budgettering in algemene ziekenhuizen - effecten op de zorgverlening*. Maastricht 1991, p.122.

[25] Van begin af aan is het wel de bedoeling geweest de specialisten te budgetteren. Het overleg daarover is echter steeds vastgelopen. Zie Grünwald (1987) p.200-201. Met het 'Plan Biesheuvel' en het daarna gevoerde overleg in het Platform Curatieve Zorg lijken de mogelijkheden voor budgettering van specialisten een gunstiger wending genomen te hebben. Zie *Medisch Contact* 49 (1994) p.894-906.

in de algemene ziekenhuizen.[26]

De budgetfinanciering heeft in de algemene ziekenhuizen een proces van volume- en kostenbeheersing in gang gezet. Daarbij werd vooral gezocht naar een reductie van capaciteit, en wel op drie manieren. In de eerste plaats werd de bedbezetting terug gebracht door het sluiten van bedden en afdelingen of het aanwenden van klinische bedden voor dagverpleging. In de tweede plaats werden de investeringen gereduceerd. Daarbij was de daling van investeringen in medische apparatuur geringer dan de daling in de totale investeringen. In de derde plaats werd het personeelsbestand verkleind. Ook hier is een zekere selectiviteit waarneembaar: het aantal leerling-verpleegkundigen daalde zeer sterk, terwijl het aantal gediplomeerden onverminderd steeg. Ook het aantal specialistenplaatsen nam toe. Wellicht dat na 1983 de stijging minder groot was dan er voor, maar dat heeft alleen te maken met een restrictief erkenningenbeleid van de overheid. Sommige ziekenhuizen trokken zelfs specialisten aan buiten het aantal erkende plaatsen. Kortom, de bezuinigingslast van de ziekenhuizen werd door de ziekenhuisdirecties ongelijk verdeeld ten gunste van de medisch-specialistische zorgverlening, (zie Figuur 1).

Figuur 1. Het effect van budgettering op de capaciteit van algemene ziekenhuizen in Nederland (procentuele veranderingen)

CAPACITEITSASPECT	1978 - 1982 voor de budgettering	1983 - 1987 tijdens de budgettering
Bedbezetting	- 2	- 14,2
Investeringen	-	- 18,6[a]
- medische inventaris	-	- 4,1[a]
Personeel	4,1	- 2,5
Verpleegkundig Personeel	0	- 2
- gediplomeerd	10	12
- leerling	- 13	-26
Medisch specialisten	toename	toename[b]

a. Na 1987 echter een grote stijging tot boven het niveau van 1982, onder meer als gevolg van het overheidsbeleid inzake de aanschaf van CT-scanners.

b. Wellicht iets geringer dan voor 1983, maar dat heeft te maken met de erkenningen door de overheid; soms werden echter zelfs specialisten aangetrokken boven het aantal erkende plaatsen.

Bron: J.A.M. MAARSE (ET AL. 1991), hoofdstuk 3. De cijfers zijn herleid uit grafieken, en zijn daarom minder exact; de cijfers met een decimaal werden door de auteurs in de tekst genoemd.

De reductie van beddencapaciteit en verplegend personeel leidde tot een daling van het aantal opnamen, het aantal verpleegdagen en de gemiddelde verpleegduur, (zie

[26] Deze weergave van de effecten van budgettering is gebaseerd op: Maarse, Van der Horst & Molin, (1991). De kwantitatieve gegevens die in deze studie gepresenteerd worden hebben in hoofdzaak betrekking op de periode tot en met 1987. Dit betekent dat de effecten van de functionele budgettering grotendeels buiten beschouwing blijven.

Figuur 2).[27]

Figuur 2. De procentuele verandering van de produktie van algemene ziekenhuizen in Nederland in twee vijfjaarsperioden, voor en na de invoering van budgettering

PRODUKTIE	1978 - 1982	1983 - 1987
Aantal opnamen	4,4	-8,1
Verpleegdagen	-5,7	-17,1
Gemiddelde verpleegduur	-9,3	-16,5[a]
Polikliniek bezoeken	7,4	4,1
Dagverpleging	125	150
Klinische verrichtingen		
- functie onderzoek	25	-6,9
- aantal operaties	8	-1,8
- operatie-eenheden	18	18
- laboratoriumpunten	30	-9,1
- röntgenonderzoek	10	-4,3
- fysiotherapie	30	-20
Poli-klinische verrichtingen		
- functie onderzoek	40	30
- aantal operaties	25	35
- operatie-eenheden	stijgend	85
- laboratoriumpunten	30	5
- röntgenonderzoek	10	-5
- fysiotherapie	-20	-35

a. 1983 tot en met 1990.

Bron: J.A.M. MAARSE (ET AL. 1991), hoofdstuk 4. De cijfers zijn herleid uit grafieken, en zijn daarom minder exact; de cijfers met een decimaal werden door de auteurs in de tekst genoemd.

Ook bij de klinische verrichtingen maakte de budgettering een eind aan de groei, alleen het aantal operatie-eenheden nam onverminderd toe. Het is mogelijk dat een aantal verrichtingen naar de polikliniek verschoof, maar duidelijk is dit niet, want ook daar nam de groei van het aantal verrichtingen af. Een daling werd in de polikliniek overigens alleen waargenomen bij röntgenonderzoeken en fysiotherapie, en het is de vraag of deze daling direct verband houdt met de budgettering.[28] Opvallend is de grote stijging van het aantal poli-klinische operatie-eenheden. Deze stijging laat duidelijk zien, dat de budgettering van ziekenhuizen weinig consequenties heeft voor het behandelgedrag van medisch-specialisten. Men kan zich tenslotte afvragen welke gevolgen budgettering en de daaruit voortvloeiende veranderingen in behandel- en opnamepatronen voor de kwaliteit hebben gehad. Maarse en zijn collega's merken na de bestudering van de effecten van budgettering het volgende op: "Vaak is de vrees geuit, dat de kwali-

[27] Na 1987 nam het aantal opnamen weer toe, waarschijnlijk onder invloed van de functiegerichte budgettering die de opnamen financieel honoreert.

[28] Voor röntgenfoto's kwam in deze periode met de CT-scanner een substituut op de markt.

teit van zorg op onaanvaardbare wijze door budgettering zou worden aangetast. Deze vrees is in dit onderzoek niet bevestigd. Er zijn wèl twijfels of de kwaliteit van zorg ook in de toekomst op voldoende peil kan worden gehouden, want de financiële marges zijn een stuk kleiner geworden".[29] Anders gezegd, als in de toekomst verder over budgettering wordt nagedacht, moet het vooral gaan om een juiste allocatie van middelen en verantwoordelijkheden en niet om een bruut beheersingsbeleid.

8.3.2 Volumebudgettering van medisch-specialisten in Canada

Het zorgstelsel van Canada neemt een bijzondere plaats in temidden van de stelsels die in de praktijk van de Westerse landen voorkomen.[30] De bijzonderheid is gelegen in de combinatie van een centralistische financiering en besluitvorming met een privaatrechtelijk aanbod van zorg. Met deze combinatie is het Canadese stelsel een exemplarische tussenvorm van een planmatige gezondheidszorg en het gildesysteem. Sterker nog, het Canadese gildesysteem heeft zich na 1970 in de richting van de planmatige zorg ontwikkeld, met behoud van de professionele autonomie. Het belang voor ons onderwerp is daarmee duidelijk.

Van oudsher zijn de overeenkomsten tussen Canada en de Verenigde Staten bijzonder groot. Tot de jaren zeventig gold dit ook voor de gezondheidszorg in beide landen. Het aanbod werd gekenmerkt door economisch zelfstandige zorgaanbieders zoals ziekenhuizen en artsen, en een heterogene verzekeringsmarkt. De relatie tussen beide partijen werd daarbij gedomineerd door het verrichtingenstelsel. Kortom, beide zorgstelsels vertegenwoordigden het gildesysteem.[31] Na 1970 gingen de wegen uiteen. In de Verenigde Staten werd 'managed care' populair, en in een later stadium ook 'managed competition'. Canada sloeg een andere weg in, en niet zonder resultaat zoals valt af te lezen uit Figuur 3.

In alle tien provincies van Canada werd begin jaren zeventig een provinciale ziekenfondsverzekering opgericht, een overheidsverzekering welke gefinancierd ging worden via de provinciale begroting.[32] De regionale ziekenfondsen gaven alle inwoners van de

---

[29] Maarse et al. (1991) p.82.

[30] Deze paragraaf is gebaseerd op de volgende literatuur: Barer ML. Regulating physician supply - the evolution of British Columbia Bill 41. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 13 (1988) p.1-25. Barer ML & Evans RG. Managing capital, capacity, and costs in Canada. In: Gelijns AC (ed.), *Technology and health care in an era of limits*. Washington 1992, p.97-119. Benjamin WW. Combining the best of two medical worlds - Canadian universality and United States' freedom. *Humane medicine* 8 (1992) p.271-285. A.J. Culyer, *Health expenditures in Canada - myth and reality, past and future*. Canadian Tax Paper no. 82, Toronto 1988. Evans RG. *Strained mercy - the economics of Canadian health care*. Toronto 1984. Evans RG (et al.). Controlling health expenditures - the Canadian reality. *New England Journal of Medicine (NEJM)* 320 (1989) p.571-577. Iglehart JK. Canada's health care system. *NEJM* 315 (1986) p.202-8, p.778-84, p.1623-8. Iglehart JK. The United States looks at Canadian health care. *NEJM* 321 (1989) p.1767-1772. Lomas (et al.). Paying physicians in Canada - minding our Ps and Qs. *Health affairs* (spring 1989) p.80-102. Redelmeier DA & Fuchs VR. Hospital expenditures in the United States and Canada. *NEJM* 328 (1993) p.772-778. Relman AS. American medicine at the crossroads - signs from Canada. *NEJM* 320 (1989) p.590-591.

[31] In § 5.2.3 is het gildesysteem als één van de ideaaltypische zorgstelsels beschreven.

[32] De eerste tijd werd de kostenverantwoordelijkheid voor de zorgverzekering gelijkelijk verdeeld tussen provinciale en federale overheid. De provincie ontving toen dus 50% van de kosten via belastingheffing van de inwoners, en de overige 50% van de federale overheid, die daarvoor natuurlijk ook belasting inde. Na 1977 is het overheidsaandeel teruggebracht.

provincie recht op een vrije en gratis toegang tot een uitgebreid netwerk van voorzieningen.[33] De zorgaanbieders worden rechtstreeks door de provinciale overheid betaald, en wel via het verrichtingentarief. Particuliere ziektekostenverzekekeringen zijn bij wet verboden,[34] zodat het overheidsfonds de enige bron van inkomsten vormt voor de zorgaanbieders. Aan deze monopsonistische situatie[35] worden al de voordelen van het Canadese systeem toegeschreven: 1) lage uitvoeringskosten; 2) een doelmatige budgettering van ziekenhuizen;[36] en 3) centrale en daardoor effectieve onderhandelingen over de vergoedingen voor medische verrichtingen, (zie Figuur 3).

Figuur 3. Kostencomponenten van de gezondheidszorg in Canada en de Verenigde Staten als percentage van het Bruto Nationaal Produkt (1985)

	CANADA	VERENIGDE STATEN
Totale uitgaven	7,4%	10,6%
Uitvoeringskosten zorgverzekering	0,11	0,59
Uitgaven aan ziekenhuiszorg	3,48	4,18
Uitgaven aan artsenhulp	1,35	2,07
Totale uitgaven per hoofd van de bevolking (US $)	$ 1.171	$ 1.751

Bron: R.G. EVANS (1989), p. 572. OECD (1990), *Health care systems in transition, the search for efficiency*, Parijs, table 1, 61, 63, 66.

De onderhandelingen tussen provinciale overheid en vertegenwoordigers van de medische beroepsbeoefenaars zijn effectief door hun globale karakter. Alleen de hoogte van de totale vergoedingen wordt afgesproken. De medische professie vertaalt dit bedrag vervolgens naar tarieven voor individuele verrichtingen binnen de verschillende disciplines.

Tegen het einde van de zeventiger jaren kwam de tariefruimte door macro-economische ontwikkelingen onder druk te staan. Dit oefende een opwaartse druk uit op het behandelvolume, en daarnaast ontstond de gewoonte dat de artsen genoegen namen met een relatief laag tarief waarbij zij een aanvullende vergoeding van de patiënt gingen vragen, de zogeheten 'extra-billing'. De provinciale overheden zagen dit stilzwijgend door de vingers, omdat op deze manier de spanning uit het tariefoverleg

[33] De voorzieningen die niet tot het verstrekkingenpakket behoren betreffen onder meer: extramurale tandheelkunde, brillen en contactlenzen, kunst- en hulpmiddelen, medische keuringen, kosmetische chirurgie behoudens uitzonderingsgevallen, acupunctuur. Zie Iglehart JK (1986) p.781.

[34] Niet direct, maar indirect door te bepalen dat zorgaanbieders die bij een particuliere verzekering declaraties indienen uitgesloten worden van vergoeding door het overheidsfonds, dat de gehele bevolking verzekerd zoals we gezien hebben.

[35] In een monopsonistische situatie is er slechts 1 vrager, zoals er bij een monopolie slechts 1 aanbieder is.

[36] Daarbij wordt onderscheid gemaakt voor kapitaalkosten en operationele kosten. Voor de aanschaf van nieuwe technologieën of apparatuur is daardoor een vergunning nodig. Aanschaf op kosten van bijvoorbeeld particuliere fondsen of patiëntenverenigingen is zinloos, want alleen de lopende kosten van de uit het kapitaalbudget gefinancierde voorzieningen worden uit het operationele budget betaald.

weggenomen werd. De bevolking en de federale overheid eisten echter een verbod op de 'extra-billing'. Een lange strijd was het gevolg, waarin de gemoederen zo hoog opliepen, dat de artsen in de provincie Ontario voor 25 dagen in staking gingen. Tevergeefs, want de publieke voorkeur voor een vrij toegankelijke gezondheidszorg zegevierde. In 1984 werd de 'extra-billing' bij wet verboden. Als gevolg nam de druk op het behandelvolume verder toe, en langzaam aan begon het besef door te dringen dat kostenbeheersing zowel een zaak is van prijzen als van hoeveelheden. De verschillende provinciale overheden gingen op zoek naar methoden om het behandelvolume te beheersen. Daarbij werd uitgegaan van een sturing op hoofdlijnen, geheel in de geest van de Canadese macro-beheersing. Nadrukkelijk wordt gesproken over 'macro-management',[37] want de behandelruimte van de individuele arts wordt niet of nauwelijks ingeperkt: "In this way, the environment of medical practice is changed, and practice patterns change in response. But individual physicians are not subject to any substantial direct intervention by hospital management or third parties. In this sense, Canadian physicians are actually much more autonomous than their American counterparts. (...) Physicians remain free to determine their own practice patterns".[38]

De Canadese volumebeheersing kan opgevat worden als een vorm van budgettering. De term 'volumebudgettering' ligt voor de hand, maar kan ook voor misvattingen zorgen. Het budget wordt namelijk wel vastgesteld in volumina, maar bij overschrijding wordt het afgerekend via de tarieven. Anders gezegd, de grens van het open einde wordt vastgesteld in hoeveelheden, maar gesloten via de prijzen.

Bij de methodiek van de Canadese volumebudgettering kan onderscheid worden gemaakt in twee benaderingen: 1) de drempelwaarde benadering; en 2) de plafondbenadering.

Ad 1) De drempelwaardebenadering bepaalt het budget op basis van de totale uitgaven aan medische zorg. Vanaf een bepaalde uitgavenhoogte - de drempel - wordt de medische professie geheel of gedeeltelijk verantwoordelijk gesteld voor de kosten. Omdat de tarieven jaarlijks vastliggen, gaat het hier om een verantwoordelijkheid voor het volume van de zorgverlening. De budgetregels kunnen prospectief en retrospectief vastgesteld worden, dat wil zeggen voorafgaand aan het behandeljaar of na afloop ervan. Een systeem van prospectieve drempelbepaling komt voor in de provincies British Columbia, Manitoba en Saskatchewan, (zie Figuur 4). Daarbij treden bij de verschillende provincies weer enkele nuance-verschillen aan het licht. Zo concentreert British Columbia zich op een geoorloofd groeipercentage, waarvoor factoren als bevolkingsgroei en technologische vooruitgang in de budgetberekening betrokken worden, en daarnaast ook onverwachte gebeurtenissen als rampen en epidemieën via na-calculaties gerechtvaardigd worden. Saskatchewan daarentegen, concentreert zich alleen op het behandelvolume in het verleden, en staat in eerste aanleg geen enkele budgetverruiming toe.

Budgetoverschrijdingen worden verrekend via de tarieven. Het is dus niet zo, dat na een druk behandeljaar er noodgedwongen een rustig behandeljaar aanbreekt. De zorg-

[37] Barer & Evans (1992) p. 105.
[38] Evans et al. (1989) p. 574-575.

verlening als zodanig wordt niet aan banden gelegd, alleen de vergoedingen per verrichtingen worden neerwaarts aangepast. Ook daarbij zijn er weer verschillen.

Figuur 4. Vormen van volumebudgettering in Canada

	DREMPELWAARDE				PLAFOND
	British Columbia 1985	Manitoba 1984	Saskatchewan 1987	Ontario 1987	Quebec 1976
Drempel waarna regels voor vergoeding veranderen?	ja	ja	ja	nee	ja
Individueel inkomensplafond?	nee	nee	nee	nee	ja
Tijdstip regeling	prospectief	prospectief	prospectief	retrospectief	prospectief
Inhoud regeling	geoorloofd groeipercentage	groepering geoorloofde en niet-geoorloofde toename verrichtingen	gemiddeld volume van achterliggende vijf jaar	niet van toepassing	kwartaalinkomens huisartsen, plafond totale jaarinkomens huisartsen en specialisten
Gerechtvaardigde groeifactoren	bevolkingsgroei, aantal artsen en technologieën, rampen en epidemieën	bevolkingsgroei, aantal artsen, nieuwe technologieën, maatschappelijke gezondheidsproblemen	geen	bevolkingsgroei, aantal artsen	aantal artsen
Maatregel bij verschrijding budget	tijdelijke reductie vergoedingen	reductie van algemene tariefstijging	vooraf gereduceerde tarieven	reductie algemene tariefstijging	individuele of algemene reductie van tarieven

Bron: J. LOMAS (ET AL. 1989), Exhibit 1, p. 87.

In British Columbia wordt gewerkt met tijdelijke tariefkortingen. Zo werden in 1987 voor een periode van drie maanden alle vergoedingen met 4% verlaagd teneinde een budgetoverschrijding van 1% in het voorafgaande jaar te compenseren. In Manitoba wordt onderscheid gemaakt tussen geoorloofde en ongeoorloofde overschrijdingen. Deze worden vastgesteld door een onafhankelijke arbitragecommissie. De ongeoorloofde toename van het behandelvolume wordt van de jaarlijkse stijging van de vergoedingen afgehaald. Zo werd voor 1987 een algemene tarievenronde van 5,7% afgesproken, die verminderd werd met 1,9% voor de volumestijging van die omvang in 1986, zodat

een netto tariefsverhoging van 3,8% resulteerde.[39] In Saskatchewan is weer een andere systematiek bedacht. Daar wordt het gemiddelde groeipercentage van het behandelvolume in de achterliggende vijf jaar bij voorbaat van de tarieven afgetrokken. Zo werden de tarieven voor 1988 met 4,2% verlaagd. Twee situaties konden zich vervolgens voordoen: 1) een volumestijging van minder dan 4,2%, in dit geval zou het teveel ingehouden bedrag alsnog uitgekeerd worden; en 2) een volumestijging groter de 4,2%, in dit geval zouden de extra verrichtingen gewoon betaald worden. Van een strikte budgethandhaving is hier dus geen sprake. In Ontario wordt het budget niet vooraf maar achteraf vastgesteld. In feite is er geen budget, maar wordt een te groot geachte toename van het behandelvolume in de tariefonderhandelingen betrokken. Een arbitragecommissie bemiddelt hier, en geeft een niet bindend advies. Door het ontbreken van duidelijk prospectieve regels ligt het conflict reeds in de systematiek besloten. Toen in 1987 de overheid het advies van de arbitragecommissie naast zich neer legde, en eenzijdig een grotere tariefdaling doorvoerde dan was voorgesteld, ging de medische professie dan ook morren over de systematiek. De regeling werd vervolgens afgeschaft, en de overheid zegde een nieuwe methodiek toe, prospectief en met een bindend arbitrage-advies.

Ad 2) Als tweede hoofdvariant van volumebudgettering noemden we de plafondbenadering. Deze wordt sinds 1976 toegepast in de Canadese provincie Quebec. Bij deze variant wordt direct onderhandeld over de hoogte van de inkomens. Voor individuele huisartsen wordt een plafond vastgesteld, alsmede voor het totaal van huisartsen en het totaal van medisch-specialisten.[40] Bij individuele huisartsen geldt het inkomensplafond telkens voor een periode van drie maanden. Heeft iemand zijn plafond bereikt, dan ontvangt hij voor ieder volgende verrichting in de declaratieperiode slechts 25% van het tarief. De overschrijdingen van de categoriale plafonds voor huisartsen en specialisten worden in de tarieven van het volgende jaar verwerkt.

De vraag rijst naar het effect van de volumebudgettering. Hierboven werd al duidelijk dat dit beheersinstrument in de meeste provincies nog verre van vlekkeloos werkt, behalve misschien in Quebec, maar daar liggen de machtsverhoudingen anders dan elders in het land en in de wereld. In Quebec is het aantal verrichtingen per arts min of meer stabiel. Voor de andere provincies moeten we het wegens gebrek aan gegevens doen met "the indication, that there is a discernible but not dramatic impact. (...) The intuitive appeal and implications of such utilization controls for expenditure growth have, therefore, to remain somewhat in the realm of 'faith' and 'hope' when considering the lessons outlined below".[41, 42] Wat zijn dan deze lessen uit Canada?

---

[39] De arbitragecommissie was daarbij echter verdeeld, zodat flinke spanningen ontstonden. De volumeregeling werd daarna voor enkele jaren in de ijskast gezet.

[40] De provincie Quebec is franstalig. Als gevolg daarvan zijn de artsen minder mobiel. Zij kunnen zich moeilijk in andere provincies vestigen. Met andere woorden: de artsen in Quebec hebben een zwakkere onderhandelingspositie. Daardoor kan de overheidsbemoeienis veel verder gaan dan in de andere provincies.

[41] Lomas et al. (1989) p.97.

[42] Iglehart (1986) p.779 hekelt de slechte verkrijgbaarheid van gegevens: "The chief disappointment of my investigations in Ontario was the unwillingness of the administrators of the Ontario Health Insurance Plan to makle available current data on the status of the plan (academic researchers have also faces this problem). Monopsony power evidently has many uses".

1) Prijs- en volumeregelingen moeten tegelijk geïntroduceerd worden. Het inbrengen van volumecriteria in bestaande tariefonderhandelingen geeft teveel problemen.
2) Prospectieve regels functioneren beter dan retrospectieve. Daarbij moet volledige duidelijkheid bestaan over: de factoren die de drempelwaarde of het plafond bepalen; de correctiemechanismen bij budgetoverschrijding; de determinanten van een geoorloofde toename van het behandelvolume; de status van het onderhandelingsproces.
3) Een arbitragecommissie moet bestaan uit vertegenwoordigers van de overheid en uit het veld. 4) De regionale zorgverzekering moet de enige bron van inkomsten zijn voor de zorgaanbieders. Met andere woorden: een monopolist en monopsonist, ofwel 'an all-payer model'. "Without an accompanying all-payer system, price and quantity controls likely will be ineffective in controlling total health care expenditures".[43]

8.3.3 Macro-budgettering en honorering per verrichting in Duitsland

Het zorgstelsel van Duitsland heeft overeenkomsten met zowel het Nederlandse stelsel als het Canadese. Daarnaast heeft het ook een aantal unieke elementen die elders niet voorkomen.[44] Met Nederland heeft Duitsland een tweedeling op de verzekeringsmarkt gemeen. Er is een uitgebreide ziekenfondssector - de 'Krankenkassen' - en een kleine particuliere ziektekostenverzekering.[45] Uniek is, dat de ziekenfondsen de artsen niet rechtstreeks betalen, maar via regionale artsenorganisaties, de 'Kassenärtzliche Vereinigungen'. Evenals in Canada wordt een macro-budget voor artsenhulp afgesproken, gebaseerd op onder andere demografische gegevens. Dit bedrag wordt over de regionale artsenorganisaties verdeeld. Deze artsenorganisaties vertegenwoordigen alleen de extramuraal werkende artsen. In Duitsland zijn dat de meeste artsen. Ook specialisten hebben hun eigen praktijk buiten het ziekenhuis, en kunnen zonder tussenkomst van een huisarts geconsulteerd worden. Artsen die wel in ziekenhuizen werken zijn in loondienst, en vallen buiten de regionale artsenorganisaties.

De budgetten voor extra-murale medische zorg moeten verdeeld worden over de artsen. Dit gebeurt via het verrichtingensysteem, maar wel zo dat het totale bedrag niet overschreden wordt. De vergoeding per verrichting wordt daartoe vastgesteld in punten. Een telefoongesprek met een patiënt is bijvoorbeeld goed voor 80 punten, een visite voor 360 punten, en een röntgenfoto levert 360 tot 900 punten op. Aan het eind van de declaratieperiode wordt de waarde van een punt vastgesteld, door het totaal beschikbare bedrag te delen door het aantal gedeclareerde punten, en wordt het honorarium met de artsen verrekend.

Het Duitse zorgstelsel heeft de prikkels van het verrichtingensysteem. Ook al weten

---

[43] Lomas et al. (1989) p.99.

[44] Deze paragraaf is gebaseerd op: Iglehart JK. Germany's health care system. *New England Journal of Medicine* 324 (1991) p.503-8, p.1750-6; Vreugdenhil JC & Bruine M de. Gezondheidszorg in Europa. *Handboek Structuur en Financiering Gezondheidszorg*, hfdst. B5; Schulenburg JM Graf von der. The health care system of the Federal Republic of Germany - moral issues and public policy. In: Sass HM & Massey RU (eds). *Health care systems - Moral conflicts in European and American public policy*. P&M 30. Dordrecht: Kluwer 1988, p.59-74; Pfaff M. Micro-allocation in the health care system - fiscal consolidation with structural reforms? In: Sass & Massey (eds.) (1988) p. 267-291.

[45] De verhouding is ongeveer 90/10, in Nederland is dit 65/35.

artsen dat de totale vergoeding begrensd is, toch neemt het aantal verrichtingen sterk toe. Kennelijk verkeren de artsen in een 'prisoners-dilemma'. In de periode van 1977 tot 1989 namen de kosten voor ambulante artsenzorg jaarlijks met gemiddeld 5,4% toe. De honoraria stegen echter met gemiddeld 1%.[46] De grootste stijging werd dus veroorzaakt door een uitbreiding van het behandelvolume. Teneinde deze stijging tegen te gaan, hebben de regionale artsenorganisaties een monitoringsysteem ontwikkeld. Hun financiële verantwoordelijkheid leverde daarbij een krachtige impuls. De kern van de monitoring wordt gevormd door 'peer review', artsen controleren elkaars handelen. De artsenorganisatie selecteert uit de declaratiegevens de artsen met een afwijkend behandelvolume. Deze krijgen een brief, of worden uitgenodigd voor een gesprek met een medische commissie. Levert dit bij herhaling niets op, dan worden bepaalde declaraties van deze artsen niet langer vergoed.

Het beheersingsvraagstuk is in Duitsland grotendeels in handen van de professie gelegd. Alleen de macro-kostenverantwoordelijkheid wordt op macro-niveau gedragen. De micro-economische doelmatigheid valt onder de verantwoordelijkheid van individuele artsen en artsenverenigingen. Dit kan als een sterk punt van de Duitse benadering aangemerkt worden. Daar staan echter verschillende nadelen tegenover. In de eerste plaats is de honoreringssystematiek bureaucratisch en daardoor kostbaar, en in de tweede plaats heeft de localisering van de medisch-specialistische zorgverlening in de extramurale sfeer een sterk medicaliserend effect, waarbij de medische technologie belangrijker lijkt te worden dan het gesprek met de generalistische huisarts. Maatregelen om huisarts en specialist meer in balans te brengen hebben tot nog toe weinig effect gehad.

8.3.4 De huisarts als budgethouder in Engeland

Het zorgstelsel van Engeland sluit van de in de praktijk voorkomende stelsels het meest aan bij het ideaaltype van de planmatige gezondheidszorg (zie hfdst. 5.2.3). Het stelsel kent zijn eigen beheersingsproblematiek, waar we verder niet op ingaan, maar die alles te maken heeft met slecht of verkeerd werkende 'incentives'. Teneinde de 'incentives' in het systeem te versterken werd in april van het jaar 1991 een budgetteringssysteem voor huisartsen ingevoerd, de zogenaamde 'fundholding'.[47] De budgetten hebben niet alleen betrekking op de kosten die in de huisartsenpraktijk gemaakt worden, maar deels ook op de kosten daarbuiten.[48] De huisarts in Engeland is daarmee zorginkoper

[46] Dit was minder dan de inflatie, zodat artsen er in koopkracht op achteruit gingen. Overigens hoeven de artsen in Duitsland over hun inkomen niet te klagen, zie bijlage 8.1.

[47] Deze paragraaf is gebaseerd op: Coulter A. Effects of NHS-reforms on general practitioner's referral patterns. *British Medical Journal* 306 (1993) p.433-7; Bradlow J & Coulter A. Effect of fundholding and indicative precribin schemes on general practitioners' prescribing costs. *British Medical Journal* 307 (1993) p.1186-9; Crebolder HFJM. Budgettering van en door huisartspraktijken. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 136 (1992) p.1589-1591; Ziekenfondsraad. *Gepast gebruik*. Advies 588, Amstelveen 1993, bijl. 9.

[48] Het budget omvat de volgende kostenposten: spreekuren en visites door huisartsen, consultaties van specialisten, geneesmiddelen en een deel van de ziekenhuiskosten. Bij de laatste categorie gaat het om: poliklinische onderzoeken en behandelingen, oogheelkundige operaties, KNO-operaties, bronchoscopie en longoperaties, algemeen-chirurgische ingrepen, gynaecologische en orthopedische diagnostische procedures en ingrepen. Het budget beslaat daarmee ongeveer 20% van de gemiddelde totale kosten per patiënt.

voor zijn patiënten geworden. De hoogte van het budget wordt vastgesteld op basis van historische gegevens, waarbij uitgegaan wordt van regionale gemiddelden.[49] Eventuele budgetwinsten moeten geïnvesteerd worden in de praktijk, en mogen niet aangewend worden ter verhoging van de salarissen.

Niet iedere willekeurige praktijk mag aan het 'fundholding' systeem meedoen. De praktijkgrootte moet ten minste 9.000 patiënten bedragen, en het beheer en de automatisering van de praktijk dienen aan minimumeisen te voldoen. In de praktijk komt 'fundholding' dan ook alleen voor bij grote maatschappen en gezondheidscentra.

Het Engelse budgetsysteem stimuleert de huisarts tot een doelmatige aanwending van middelen, want de geneesmiddelen die voorgeschreven worden en de specialistische zorg waarnaar verwezen wordt moeten door de huisarts bekostigd worden. Het is daarom allerminst speculatief om een daling van geneesmiddelenkosten en het aantal verwijzingen te verwachten. Deze verwachtingen komen echter slechts gedeeltelijk uit.

Figuur 5 laat zien dat de kosten van de geneesmiddelen die door huisartsen voorschreven werden, na de invoering van de budgettering gestegen zijn, zowel bij de gebudgetteerde artsen als bij de niet-gebudgetteerde.

Figuur 5. De procentuele verandering van de kosten van geneesmiddelen per 1.000 recepten na de invoering van budgettering van huisartsen in Engeland

	Gebudgetteerde Huisartsen		Niet-Gebudgetteerde Huisartsen
Therapeutische Groep	apotheekhoudend	niet-apotheekhoudend	niet-apotheekhoudend
interne geneeskunde	12,7%	16,2%	18,8%
hart- en vaatziekten	7,6	7,7	11,5
ademhaling	16,1	13,1	15,6
centraal zenuwstelsel	27,9	22,8	23,9
infecties	-4,4	2,3	19,3
spierziekten	-13,2	0,9	3,9
overig	17,5	19,4	16,1
Totaal	10,2	13,2	18,7

De procentuele verandering heeft betrekking op de vergelijking van twee halfjaarsperioden voor en na de invoering van budgettering in april 1991, namelijk tussen de periode oktober 1990 t/m maart 1991 en de periode oktober 1991 t/m maart 1992.

Bron: J. Bradlow & A. Coulter (1993), table I, p. 1187.

De kostenstijging bij de gebudgetteerde huisartsen blijft echter wel achter bij die van de niet-gebudgetteerde artsen. Kennelijk heeft de budgettering niet tot een kostenverlaging geleid, maar wel tot een vertraing van de kostengroei. Alleen bij apotheekhoudende huisartsen daalden de geneesmiddelenkosten van een aantal therapeutische groepen in absolute zin. Waarschijnlijk zijn apotheekhoudende huisartsen beter op de hoogte van

[49] In 1992 bedroeg het gemiddelde budget £ 117.

de substitutiemogelijkheden van geneesmiddelen. Dit onderstreept het gewicht van de keus welke partij gebudgetteerd wordt, die samenhangt met verantwoordelijkheden en substitutiemogelijkheden. Om kort te gaan, de budgettering heeft tot nog toe slechts een geringe invloed op de kosten van voorgeschreven geneesmiddelen gehad.

Ook bij de verwijzing naar medisch-specialisten kan slechts een geringe invloed van de budgetfinanciering aangetoond worden. Figuur 6 vat voor een aantal specialismen het aantal verwijzingen van de huisarts samen. Uit een vergelijking voor de periode na de invoering van budgettering blijkt, dat slechts naar drie specialismen beduidend minder werd doorverwezen, namelijk interne geneeskunde, dermatologie en plastische chirurgie. Het beeld wordt iets genuanceerder als we de situatie voor de budgettering erbij betrekken. Dan blijkt dat de gebudgetteerde huisartsen voor de invoering van de budgettering relatief meer patiënten doorverwezen. Ook hier zou de budgettering dus een licht remmende werking op de groei gehad kunnen hebben. Eerst na een langere periode van budgettering zal daarover echter voldoende uitsluitsel bestaan.

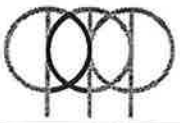
Figuur 6. Aantal verwijzingen door gebudgetteerde en niet-gebudgetteerde huisartsen per 1000 inwoners per jaar, voor en na de invoering van budgettering

	GEBUDGETTEERDE HUISARTSEN		NIET-GEBUDGETTEERDE HUISARTSEN	
SPECIALISME	voor invoering budgettering[a]	na invoering budgettering[b]	voor invoering budgettering	na invoering budgettering
chirurgie	21,0	22,8	18,2	21,3
interne geneeskunde	18,4	16,6	15,5	19,0
gynaecologie	14,7	14,7	12,1	11,8
orthopedische chirurgie	10,4	12,0	10,2	11,9
keel, neus en oor	11,9	12,6	11,5	11,7
dermatologie	7,9	8,4	7,8	9,9
oogheelkunde	8,4	8,7	7,3	8,1
psychiatrie	4,7	5,8	5,0	5,9
rheumatologie	3,7	3,2	2,6	3,8
kindergeneeskunde	3,4	4,1	2,7	4,2
plastische chirurgie	1,6	1,6	1,2	2,1
TOTAAL	107,3	111,4	95,0	112,0

a. voor invoering budgettering: oktober 1990 t/m maart 1991
b. na invoering budgettering: oktober 1991 t/m maart 1992
Bron: A. COULTER & J. BRADLOW (1993), table III, p. 435.

8.4 Conclusie

Zonder enige twijfel is budgettering een uiterst effectief instrument om de kosten te beheersen. Dat is simpel gegeven met het feit dat budgettering een open einde afsluit Zowel degene die het budget toekent als die het ontvangt weet derhalve van te voren waar hij aan toe is: als het budget op is is het op. Budgettering bakent domeinen af waarbinnen budgethouders keuzevrijheid en keuzeverantwoordelijkheid genieten. Dit



instrument dringt zich daarbij niet in de keuzebeslissing, zoals het planningsinstrument dat bijvoorbeeld wel doet. Alleen als het domein te klein afgebakend wordt rijzen er - naar onze mening - problemen met betrekking tot de aard der medische praktijk.

Dan komt ook scherp naar voren dat budgettering behalve de meest effectieve tevens de meest externe en in zekere zin meest gewelddadige maatregel is, die de overheid kan nemen. Tevens houdt het instrument dikwijls een beperking in van de vrijheidsruimte van artsen of instellingen en heeft derhalve directe implicaties voor de professionele autonomie. Deze beperking is in het licht van de eigen verantwoordelijkheid van de overheid voor de besteding van haar budget niet a priori ongerechtvaardigd, maar dient wel aan strikte voorwaarden gebonden te zijn. Wij noemen de volgende:

1) De vaststelling van de hoogte van het budget moet zo veel mogelijk verantwoord worden vanuit de bestemming van de medische praktijk. Dat wil zeggen dat men de afsluiting van een open einde zoveel zal moeten rechtvaardigen in termen van welke medische kosten noodzakelijk zijn en welke niet, en dergelijke. Daarbij kan als algemene stelregel gehanteerd worden dat de afsluiting van een open einde legitiemer is naarmate de overschrijding van dat budget minder bijdraagt aan de toename van de gezondheidswinst.

2) Het instrument van de budgettering kan het beste gepaard gaan met een zo groot mogelijke verantwoordelijkheid van de medische professie (en andere direkt betrokken partijen) voor de besteding en de verdeling van het toegekende budget. Dit kan de broodnodige bezinning binnen de professie op de noodzakelijkheid en effectiviteit van medisch handelen bevorderen.

Bijlage 8.1 Enige kerncijfers uit verschillende landen

	Nederland		Verenigde Staten		Canada		Duitsland		Groot-Brittannië	
	1980	1987	1980	1987	1980	1987	1980	1987	1980	1987
Totale uitgaven per hoofd (US dollar)	980	1227	1089	2051	805	1401	1045	1472	551	714
- intramuraal	583	703	536	965	425	696	399	580	-	-
- extramuraal	266	319	298	643	178	320	294	420	-	-
Prijsindex										
- intramuraal	100	122	100	160	100	160	100	146	100	156
- extramuraal	100	108	100	164	100	167	100	121	100	160
Gemiddeld inkomen van de arts (1.000 US $)	-	-	83	132	52	77	99	110	35	41
Gebruik van voorzieningen										
- deel bevolking dat verwezen is naar de intramurale sector (%)	11,7	11,0	17,1	14,7	14,9	14,5	18,8	21,1	13,6	15,8
- aantal consulten en visites per hoofd van de bevolking	3,2	3,7	4,8	5,3[b]	5,4	6,6	11,5	11,5[b]	4,2	4,5[b]
- aantal ligdagen per hoofd van de bevolking	4,1	3,8	1,7	-	2,1	2,0[c]	3,6	3,5	2,4	2,0
- gemiddelde ligduur (dagen)	34,7	34,8	10,0	-	12,9	13,2	19,7	17,1	19,1	15,0

a. West-Duitsland
b. 1986
c. 1985

Bron: OECD (1990), *Health care systems in transition, the search for efficiency*, Parijs, table 1, 3, 5, 10, 11, 14, 20, 21, 22, 23, 61, 66; OECD (1991), *OECD health data*, electronic version.

HOOFDSTUK 9
Honorering en medisch handelen

Samenvatting

Het honorarium van de arts vormt een belangrijke schakel tussen het medisch handelen en de kosten van de gezondheidszorg. Daarbij gaat het niet alleen om de hoogte van het honorarium, maar vooral ook om de honoreringssystematiek, die via financiële prikkels het handelen van de arts kan beïnvloeden, en daarmee de kosten van de gezondheidszorg, zowel via prijs- als volumecomponenten.

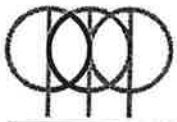
Wij bespreken vijf honoreringsvormen: a) het abonnementshonorarium; b) het salaris; c) de honorering per verrichting; d) het uurtarief; e) een 'case-payment' honorering.

Het abonnementshonorarium gaat uit van een langdurige arts/patiënt-relatie. Voor iedere tijdsperiode, bijvoorbeeld een jaar, krijgt de arts per ingeschreven patiënt een vast bedrag. Het abonnementshonorarium is daarom meer geschikt voor de generalistisch werkende huisartsen dan voor medisch-specialisten. Als aantrekkelijke kanten van het abonnementssysteem kunnen de administratieve eenvoud die leidt tot transactiedoelmatigheid, en de mogelijkheden voor kwaliteitsconcurrentie worden genoemd. Daar staat tegenover, dat afhankelijk van de honoreringsvorm bij de specialistische zorg, het abonnementshonorarium de huisarts kan aanzetten tot een snelle doorverwijzing van patiënten.

Bij salariëring ontbreekt iedere relatie tussen de verrichtingen en de hoogte van het inkomen. Vanuit economische overwegingen gebaseerd op transactiedoelmatigheid en een vrijwel gesloten uitgavenontwikkeling kan dit als zeer wenselijk worden beschouwd. Bedacht moet echter worden, dat het geheel ontbreken van financiële prikkels kan leiden tot kwaliteitsverlies en technische inefficiëntie, tenzij er een optimale kwaliteitszorg, waaronder professionele zelfcontrole is. Bovendien is het salaris gekoppeld aan een dienstverband. Afhankelijk van de contractuele vormgeving hiervan bestaat het gevaar dat er een vermenging van onoverdraagbare verantwoordelijkheden plaatsvindt, die door de professie ervaren wordt als een ongeoorloofde inperking van haar autonomie.

Lijnrecht tegenover salariëring staat het verrichtingensysteem. Bij deze honoreringsvorm krijgt de arts voor iedere verrichting - een diagnostische of therapeutische ingreep dan wel een onderdeel daarvan - een vergoeding. Het verrichtingensysteem heeft dan ook sterke financiële prikkels tot het ondernemen van actie. Daarbij kan de structuur van de tarieven een allocatie-verstorende invloed hebben als de tarieven afwijken van de werkelijke kostprijzen of geen eenduidige relatie hebben met de tijdsinvestering voor de verschillende verrichtingen. Veroudering van tarieven speelt daarbij een grote rol. Een adequaat verrichtingensysteem vereist permanent 'groot onderhoud' met als uitgangspunt werkelijke kostprijzen. Afgezien nog van het feit dat deze kostprijsgegevens veelal niet beschikbaar zijn, leidt dit tot hoge transaktiekosten voor alle partijen in het veld.

Het uurtarief-systeem bevindt zich op het kruispunt van salariëring en het verrichtingensysteem. Dit betekent dat het een compromis bevat van zowel de voor- als nadelen van beide honoreringsvormen. In vergelijking met het verrichtingentarief heeft het uurtarief het grote voordeel dat iedere behandeling beloond wordt naar het



tijdsbeslag. Het uurtarief beloont dus alle verrichtingen even veel zodat dit systeem geen bias bevat ten gunste van technische verrichtingen. Het behelst in tegenstelling tot salariëring wel produktieprikkels en ook biedt het ruimte voor een ondoelmatige tijdsbesteding. Verder leidt het uurtarief tot hoge transaktiekosten, omdat bij de vaststelling van de tarieven rekening gehouden moet worden met een normatieve tijdsbesteding per verrichting, waaraan bovendien, in verband met de mogelijkheid van ondoelmatige tijdsbesteding, de medische praktijk getoetst moet worden.

Ook het 'case payment'-systeem is een tussenvorm, en wel van het verrichtingensysteem en het abonnementshonorarium. Bij deze honoreringsvorm ontvangt de arts per ziektegeval of -episode een vast bedrag. Deze vergoeding vindt plaats op basis van verwijskaarten. De hoogte van het honorarium kan variëren afhankelijk van het ziektebeeld en het behandelend specialisme. Op deze manier wordt rekening gehouden met de inspanningen van de behandelend arts. Het 'case-payment' systeem heeft verschillende voordelen die grotendeels de voordelen van het abonnementshonorarium overlappen: mogelijkheden voor kwaliteitsconcurrentie en administratief relatief eenvoudig. Voordeel in vergelijking met het verrichtingensysteem de afwezigheid van sterke financiële prikkels tot het doen van verrichtingen worden genoemd. Dit zou echter tegelijkertijd een nadeel kunnen zijn, als de arts veel mogelijkheden heeft om zijn inspannignen te minimaliseren, bijvoorbeeld door een snelle doorverwijzing van patiënten. De kwaliteit en doelmatigheid van het 'case-payment' systeem zijn daarom nauw verbonden aan de kwaliteit en doelmatigheid van het verwijzingssysteem welke afhankelijk zijn van de communicatie tussen artsen en het samenspel van de verschillende 'incentives' bij huisartsen en specialisten.

De vijf beschreven honoreringsvormen komen ook in de praktijk van de verschillende zorgstelsels voor, waarbij in verschillende landen geëxperimenteerd is met het veranderen van honoreringsvorm. In Denemarken werd bijvoorbeeld het abonnementshonorarium voor huisartsen in Kopenhagen vervangen door een verrichtingensysteem. Uit dit en ander empirisch onderzoek blijkt duidelijk dat het honoreringssysteem een significante invloed heeft op het medische handelen in de diverse richtingen zoals hierboven beschreven. Met Gavin Mooney kunnen we daarom concluderen: "What this means is that we have a powerful tool of health policy which can get doctors to alter their treatment patterns radically and get them to alter their referral patterns radically".[1]

9.1 Inleiding

9.1.1 Beheersing en honorering

Het financieel-economische beheer van de gezondheidszorg is onlosmakelijk verbonden aan de wijze waarop de medische zorg betaald wordt. In deze studie waarin de kostenbeheersing geplaatst wordt in het kader van de professionele autonomie van de arts, brengt het beheersingsvraagstuk ons op de betaling van de artsen in relatie tot het medisch handelen. 'Betaling' klinkt echter weinig professioneel, daarom wordt

[1] Mooney G. *Key issues in Health Economics.* New York 1994, p.130

meestal gesproken over 'honorering'.[2] Honorering en medisch handelen is daarmee het onderwerp van dit hoofdstuk.

Het betoog is opgebouwd uit een inventarisatie van de verschillende honoreringsvormen (§ 9.2) en een beschrijving van hun invloed op het medisch handelen zoals waargenomen in binnen- en buitenland (§ 9.3). Voor we honoreringsvormen bespreken, is het echter goed om in deze inleidende paragraaf eerst stil te staan bij het honorarium als zodanig. Twee onderwerpen zijn daarbij van belang: de componenten van het honorarium en de rol van het inkomen.

9.1.2 Honorering: inkomen en praktijkkosten

"We trust our health to the physician; our fortune and sometimes our life and reputation to the lawyer and attorney. Such confidence could not safely be reposed in people of a very mean or low condition. Their reward must be such, therefore, as may give them that rank in the society which so important a trust requires. The long time and the great expense which must be laid out in their education, when combined with this circumstance, necessarily enhance still further the price of their labour".[3] Een arts mag een mooi inkomen verdienen, een honorarium dat is afgestemd op zijn 'officium nobile' zijn eerzaam ambt. Met Adam Smith is iedereen het hierover wel eens.[4] Daarbij gaat het echter niet alleen om een inkomen. De vergoeding voor de artsendiensten omvat ook de kosten van de praktijkvoering. Omdat een arts in de meeste gevallen economisch zelfstandig een praktijk voert, heeft hij kosten die mensen in loondienst niet hebben. Gedacht kan worden aan de overname van een praktijk, de zogenaamde 'goodwill', de aanschaf van een praktijkruimte, de kosten van een assistente en zo meer.[5] Doordat de kosten van de praktijkvoering behoorlijk kunnen oplopen, bestaat het gevaar dat artsen de medische praktijk anders gaan zien dan in hoofdstuk 4 beschreven is, en wel in bedrijfseconomische zin als kosten- en opbrengstenplaats. Hypotheekbanken en andere geldschieters gaan ook van deze zienswijze uit, en helpen artsen bij hun oordeelsvorming en investeringsbeslissing. Het stichten van een praktijk wordt zo een primair economische gebeurtenis. De invloed van banken en andere geldschieters blijft echter niet beperkt tot het stichten van een praktijk. Ook investeringen in de privé-sfeer worden aangemoedigd. Gedacht kan worden aan woningen en auto's. Op deze manier wordt de arts tot een kostbare levensstijl uitgenodigd. De gevolgen daarvan blijven niet uit. Als eenmaal hoge investeringen gedaan zijn, is het niet ondenkbeeldig dat de praktijkvoering zich aan de financieringsbehoefte aanpast via een vergroting van behandeltempo en -volume. Dit

[2] De term 'honorarium' betekent letterlijk 'ereloon' en stamt uit de tijd dat de patiënt zelf mocht bepalen hoeveel hij de arts betaalde.

[3] Adam Smith, *The wealth of nations*, 1776, geciteerd in: Glaser GA. *Paying the doctor - systems of remuneration and their effects*. Baltimore: John Hopkins Press, 1970.

[4] De 'Commissie Biesheuvel' noemt in dit verband een bedrag van twee- tot driehonderdduizend gulden per jaar. Commissie Modernisering Curatieve Zorg. *Gedeelde zorg - betere zorg*. Zoetermeer, januari 1994, bijlage 4, p.115-126.

[5] Voor medisch specialisten geldt dit minder omdat zij in een ziekenhuis werkzaam zijn. Gezien hun lange opleiding kan wel het gederfde inkomen als investering worden opgevat.

soort effecten werkt jaren door, en kan moeilijk teruggedraaid worden.[6]

9.1.3 Arts en inkomen

"The essence of a profession is, that, though men enter it for sake of livelihood, the measure of their success is the service which they perform, not the gains which they amass. They may, as in the case of a successful doctor, grow rich; but the meaning of their profession, both for themselves and for the public, is not that they make money but that they make health, or safety, or knowledge, or good government or good law. They depend on it for their income, but they do not consider that any conduct which increases their income is on that account right".[7]

Gaat het de artsen om de patiënt of om het inkomen? Vanuit de verschillende kampen in de beheersingsdiscussie wordt deze vraag wisselend met ja en nee beantwoord. Zo schreef de redacteur van het NRC-Handelsblad dat "de specialisten moeten stoppen met hoogdravende uitspraken over hun medische ethiek - het gaat hen kennelijk toch minder om de patiënt dan om de portemonnee".[8] Zoals gewoonlijk pareert de artsenorganisatie deze opmerkingen met verwijzingen naar de arts-patiëntrelatie en daaruit voortvloeiende verantwoordelijkheden voor de arts.[9] Deze polarisatie heeft een zekere naïviteit tot gevolg. Verleidelijk wordt het om te denken dat een andere honoreringsvorm alle schaarsteproblemen oplost, of juist het tegenovergestelde, dat het honorarium in het geheel geen rol speelt omdat het geen rol zou mogen spelen. Ten gunste van een adequate analyse dienen beide naïviteiten vermeden te worden. De waarheid bevindt zich ergens in het midden van de beide kampen: het inkomen speelt wel een rol, maar deze is beperkt.

Het medisch handelen wordt in eerste aanleg bepaald door de kwaal van de patiënt. Er zijn situaties denkbaar waarin de arts - bij wijze van spreken - al aan de neus van de patiënt kan zien welke behandeling hij moet instellen. Meestal zal zich echter een bepaalde onzekerheid voordoen, zowel bij het stellen van de diagnose als bij de keus voor een therapie. Evans stelt in dit verband dat "there remains, particularly for diagnostic and monitoring activities, a broad zone of uncertainty in which optimal treatment and the limits of efficacy have not been scientifically established".[10] Met de onzekerheid neemt de variatie in het medisch handelen toe. De vraag wordt dan: wat is gepast gebruik, en wat niet meer? En, voor ons doel nog belangrijker: hoe komt gepast gebruik tot stand?

De Ziekenfondsraad noemt in haar advies over gepast gebruik een zestal factoren die het medisch handelen beïnvloeden: 1) richtlijnen voor het medisch handelen; 2) richtlijnen voor het toepassen van medische technologie; 3) samenwerking tussen

---

[6] Zie Strijbos S. Professionele autonomie en de (tand)arts-patiënt relatie. Voordracht voor het Nationaal Congres Tandheelkunde '94. 23 april 1994.

[7] Tawney RH. *The acquisitive society*, geciteerd in: Glaser (1970); zie ook Achtergrondstudie 2, noot 13, in dit rapport.

[8] Geciteerd door Palmen FMLHG. Specialisten staan midden in de maatschappij. *Medisch Contact* 49 (17 juni 1994) p.792.

[9] Palmen (1994) p.792.

[10] Evans RG. *Strained mercy: the economics of the Canadian health care*. Toronto 1984, p.89.

beroepsbeoefenaren; 4) onderwijs, nascholing en deskundigheidsbevordering; 5) regelgeving, waaronder limitatieve lijsten; en 6) financiering, honorering en tarieven.[11] In de literatuur worden deze beïnvloedende factoren gestileerd tot een gedragsmodel. Daarbij staat bijvoorbeeld voor huisartsen een gedragsfunctie centraal die gebaseerd is op de volgende elementen: medische ethiek, inkomen en tijd.[12] Medische ethiek moet hierbij in enge zin opgevat worden als medische standaard of beroepscode. Gesteld wordt dat het gedrag van een arts in de eerste en belangrijkste plaats bepaald wordt door de wens zich te conformeren aan de medische standaard, of concreter, door het patiëntenbelang, en dat inkomensmotieven of tijdsaspecten pas in tweede instantie een rol spelen. "Physicians initiate medical care for their patients primarily because of their patients' health status modified by their patients' financial interests rather than in way which is consistent only with their own self-interest".[13] Naarmate echter de eerder genoemde onzekerheden over de behandeling toenemen kunnen inkomen en tijd een belangrijker rol gaan spelen bij de keuze voor een behandeling of diagnostische methode. Zo kunnen variaties ontstaan die volgens Gavin Mooney alle vanuit het patiëntenbelang met ethische motieven verdedigd kunnen worden. "There does seem to be some misunderstanding of the role of ethics at this level. It is not that ethics dictates to doctors what they do in the sense that there is only one, uniquely correct way of treating a particular patient of problem. Ethics is better seen as dictating - if it dictates at all - what doctors are NOT to do rather than what they are to do. This means in practice that there is a RANGE - and often a wide range - of responses from doctors to a particular problem, and all the responses in that range are ethical". Hieruit volgt, "that we have a very powerful tool of health policy which can get doctors to alter their treatment patterns radically and can get them to alter their referral patterns radically so. (...) It also follows that the fact that doctors can be persuaded to do different things when faced with different remuneration for their activities is not unethical, provided, of course, that the incentives are such that they do not tempt them outside that ethical range. (...) Using the remuneration system to modify doctors' behaviour is not necessarily unethical, and indeed unlikely to be so".[14] In dit citaat wordt gesteld dat er een duidelijke relatie bestaat tussen honoreringsvorm en medisch handelen. Deze relatie vormt ons onderwerp in de volgende paragrafen.

[11] Ziekenfondsraad (1993) p.6-7. Als zevende categorie wordt nog genoemd de bereikbaarheid van voorzieningen. Deze factor heeft echter vooral betrekking op de zorgvrager in relatie tot de zorgverlening, en minder op de zorgaanbieder.

[12] Zie Flierman HA. *Changing the payment system of general practitioners*. Proefschrift, Utrecht: Nivel 1991; Delnoij DMJ. *Physician payment systems and cost control*, Proefschrift, Utrecht: Nivel 1994; Delnoij DMJ, Kersten TJJMT & Stokx LJ. *Geld, zorg en geldzorgen - honorering van huisartsen als instrument voor kostenbeheersing*. Utrecht: Nivel 1992. Op dit soort modellen, die gebaseerd zijn op rationele keuzenmakers, valt wel een en ander af te dingen. Wij noemen ze daarom alleen ter illustratie.

[13] Wilensky GR & Rossiter LF. The relative importance of physician-induced demand in the demand for medical care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly* 61 (1983) p.252-77.

[14] Mooney (1994) p.130-2.

9.2 Honoreringsvormen in theorie

De hoogte van het inkomen vormt vaak een dankbaar gespreksonderwerp. Ook in discussies over het zorgstelsel.[15] Belangrijker dan het honorarium is voor ons onderwerp echter de honoreringsvorm, en haar invloed op het medisch handelen. In de literatuur worden vijf honoreringsvormen onderscheiden: 1) het abonnementshonorarium; 2) het salaris; 3) de honorering per verrichting; 4) het uurtarief; en 5) case-payment honorering,[16] (zie Bijlage 9.1).

9.2.1 Het abonnementshonorarium

Bij een abonnementshonorarium ontvangt de arts voor iedere verzekerde die bij hem staat ingeschreven een vast bedrag per periode. In Nederland worden de huisartsen op deze wijze gehonoreerd voor hun ziekenfondspatiënten.[17]

Het abonnementshonorarium heeft - als ieder ander systeem zoals we nog zullen zien - positieve en negatieve aspecten. Eén van de grootste voordelen is, dat deze honoreringsvorm gestoeld is op de arts-patiëntrelatie - zij het indirect via de relatie tussen arts en verzekerde - en niet op produktiegebonden elementen. Zij gaat uit van een continue, langdurige relatie. Dit biedt mogelijkheden voor een vertrouwensrelatie. Dit betekent echter tegelijkertijd dat het abonnementstarief meer geschikt is voor de generalistisch werkende huisartsen dan voor de medisch specialisten.

Als tweede voordeel van de abonnementssystematiek kan de administratieve eenvoud genoemd worden. Het abonnement is een 'all-in' prijs waarvoor de arts alle zorg levert. De administratie kan zich in hoofdlijnen beperken tot het verzekerdenbestand en de medische dossiers. In termen van hoofdstuk 6 kunnen we het abonnementssysteem daarom aanmerken als een transactiedoelmatige honoreringsvorm.

In het licht van zorginhoudelijke overwegingen kan als gunstig kenmerk de mogelijkheid voor kwaliteitsconcurrentie genoemd worden. Artsen met een goede naam krijgen veel aanmeldingen van verzekerden. Gegeven de vaste vergoeding honorering hebben artsen dus prikkels om zo goed mogelijk te presteren. Dit geldt ook met betrekking tot de doelmatigheid. Snel en adequaat handelen werkt in het voordeel van de arts. Wel moet erkend worden dat de praktijkomvang niet eindeloos uitgebreid kan worden zonder repercussies voor de kwaliteit van het medisch handelen, ook zonder dat de patiënt dat snel als kwaliteitsverlies ervaart. Het abonnementshonorarium kan namelijk een snelle en ondoelmatige verwijzing in de hand werken. De vaste vergoeding kan tot een minimalisatie van inspanningen leiden.[18]

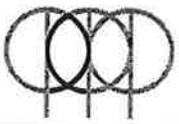
---

[15] Na de verschijning het rapport van de Commissie Modernisering Curatieve Gezondheidszorg (1994) waarin uitspraken gedaan werden over de hoogte van het honorarium, ontstond bijvoorbeeld een geweldige discussie over de hoogte van het inkomen.

[16] Glaser (1970); Evans (1984) p.176-84; Willems HHM, Een nieuw honoreringssysteem? *Medisch Contact* 48 (29 oktober 1993) p.1331-4; Ziekenfondsraad (1993).

[17] In de achtergrondstudies van de commissie-Biesheuvel (1994, p. 158) worden de volgende bedragen genoemd: *f* 103,32 per jaar voor de eerste 1.600 'zielen', en *f* 61,02 voor alle volgende. Het verschil bestaat uit de praktijkkosten, die dus geschat worden op *f* 67.680,- per jaar.

[18] In Nederland speelt deze problematiek, omdat degene waar in de meeste gevallen naar verwezen wordt - de medisch specialist - per verrichting betaald wordt en derhalve baat heeft bij deze doorverwijzingen.



Deze tegendraadse prikkel wordt versterkt door het feit dat een abonnementshonorarium geen rekening houdt met de ziektekans van de verzekerden. De arts krijgt voor elke verzekerde hetzelfde bedrag, ongeacht of deze kerngezond dan wel chronisch ziek is. Een uniform abonnemenstarief schiet daarom tekort als sturingsinstrument in de richting van kwaliteit en doelmatigheid. Aanvullende maatregelen zijn nodig. Deze kunnen gevonden worden in de andere factoren van het medisch handelen zoals we die eerder zijn tegengekomen, bijvoorbeeld standaardenontwikkeling en professionele samenwerking. Gaat de voorkeur uit naar financiële prikkels, dan moet het abonnementstarief gedifferentieerd worden, met eventueel nadelige gevolgen voor de pluspunten van het universele abonnementstarief zoals de eenvoudige administratie: "If professional conscience is supplemented by monetary incentives, capitation must be modified in a way that rob it of its administrative simplicity".[19] Overigens is dit laatste een relatieve kwestie. Temidden van de alternatieven zoals het verrichtingensysteem neemt het gedifferentieerde abonnementstarief met betrekking tot de administratieve last naar verwachting geen slechte positie in.

Hoe het abonnementshonorarium ook gestalte wordt gegeven, de keuzevrijheid van de arts bij diagnose en therapie wordt niet ingeperkt. Dit betekent dat de arts volledig verantwoordelijk blijft voor deze keuzebeslissing. Het abonnementshonorarium maakt daarom geen inbreuk op de handelingsruimte die de arts nodig heeft om zijn beroep op een professioneel verantwoorde wijze uit te oefenen.

9.2.2 Salaris en dienstverband

Het salaris is een krachtig instrument voor kostenbeheersing. Niet alleen worden de personeelskosten van de medische zorg nagenoeg voorspelbaar, omdat de totale uitgaven aan honoraria bij het salarissysteem alleen bepaald worden door de hoogte van de salarissen en het aantal artsen, factoren die min of meer beheersbaar zijn. Maar wat belangrijker is, de produktieprikkels van het verrichtingensysteem worden weggenomen waardoor de door de arts gegenereerde kosten elders in de gezondheidszorg omlaag kunnen in vergelijking met de produktiegebonden honoreringssystemen.

Andere voordelen van een salarisvergoeding hebben betrekking op de geringe administratiekosten, de mogelijke gelijktrekking van inkomens tussen en binnen specialismen, de mogelijkheid van een carrièreladder, en op het ontbreken van een relatie tussen inkomen en verrichtingen. Door het ontbreken van laatstgenoemde relatie verdient een arts aan hoog-technologische verrichtingen niet meer dan aan een consult. De verwachting is dan ook, dat de arts meer tijd en persoonlijke aandacht voor de patiënt zal hebben dan bij elk ander honoreringssysteem.[20]

Het ontbreken van de relatie tussen prestatie en beloning kan echter evenzeer in een verkeerde richting doorwerken. Consulten kunnen ondoelmatig lang gaan duren. In dit verband wordt wel gesproken over een 'premie op luiheid', waarbij we natuurlijk

---

[19] Glaser (1970) p.286. In Nederland heeft de Commissie Modernisering Curatieve Gezondheidszorg (1994) vorig jaar voorstellen voor een dergelijk gedifferentieerd abonnementssysteem geformuleerd, op basis van een gedegen vooronderzoek door het NIVEL.

[20] Ziekenfondsraad (1993), p.36.

wel moeten bedenken - zoals reeds is besproken - dat het medisch handelen primair andere drijfveren kent dan het inkomen. Maar gegeven de bandbreedte van de professionele onzekerheid is het zeer goed mogelijk dat het salarissysteem door een verminderde motivatie onderbehandeling en kwaliteitsverlies in de hand werkt.[21] Overigens zal dit bij specialismen waarin medisch-technische ingrepen een belangrijke rol spelen, als bijvoorbeeld chirurgie, vermoedelijk eerder optreden dan bij specialismen als bijvoorbeeld psychiatrie.

Een honorering per salaris is onlosmakelijk verbonden aan een dienstverband. Voor Nederland impliceert de overgang naar deze honoreringsvorm dan ook een ingrijpende wijziging in de historisch gegroeide verhoudingen en organisatievormen, die grotendeels gebaseerd zijn op solistisch werkende artsen.

Nu is een dienstverband niet per definitie verkeerd. Een simpele afwijzing doet onrecht aan de kwaliteit en de betrokkenheid van bijvoorbeeld de artsen in academische ziekenhuizen en de overige artsen in loondienst.[22] Desondanks is het denkbaar dat het dienstverband in een ongewenste richting werkt. Het kan een zodanige contractuele vorm krijgen, dat de vrijheidsruimte van de arts ingeperkt wordt, en verantwoordelijkheden voor de medische behandeling die tot het terrein van de arts behoren expliciet of impliciet overgedragen worden naar de partij die de arts in dienst neemt.[23] Ervaringen met Health Maintenance Organizations (HMO's) in de Verenigde Staten wijzen ook in deze richting.[24] Deze verschuiving van vrijheden en verantwoordelijkheden kan leiden tot een deprofessionalisering van het artsenberoep dat op haar beurt een slijtage van de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt kan meebrengen.

9.2.3 Honorering per verrichting

Bij het verrichtingensysteem, dat ook bekend staat onder de engelse aanduiding 'Fee For Service (FFS)', krijgt de arts een vergoeding per medische verrichting. Een verrichting kan zijn een complete behandeling maar ook een onderdeel daarvan, al naar gelang het systeem minder of meer verfijnd is. Nederland kent een zeer verfijnd verrichtingensysteem, dat van toepassing is op het grootste deel van de artsen. Het systeem is zo verfijnd, dat zelfs rekening gehouden wordt met het aantal telefoontikken.[25]

Het verrichtingensysteem is aan veel kritiek onderhevig. De bezwaren kunnen in twee categorieën ingedeeld worden: 1) de totstandkoming en structuur van de tarieven, 2) het 'incentives'-effect van de tarieven.[26]

---

[21] Willems HHM (1994), p.1333, noemt in dit verband Zweden en Engeland.

[22] De dienstverbanders zijn verenigd in de Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD).

[23] Relman AS. Salaried physicians and economic incentives. *New England Journal of Medicine* 319 (1988) p.784.

[24] Zie bijv. Goldberg LG & Greenberg W. The emergence of physician-sponsored health insurance: a historical perspective. In: Greenberg W (ed.). *Competition in the health care sector: past, present and future.* Aspen 1978, p.231-49.

[25] Ministerie van WVC. Notitie stelselherziening zorgsector. In: *Werken aan zorgvernieuwing - actieprogramma van het beleid voor de zorgsector in de jaren negentig.* Rijswijk, mei 1990, bijlage p.4.

[26] Mooney (1994) p.130-135.

In Nederland worden de tarieven op landelijk niveau door de verschillende koepelorganisaties via een onderhandelingsproces vastgesteld. Het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg vervult hierbij een spilfunctie. Door deze werkwijze kunnen in deze tarieven nauwelijks of met zeer veel moeite de kostprijzen waargenomen worden. De Ziekenfondsraad windt er geen doekjes om als zij over de tarieven voor de medische specialisten schrijft: "De AWBZ-, ziekenfonds- en particuliere tarieven kennen geen inhoudelijke onderbouwing in termen van inkomen, kosten en rekennormpraktijk (werkbelasting). De hoogte van de tarieven is in het verleden in de pré-WTG-periode op niet te traceren wijze tot stand gekomen en tot en met 1982 alleen trendmatig aangepast. Nieuwe verrichtingen die in het WTG-tijdperk (na 1982) voor het eerst een tarief kregen, werden door de partijen ook niet inhoudelijk onderbouwd, maar werden gerelateerd aan vergelijkbare verrichtingen met een evaluatie-afspraak".[27]

Het is niet verwonderlijk, dat tarieven die op deze wijze tot stand komen een inhoudelijke toets niet kunnen doorstaan. Er zijn twee problemen. 1) Het verrichtingensysteem houdt geen rekening met de tijdsduur van behandeling. Het gevolg is, dat de beloning per tijdseenheid enorm grote verschillen laat zien.[28] 2) De tarieven verouderen snel, omdat nieuwe behandelmethoden worden ontwikkeld en bestaande methoden met meer routine worden toegepast, maar worden slechts traag aangepast.

Naast deze inhoudelijk bezwaren tegen de structuur van de tarieven is er ook kritiek mogelijk op de gevolgen van het verrichtingensysteem. We komen daarmee op het terrein van de 'incentives'.

Het verrichtingenstelsel deelt financiële prikkels uit tot vergroting van de produktie. De artsen die aan deze prikkels blootstaan zullen hierop verschillend reageren, afhankelijk van persoonlijkheidskenmerken, de mate van ervaren onzekerheid welke voor een deel samenhangt met de competentie, en de houding ten aanzien van risico's bij het handelen. Bij een toename van de professionele onzekerheid rond een behandeling kan daardoor de variatie in het medisch handelen erg groot worden. In hoofdstuk 7 is deze behandelvariatie reeds uitvoerig beschreven.[29] Een tweede 'incentives'-probleem heeft betrekking op de asymmetrie van de financiële prikkels. Vanwege de genoemde variaties in tijdsbeloning veroorzaakt het verrichtingen tarief een 'bias' in de richting van technische verrichtingen, ten nadele van consulten, de anamnese en andere relatief slecht betalende verrichtingen.[30] Ook door de veroudering van tarieven kunnen vergoedingen in een ongewenste richting doorwerken. Een gevolg kan zijn dat nieuwe behandelmethoden voor een bepaalde kwaal slechts moeizaam van de grond komen, omdat de honorering nog plaats vindt op grond van een

[27] Ziekenfondsraad (1993), bijlage 7, p.5. Verder is het zo, dat de specialisten in Nederland voor een particulier verzekerde patiënt gemiddeld tweemaal zoveel per verrichting ontvangen als voor een ziekenfondspatiënt.

[28] Mooney (1994) p.133, noemt voor huisartsen in Kopenhagen een factor 10.

[29] Wellicht ten overvloede zij er op gewezen dat het inkomen slechts een van de bepalende factoren van het medisch handelen is, zie paragraaf 9.1.

[30] Deze technische gerichtheid van de arts moeten we niet alleen op het conto van het verrichtingensysteem schrijven. Er is ook sprake van culturele invloeden, vgl. hoofdstuk 2.1 van dit rapport.

verouderde techniek.[31]

Na deze kritiek rijst de vraag of het verrichtingensysteem ook voordelen heeft. Een voordeel ten opzichte van de andere honoreringsvormen zou kunnen zijn, dat het een snelle doorverwijzing van patiënten niet aanmoedigt. Daarnaast kan gedacht worden aan de technische doelmatigheid van de behandelingen door routinevorming en als gevolg van de impliciete straf op luiheid.[32] Deze doelmatigheid per verrichting heeft echter geringe betekenis als de tijdwinst wordt benut voor het uitvoeren van meer, maar veelal onnodige verrichtingen per patiënt. De technische doelmatigheid blijft dan onder de maat, hetgeen weer gevolgen heeft voor de allocatieve doelmatigheid. Uit het oogpunt van de transactiedoelmatigheid schiet het verrichtingensysteem ernstig tekort. Het zadelt alle partijen op met een omvangrijke administratie, om maar te zwijgen van de transactiekosten die gemoeid zijn met de vaststelling van de tarieven.[33]

9.2.4 Het uurtarief

Op het kruispunt van het verrichtingentarief in het salaris bevindt zich het tarief per tijdseenheid, dikwijls 'uurtarief' genoemd. Dit betekent, dat deze honoreringsvorm een compromis bevat van zowel de voordelen als de nadelen van de twee uitgangssystemen. Een voordeel ten opzichte van het dienstverband is, dat er geen mogelijkheden zijn voor een ongeoorloofde inperking van de handelingsruimte van de arts. In vergelijking met het verrichtingentarief heeft het uurtarief het grote voordeel dat iedere behandeling beloond wordt naar het tijdsbeslag. Concreet betekent dit dat het uurtarief geen asymmetrische prikkels uitdeelt in de richting van hoog-technologische verrichtingen.[34]

Het uurtarief heeft echter wel de produktieprikkels van het verrichtingensysteem, waardoor de doelmatigheid in de knel kan komen. Eenzelfde conclusie geldt voor de prikkels van het salarissysteem die bij het uurtarief in de richting van een grotere tijdsduur per behandeling kunnen werken. Het streven naar doelmatigheid vertaalt zich in dit geval in een noodzakelijke controle van de variatie in tijdsbesteding per type behandeling. Dit leidt tot complexe organisatiestructuren, en tezamen met de registratie van de gewerkte en niet-gewerkte uren maakt dit deze honoreringsvorm tot een administratief complexe en kostbare aangelegenheid. Anders gezegd, het uurtarief

---

[31] Dit was in Nederland bijvoorbeeld het geval bij de introductie van micro-chirurgie. Overigens ging het hier niet alleen om een invloed van de specialistische tarieven, maar ook om de invloed van de ziekenhuisfinanciering (in verband met de ligdagen).

[32] Eikelboom spreekt in dit verband over bedrijfsmatig denken en het toepassen van regels voor industrialisatie op het zorgverleningsproces. Eikelboom SJ. *Jan Modaal in wonderland - naar een nieuwe consumptietheorie*. Kok Agora, Kampen 1989 (m.n. hoofdstuk 9. Industrialisatie in de gezondheidszorg).

[33] In Duitsland functioneert een verrichtingensysteem in combinatie met een gesloten einde financiering. Dit model is in het hoofdstuk over budgettering besproken (paragraaf 8.3.3).

[34] In haar notitie *Een duurzaam zorgbestel* geeft de KNMG de voorkeur aan een uurtarief. De motivatie is niet geheel duidelijk, wellicht dat het uurtarief het verrichtingentarief - dat door de KNMG als onhoudbaar wordt opgegeven - het best benaderd. Willems HHM (1993) p.1332, merkt in dit verband op, "dat het uurtarief zoals dat door enkele wetenschappelijke verenigingen wordt uitgedragen, geen uurtarief is, maar een in balans zijnd verrichtingentarief".

genereert hoge transactiekosten.

9.2.5 'Case-payment' en verwijskaarten

De 'case-payment'-honorering staat tussen het verrichtingentarief en het abonnementshonorarium, niet in het midden maar het dichtst bij laatst genoemde.[35] Bij 'case-payment' wordt niet de individuele verrichting vergoed, noch wordt een vaste vergoeding per verzekerde uitgekeerd, maar ontvangt de zorgverlener een vergoeding per ziekte-episode.[36] Deze vergoeding vindt plaats op grond van een verwijskaart die door een andere arts - meestal de huisarts - uitgeschreven wordt. Daarmee is deze honoreringssystematiek toegesneden op de medisch specialistische zorg. De hoogte van de vergoeding kan variëren afhankelijk van het ziektebeeld of het behandelend specialisme. In Nederland komen we het 'case-payment'-systeem tegen bij de honorering van enkele poortspecialisten voor ziekenfondspatiënten.[37]

Het 'case-payment'-systeem heeft verschillende voordelen die grotendeels samenvallen met de voordelen van het abonnementstarief: mogelijkheid van kwaliteitsconcurrentie, en een relatief eenvoudige administratie. Het voordeel van continuïteit beperkt zich tot de ziekte-episode, maar dat wordt meer veroorzaakt door de aard van de specialistische zorgverlening dan door het honoreringssysteem. Ten aanzien van de continuïteit in de arts-patiëntrelatie zullen 'case-payments' dan ook weinig verschil laten zien met het verrichtingensysteem.

Een nadeel van de 'case-payment'-honorering zou kunnen zijn dat het - evenals het abonnementssysteem - aanzetten geeft tot een onverantwoorde of inefficiënte minimalisering van inspanningen, door onderbehandeling of door snelle doorverwijzing van patiënten. De vergoedingen per 'case' of ziektegeval spelen hierbij een centrale rol. Een onjuiste kostenvergoeding kan aanzetten geven tot selectie van 'cases'. Patiënten die relatief weinig opleveren maar wel veel kosten zouden dan snel doorverwezen worden. Hierbij moet echter wel bedacht worden, dat medisch specialisten veel minder verwijzingsmogelijkheden hebben dan huisartsen. In principe is de patiënt immers al bij de arts die hij nodig heeft. Verder geldt ook hier hetgeen al eerder opgemerkt is, dat het inkomen slechts één van de factoren achter het medisch handelen is.

Een van de belangrijkste knelpunten bij 'case-payments' zit bij de verwijzing door de huisarts. Als de communicatie tussen huisarts en specialist onvoldoende is, kan het uitschrijven van herhalingsverwijskaarten ondoelmatig worden, met negatieve gevolgen

---

[35] Dit verhindert Glaser (1970) p.138-177 niet om het 'case-paymentsysteem' te bespreken als een variant van het verrichtingentarief en niet van het abonnementshonorarium.

[36] Willems (1993) p.1332, spreekt in dit verband over een tarief per patiënt.

[37] Glaser (1970) is lyrisch over het Nederlandse systeem. Hij spreekt over "an extremely sophisticated design" (p.51). Verderop zegt hij: "Many countries should study the variable charges in Dutch fee-for-service and case payments: numerous delicately attuned and frequently updated formulae reduce the rewards of excessive repetitions of work without discouraging long-term care in individual cases". (p.296). We moeten echter wel bedenken dat deze citaten betrekking hebben op de periode voor 1970, en minder representatief zijn voor de huidige situatie.

voor de continuïteitsrelatie tussen huisarts en patiënt.[38]

9.3 Honoreringsvormen in de praktijk

Na het overzicht van alle fraaie verwachtingen omtrent de relatie tussen honoreringsvorm en het medisch handelen rijst de vraag naar het bewijs uit de empirie. Er is op dit terrein empirisch onderzoek gedaan, maar minder dan de belangstelling voor honoraria doet vermoeden.[39] Een aantal onderzoeken is op hoofdlijnen samengevat in bijlage 9.2.[40] Uit dit overzicht blijkt dat de meeste onderzoeken een positief verband tussen het verrichtingensysteem en het aantal verrichtingen ondersteunen. Een van de onderzoeken willen we nader voor het voetlicht brengen. Deze heeft betrekking op de verandering van honorering van huisartsen in de Deense hoofdstad Kopenhagen.[41]

9.3.1 Huisartsen in Kopenhagen

Het Deense en het Nederlandse zorgstelsel lijken vanouds veel op elkaar. In beide stelsels komen zowel honorering per abonnement als per verrichting voor. Huisartsen in de stad Kopenhagen hadden tot halverwege 1987 een abonnementshonorarium. Dit in tegenstelling tot de huisartsen op het platteland die gedeeltelijk per abonnement en gedeeltelijk per verrichting betaald werden. Het verschil in honoreringssystematiek leidde tot ongewenste inkomensverschillen. In oktober 1987 werd bij de huisartsen in de stad daarom ook het gemengde honoreringssysteem ingevoerd. Het effect van deze

[38] In 1991 is in Nederland de verwijskaartensystematiek gewijzigd. Verschillende soorten kaarten werden ingevoerd, de consultkaart, de lange kaart en een aanvullende kaart. Drie jaar na de invoering blijken de ervaringen met de nieuwe systematiek tegen te vallen. De centrale doelstelling - het versterken van de positie van de huisarts - werd niet bereikt, evenmin daalden kosten. Onderzoekers wijten dit vooral aan een onzorgvuldige en slecht voorbereide introductie, en aan specifieke karakteristieken van de relatie tussen huisarts en specialist in het onderzoeksgebied (Amsterdam). Arts SEJ, Kersten TJJMT & Wijkel D. De korte verwijskaart als surrogaat voor de consultkaart - Een Amsterdamse evaluatie. *Medisch Contact* 49 (1994) p.991-993.

[39] Zie Delnoij (1994) p.40-41; Delnoij, Kersten & Stokx (1992) p.43-61.

[40] Hickson GB et al. Physician reimbursement by salary or fee-for-service. *Pediatrics* 80 (1987) p.344-50; Janowitz B et al. Method of payment and the cesarean birth rate in a hospital in Northeast Brazil. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 9 (1984) p.515-26; Wilson SE et al. Does method of surgeon payment affect surgical care? *Journal of Surgeon Research* 24 (1978) p.457-68; Hillman AL et al. How do financial incentives affect physicians' clinical decisions and the financial performance of HMOs'. *New England Journal of Medicine* 321 (1989) p.86-92; Krasnik A et al. Changing remuneration systems: effects on activity in general practice. *British Medical Journal* 300 (1990) p.1698-1701; Rosen HM et al. The inclusion of captiation reimbursement in solo practice. *Journal of Public Health Dentistry* 38 (1978) p.184-92; Stearns SC et al. Physician responses to fee-for-service and capitation payment. *Inquiry* 29 (1992) p.416-25; Hemenway D et al. Physicians' reponses to financial incentives. *New England Journal of Medicine* 322 (1990) p.1059-63.

[41] De keus voor deze studie is gebaseerd op drie overwegingen: 1) het Deense zorgstelsel vertoont grote overeenkomst met het Nederlandse; 2) de studie heeft een longitudinaal karakter, hetgeen inhoudt, dat het behandelgedrag van een en dezelfde groep artsen geanalyseerd wordt, zowel voor als na de verandering in honoreringssystematiek; 3) de Deense situatie is door Flierman (1991) bestudeerd op haar relevantie voor Nederland.

verandering is gemeten, (zie Figuur 1).[42]

Figuur 1. Professionele zekerheid voor 11 verrichtingen en de proportionele verandering in het aantal verrichtingen na de invoering van het verrichtingensysteem voor 72 huisartsen in Kopenhagen

VERRICHTING	PROFESSIONELE ZEKERHEID	VERANDERING IN HET VERRICHTINGENVOLUME
inoculation for culture	,49	+91%
cervical smear	,48	+20%
first treatment of large wound	,44	+75%
removing warts	,33	+162%
urine test with sticks	,31	+61%
haemoglobin measurement	,25	+54%
urine culture with sensitivity	,14	+275%
blood glucose (photometer)	,10	+633%
streptoculture/urine culture	,06	+223%
incision/excision of abscess/tumour	,02	+221%
dressing of immobilizing bandage	,01	+194%

Bron: FLIERMAN (1991), table 5.6, p. 58.

Deze tabel illustreert drie markante ontwikkelingen: 1) per arts neemt het aantal patiënten en het aantal patiëntcontacten slechts weinig toe;[43] 2) het aantal diagnostische en curatieve verrichtingen neemt drastisch toe; en 3) het aantal verwijzingen naar medisch specialisten en ziekenhuizen neemt af. Duidelijk is, dat het honoreringssysteem er toe doet: "What this means is that we have a powerful tool of health policy which can get doctors to alter their treatment patterns radically and can get them to alter their referral patterns radically also".[44]

Nu is het natuurlijk mogelijk, dat de toename van verrichtingen en de afname van verwijzingen een doelmatigheidsvergroting weergeeft. Om dit te onderzoeken moeten we nader inzicht verkrijgen in de soort verrichtingen waarbij veranderingen zijn opgetreden.

9.3.2 De rol van het inkomen

In paragraaf 9.1 is de stelling geventileerd, dat de rol van het inkomen toeneemt met de professionele onzekerheid rondom de behandeling. Als het bij de toename van het aantal verrichtingen in Denemarken derhalve gaat om behandelingen waarvoor een grote onzekerheid geldt, kan aannemelijk gemaakt worden dat het verrichtingentarief leidt tot ondoelmatigheden. Flierman heeft in zijn proefschrift de relatie tussen

[42] Krasnik et al. (1990); Flierman (1991); Mooney (1994). Deze auteurs waren allen bij het onderzoek betrokken.

[43] Opvallend is de daling van het aantal patiëntcontacten na maart 1988. Mooney (1994) p.127, suggereert dat dit veroorzaakt werd door een aanvankelijk overproduktie uit vrees voor inkomensverlies. Nadat duidelijk werd dat deze vrees ongegrond was zouden artsen minder consulten zijn gaan doen.

[44] Mooney (1994) p.130.

onzekerheid en verrichtingenaantal voor de Deense casus onderzocht.[45] Hij benadert de professionele onzekerheid met de 'diagnose bepaaldheid' van verrichtingen, welke hij berekent op basis van de Deense gegevens. Figuur 2 vat de bevindingen van Flierman samen.

Figuur 2. Verwijzingen naar medisch specialisten in het Verrichtingenproject Leiden

SPECIALISME	EXPERIMENTELE GROEP	CONTROLE GROEP
oogheelkunde	21,1	20,0
kno	11,6	11,1
chirurgie	19,3	19,3
interne geneeskunde	17,4	21,4
dermatologie	7,5	8,4
gynaecologie	11,1	10,4
urologie	4,8	5,1
overige specialismen	36,0	36,8
totaal specialismen	128,1	129,6

Bron: D.M.J. DELNOIJ (1994), table 6.1, p. 81.

Uit deze tabel blijkt duidelijk, dat verrichtingen met een geringere diagnose-bepaaldheid, dat wil zeggen met een grotere professionele onzekerheid, gevoeliger zijn voor een verandering van het honoreringssysteem dan verrichtingen waarvoor meer zekerheid bestaat. Een deel van de toename zal kwaliteitsverbetering door onzekerheidsreductie tot gevolg hebben, maar gezien de omvang van de veranderingen is de conclusie gerechtvaardigd dat het verrichtingensysteem de ondoelmatigheid vergroot.

De conclusies van het Deense onderzoek kunnen niet regelrecht naar Nederland geëxporteerd worden. Om slechts een belangrijk punt te noemen, de diagnosebepaaldheid is voor Nederland en Denemarken verschillend, omdat Nederlandse huisartsen over betere diagnosemogelijkheden beschikken dan hun Deense collega's.[46] Flierman wijdt een groot deel van zijn onderzoek aan de vertaling van de Deense conclusies naar Nederland.[47] Wij volgen zijn betoog niet, maar staan een ogenblik stil bij een aantal experimenten met de honorering van artsen in Nederland.

9.3.3 Huisartsen in Nederland

In 1988 werd in Leiden een experiment gestart dat de naam 'verrichtingenproject' kreeg.[48] Met dit experiment werd een substitutie beoogd van de tweede lijn naar de eerste lijn, en wel voor ziekenfondspatiënten. Artsen kregen daartoe in aanvulling op hun abonnementshonorarium een extra vergoeding voor 29 onderscheiden verrichtin-

[45] Flierman (1991) p.47-59.
[46] Flierman (1991) p.61-72.
[47] De voorspellingen voor de Nederlandse situatie luiden als volgt: 1) een toename van de curatieve verrichtingen met de helft van het aantal; 2) een toename van het aantal diagnostische verrichtingen met een factor 1,5 à 2; 3) een niet nader gespecificeerde afname van het aantal verwijzingen; Flierman (1991) p.85-87.
[48] Zie Delnoij (1994), Chapter 6; Delnoij, Kersten & Stokx (1992) Hoofdstuk 6.

gen. Deze vergoedingen werden berekend op basis van de verwachte tijdsinvestering. Het experiment duurde tot december 1989, en omvatte ruim honderd huisartsen, die op vrijwillige basis deelnamen.[49]

Een verschuiving van de tweede lijn naar de eerste kan op twee manieren waargenomen worden. In de eerste plaats via het aantal verrichtingen in de huisartsenpraktijken, en in de twee plaats via het aantal verwijzingen naar medisch specialisten. De eerste methode bleek in het experiment onbruikbaar te zijn. Normaliter worden in de huisartsenpraktijk voor ziekenfondspatiënten geen individuele verrichtingen geadministreerd vanwege het abonnementshonorarium. Tijdens het verrichtingenproject werd daarom een voormeting gedaan, maar deze vond pal voor het werkelijke experiment plaats, waardoor deze meting beïnvloed werd door de context van het project.[50] Ook van de controlegroep waren door het abonnementshonorarium geen gegevens per verrichting beschikbaar. De verwijzingen naar de tweede lijn werden gelukkig wel geadministreerd. Voor een aantal specialismen zijn deze samengevat in Figuur 3.

Figuur 3. De totale kosten van medisch-specialistische hulp bij zorgverzekeraar AZWZ (in f 1.000,-)

	JUNI - DECEMBER 1990	JUNI - DECEMBER 1991	PROCENTUELE VERANDERING
totaal	43.553	46.716	7,3%
consulten	10.549	14.465	37,1
intercollegiale consulten	320	773	141,6
ligdagen	3.581	2.882	-19,5
poliklinische verrichtingen	16.772	16.066	-4,2
- deels naar verwijskaart	23.807[a]	25.909	8,5
- geheel naar verwijskaart	9.543	8.205	-14,9
- toegenomen tarief	-	-	0

a. Deze bedragen lijken ons onwaarschijnlijk groot en inconsistent met het totale bedrag aan verrichtingen. Mogelijkerwijs hebben deze getallen betrekking op jaarcijfers.

Bron: C. VAN LINTEL & D. POST (1993), tabel 1, p. 1235.

Uit Figuur 3 blijkt dat er geen duidelijk verschil in verwijzingsgedrag tussen de experimentele groep en de controle groep waargenomen kon worden. Wil dit nu zeggen, dat de honoreringsstructuur er in het geheel niet toe doet? Diana Delnoij vindt deze conclusie te voorbarig, en noemt in haar proefschrift een aantal argumenten om deze vraag ontkennend te beantwoorden: 1) de gekozen verrichtingen werden al grotendeels door huisartsen uitgevoerd, zodat er weinig ruimte voor substitutie was; 2) de 'incentives' in het experiment waren te klein; huisartsen kregen een vergoeding per verrichting bovenop hun abonnementshonorarium, daardoor konden zij met het doen van extra verrichtingen slechts zo'n vijf procent extra verdienen. In Denemarken

[49] Deze deelname komt overeen met een derde van het aantal huisartsen in deze regio.

[50] Vermoed werd dat de huisartsen in hun enthousiasme voor het project tijdens de voormeting een te hoog aantal verrichtingen opgaven.

betrof het verrichtingentarief de helft van het inkomen; 3) de deelnemers wisten dat het om een beperkte periode ging; deze tijdelijkheid van het experiment zou de huisartsen niet aangemoedigd hebben om daadwerkelijk hun praktijkvoering te veranderen.[51]

9.3.4 Specialisten in Nederland

Medisch-specialisten ontvangen in Nederland drie soorten vergoedingen: 1) een vergoeding per verrichting voor particulier verzekerde patiënten; 2) een vergoeding per verwijskaart voor ziekenfondspatiënten; en 3) een vergoeding per verrichting voor ziekenfondspatiënten.[52] In 1991 is in het kader van het Vijf Partijen Overleg (VPO) een verandering in de ziekenfondssector doorgevoerd. De kern wordt gevormd door een verschuiving van een aantal verrichtingen, met name op het terrein van de diagnostiek, naar de verwijskaart. Daarnaast werd een groot aantal tarieven herijkt. Van Lintel en Post hebben de gevolgen van deze verandering in de provincie Brabant onderzocht aan de hand van de declaratiegegevens van Zorgverzekeraar AZWZ.[53] Hun onderzoek heeft betrekking op twee perioden van gelijke lengte, voor en na de invoering van het VPO. Daarbij besteedden ze speciale aandacht aan drie groepen verrichtingen: 1) verrichtingen die voor een deel in de verwijskaart waren opgenomen, als gevolg waarvan de tarieven omlaag waren gegaan; 2) verrichtingen die geheel naar de verwijskaart verwezen waren, en waarvan het tarief dus op nul was gezet; en 3) verrichtingen - slechts zeven in getal - waarvan het tarief was verhoogd, zie Figuur 4.

Figuur 4. Effecten van de introductie van het verrichtingensysteem bij 71 huisartsen in de stad Kopenhagen

WEEKELIJKSE ACTIVITEITEN EN INGESCHREVEN PATIËNTEN VAN 71 HUISARTSEN	MAART 1987	MAART 1988	NOVEMBER 1988
aantal patiëntcontacten	9.942	11.387	10.618
diagnostische verrichtingen	536	768	896
curatieve verrichtingen	99	201	203
verwijzingen naar de specialist	1.276	1.176	1.002
verwijzingen naar het ziekenhuis	251	226	176
totaal aantal ingeschreven patiënten	122.223	125.412	125.536

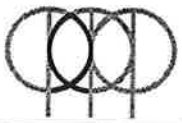
Bron: GAVIN MOONEY (1994), table 9.1, p. 127.

De cijfers in Figuur 4 hebben betrekking op de uitgaven aan medisch-specialistische hulp van Zorgverzekeraar AZWZ in het tweede halfjaar van respectievelijk 1990 en

[51] Delnoij (1994) p.83.

[52] Daarnaast kunnen artsen die apparatuur in eigen bezit hebben of voor eigen rekening personeel in dienst hebben ook een onkostenvergoeding declareren. Deze vergoeding is verwant aan het 'neventarief' voor het ziekenhuis, de vergoedingen voor de kosten van het ziekenhuis die geïnduceerd worden door medisch specialistische verrichtingen, maar in zijn algemeenheid wel lager teneinde de privé aanschaf van apparatuur te ontmoedigen.

[53] Lintel C van & Post D. Verschuivingen in het diagnostisch handelen van de medisch specialist. *Medisch Contact* 48 (1993) p.1234-1235.



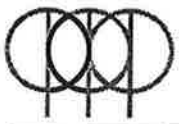
1991. Deze uitgaven zijn met 7,3% toegenomen, maar wat interessanter is, in verschillende mate voor de verschillende soorten tarieven. De honorering van consulten en intercollegiale consulten nam toe als gevolg van de gewijzigde verwijskaartsystematiek. Tevens leidde dit tot een daling van de honorering van specialisten in verband met de ligdagen van de patiënt. Ten aanzien van de specialistische verrichtingen treden grotere verschillen aan het licht. Over de gehele linie daalden de kosten met ruim 4 procent. Achter deze ontwikkeling gaat echter een divers beeld schuil voor de drie genoemde groepen verrichtingen. De kosten van de verrichtingen die voor een deel in de verwijskaart werden opgenomen stegen met 8,5 procent, terwijl de kosten van de verrichtingen die niet langer individueel vergoed werden daalden met bijna 15 procent. De kosten van de verrichtingen die een hoger tarief kregen bleven min of meer gelijk. Als de daling van de verrichtingen uit de tweede groep nader in beeld gebracht wordt, blijkt dat het hier vooral om diagnostische verrichtingen gaat die als verouderd beschouwd worden.[54] De vraag rijst, waarom deze onderzoeken pas zijn afgeschaft toen ze niet meer gehonoreerd waren, en niet toen ze medisch gezien niet meer interessant waren. Van Lintel en Post zien dit als een signaal dat honorering en verrichtingen ontkoppeld moeten worden.[55]

In het voorjaar van 1994 heeft de commissie-Biesheuvel voorstellen gedaan om het verrichtingentarief geheel af te schaffen, ten gunste van een abonnementshonorarium.[56] In het kader van deze voorstellen is een aantal experimenten gestart in een vijftal regio's.[57] Concreet betekent dit dat per 1 januari 1995 voor 20 procent van de medisch specialisten - dat zijn er ongeveer 1.300 - het verrichtingentarief wordt afgeschaft. Daarbij verschilt de nieuwe honoreringsvorm per experiment, maar de overeenkomsten zijn wel groter dan de verschillen. Aangezien de projecten recent zijn begonnen, ontbreken de evaluatiegegevens en kunnen we hier niet nader op deze experimenten ingaan.

9.4 Conclusie

In ons onderzoek naar de verschillende mogelijke honoreringsstelsels bleek dat de wijze van honorering belangrijke invloed heeft op de wijze waarop de arts zijn competentie uitoefent. Daarbij bevat ieder honoreringsstelsel zijn eigen *bias*. Ieder stelsel oefent *incentives* uit die in zekere zin extern zijn aan de bestemming van de medische praktijk. Wel kunnen honoreringsstelsels onderscheiden worden naar de mate van de (verwachte) omvang van deze *bias*. Daaruit bleek dat het voor veel artsen geldende gedetailleerde *verrichtingenstelsel* verre van ideaal is omdat het tendeert naar overbehandeling door een premie te zetten op zoveel mogelijk verrichtingen. De andere besproken honoreringsvormen staan minder op gespannen voet met de

[54] De grootste daling deed zich voor bij de elektrofono-cardiografie, namelijk 93,5%.
[55] Van Lintel & Post (1993) p.1235.
[56] Ankoné A. Experimenteren met honoreren. *Medisch Contact* 49 (1994) p.601-603.
[57] Rijnmond, Alkmaar/Den Helder, Emmen, Bergen op Zoom, en Venlo/Venray.



(constitutieve) principes van de medische praktijk. Gezocht zou moeten worden naar een wijze van honorering, waarbij veeleer een premie staat op kwalitatief hoogstaand medisch handelen. In dit verband verdient een stelsel van *case-payment* serieuze overweging. Hierbij staat een premie op kwaliteit in die zin dat een goede arts veel patiënten naar zich kan toetrekken en derhalve veel *cases* verwerft. Het verschil tussen arbeidsintensieve en -extensieve cases kan worden gemaakt door te kijken naar de gemiddeld benodigde behandeling per diagnose-groep. Meer algemeen dient bij case-payment grote aandacht te worden gegeven aan de prijsstelling van de 'cases' omdat anders een ongewenste 'case-selectie' zal optreden. Dit brengt als nadeel mee dat de transactiekosten hierdoor kunnen oplopen.

Overigens zijn mengvormen van verschillende honoreringssystemen heel goed denkbaar en is het ook niet noodzakelijk dat alle specialismen onder dezelfde honoreringsregeling vallen.

Bijlage 9.1 Vormen van honorering

Honorering	Basis	Nederlands voorbeeld	Voordelen	Nadelen	Invloed op professionele vrijheid
Abonnement	ingeschreven verzekerden	huisarts voor ziekenfonds-patiënten	- continuïteit in arts-patiëntrelatie - administratief eenvoudig - mogelijkheid van kwaliteitsconcurrentie	- snelle en ondoelmatige doorverwijzing - houdt geen rekening met gezondheidskenmerken verzekerden	afwezig
Case-Payment	ziektegeval verwijskaart	poortspecialisten voor ziekenfonds-patiënten	- administratief eenvoudig - mogelijkheid van kwaliteitsconcurrentie	- prikkel tot minimalisatie van verrichtingen - huisarts geeft te gemakkelijk een herhalingskaart	afwezig
Salaris	dienstverband	specialisten in academische ziekenhuizen	- gesloten einde financiering - administratief eenvoudig - veel tijd voor de patiënt	- ondoelmatig lange consulten - premie op luiheid	afhankelijk van de aard van het dienstverband
Uurtarief	gewerkte uren		- gelijke opbrengst per tijdseenheid	- administratief complex	afwezig
Honorering per Verrichting	aantal verrichtingen	huisartsen voor particulier verzekerden meeste specialisten tandartsen	- alleen doorverwijzing als het echt nodig is	- sterke produktieprikkels die bovendien asymmetrisch verdeeld zijn - weinig tijd voor patiënten - administratief complex - tarieven verouderen snel, maar worden traag aangepast	afwezig

Bijlage 9.2 Overzicht van empirisch onderzoek

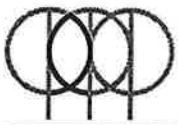
AUTEUR(S)	VERGELEKEN HONORERINGS-VORMEN	TYPE EN PLAATS VAN HET ONDERZOEK[a]	RELATIE HONORERING EN MEDISCH HANDELEN
HICKSON (1987)	salaris en honorering per verrichting	- 18 kinderartsen in 1 kliniek - Verenigde Staten - cross-sectioneel	bij honorering per verrichting: - niet meer patiënten - wel meer consulten per patiënt - meer consulten per arts
JANOWITZ (1984)	salaris en honorering per verrichting	- ziekenhuis - Brazilië - cross-sectioneel	verrichtingensysteem leidt tot meer verrichtingen - artsen die betaald worden per verrichting doen veel meer keizersnedes dan artsen in loondienst (gecorrigeerd voor samenstelling patiëntengroepen)
WILSON (1978)	salaris, salaris met bonus en honorering per verrichting	- 810 chirurgen in 6 ziekenhuizen - Verenigde Staten - cross-sectioneel	blindedarmoperaties per arts: - salaris: kleinste aantal - salaris met bonus: grootste aantal - verrichtingensysteem: niet het grootste aantal, maar wel het grootste aantal gezonde blindedarmen weggehaald, tevens echter minder darmperforaties (kwaliteit beter)
DELNOIJ (ET AL.) (1992) DELNOIJ (1994)[b]	abonnement en honorering per verrichting	100 huisartsen in de regio Leiden	geen aantoonbare invloed van het honoreringssysteem, maar dat kan het gevolg zijn van het experimentele karakter, en van de vormgeving van het experiment
HILLMAN (1989)	abonnement en honorering per verrichting	- 595 Health Maintenance Organizatons - Verenigde Staten - cross-sectioneel	verrichtingensysteem leidt tot meer verrichtingen - bij honorering per verrichting neemt het aantal opnamen toe - bij een toename van het relatieve aantal HMO patiënten neemt het totaal aantal verrichtingen per arts toe
KRASNIK (1990)[b]	abonnement met honorering per verrichting	- huisartsen - Kopenhagen (Denemarken) - longitudinaal	verrichtingensysteem leidt tot meer verrichtingen - diagnostisch: +66% - curatief: +80% - verwijzingen: -20%

Auteur(s)	Vergeleken Honorerings-vormen	Type en Plaats van het Onderzoek[a]	Relatie Honorering en Medisch handelen
Rosen (1978)	abonnement met honorering per verrichting	- drie tandartsen - Verenigde Staten - Cross-sectioneel	Bij honorering per verrichting: - meer consulten - minder verrichtingen per consult - in totaal meer verrichtingen - gelijk aantal extracties - minder preventieve zorg
Stearns (1992)	abonnement en honorering per verrichting	- Health Maintenance Organization - Verenigde Staten - cross-sectioneel	Bij abonnement: - hospitalisatie omlaag - langere opnameduur - iets minder verrichtingen
Van Lintel & Post (1993)[b]	honorering per verrichting en 'case-payments'	verwijskaarten bij medisch specialisten in de provincie Brabant	Bij 'case-payments' worden aanzienlijk minder verrichtingen gedaan dan bij honorering per verrichting. Met name verouderde technieken worden niet meer toegepast.
Hemenway (1990)	uurtarief en uurtarief met bonussysteem gebaseerd op de produktie	- 15 artsen in de extramurale zorg - Boston/Verenigde Staten - Longitudinaal	verrichtingensysteem leidt tot meer verrichtingen - laboratorium: +23% - röntgen: +16% - declaraties: +12% - inkomen: +19% (ongelijk verdeeld)

a. Onderzoekstype:
Cross-sectioneel: onderzoek waarbij artsen in verschillende organisatorische structuren vergeleken worden in dezelfde periode.
Longitudinaal: onderzoek waarbij dezelfde groep artsen vergeleken wordt op verschillende tijdstippen, meestal voor en na een organisatorische verandering.

b. Deze studie wordt in paragraaf 10.3 uitgebreider besproken.

Bron: deels gebaseerd op D.M.J. Delnoij et al. (1992), pp. 54-6.



DEEL IV

Conclusies

HOOFDSTUK 10
Evaluatie

10.1 Inleiding

Onze probleemstelling luidde (zie hfdst. 1.2):

> ***In hoeverre perken instrumenten voor volume- en kostenbeheersing in de gezondheidszorg de professionele autonomie van de arts in, en in hoeverre is dat geoorloofd?***

Om tot een beantwoording van deze vraag te komen hebben wij een tweetal sporen gevolgd. Uitgaande van een beschrijving van het probleem en zijn achtergrond (hfdst. 1 en 2) hebben wij in de eerste plaats een schets gegeven van de specifieke competentie en verantwoordelijkheid van de arts op basis van een normatieve structuur-analyse van de medische praktijk (hfdst. 3 en 4).

In de tweede plaats hebben wij onderzoek gedaan naar verschillende mogelijkheden en instrumenten om de volume- en kostenstijging in de gezondheidszorg te beïnvloeden (hfdst. 5 t/m 9). Daarbij is reeds duidelijk geworden dat het vraagstuk van de kostenbeheersing niet alleen vanuit strikt economisch gezichtspunt behandeld behoeft en behoort te worden maar dat een bredere normatieve bespreking nodig en zinvol is.

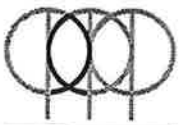
In dit concluderende hoofdstuk willen wij de balans opmaken en pogen beide sporen bij elkaar te brengen. Daarbij willen wij in het bijzonder nagaan welke van de onderzochte beleidsmaatregelen het beste aansluiten bij de interne aard van de medische praktijk en de onoverdraagbare verantwoordelijkheid van de arts. Wij zullen dat doen door eerst een algemeen principe te formuleren ten aanzien van de beoordeling van beheersinstrumenten. Vervolgens willen wij dit algemene principe uitwerken in de vorm van enkele vragen die een kwalitatieve evaluatie mogelijk maken van de onderscheiden beheersinstrumenten en die gezamenlijk een evaluatie-instrument vormen.

In het tweede deel van dit hoofdstuk zullen we dan de verschillende onderzochte beheersinstrumenten evalueren met gebruikmaking van dat evaluatie-instrument.

10.2 Het algemene principe

In de hoofdstukken 3 en 4 hebben wij de medische praktijk opgevat als een *praktijk* in een specifieke zin des woords. In navolging van MacIntyre hebben wij het begrip 'praktijk' omschreven als "any coherent and complex form of socially established cooperative human activity", welke gericht is op het realiseren van 'internal goods'. Het zijn deze 'internal goods' welke bepalen welke 'standards of excellence' geëigend zijn voor deze vorm van handelen.

Wij hebben het 'internal good' van de medische praktijk beschreven in termen van zorg (het ethische aspect van de arts/patiënt-relatie als het *kwalificerende* aspect). In



dat kader hebben wij tevens opgemerkt liever te spreken van de *bestemming* dan van de *doelen* van de medische praktijk.[1] Het spreken in termen van doelen richt de aandacht te zeer op een resultaat dat *door middel van* het medische handelen moet worden bereikt. Bovendien maakt het onderscheid tussen bestemming en doelen het mogelijk te spreken over normering van de doelen.

Wij hebben de 'internal goods' van de medische praktijk dus niet als doelen opgevat, maar veeleer als het kwalificerende aspect ervan, dat wil zeggen: in termen van de inherente normativiteit van de medische praktijk en de kern daarvan: de arts/patiënt-relatie.

Wij hebben nader inzicht trachten te verwerven in de structuur van de medische praktijk door te onderscheiden tussen *constitutieve* (dit zijn *kwalificerende* en *funderende*) principes, die haar *mogelijk maken* en *begrenzen*, en *regulatieve* principes of gezichtspunten die aan haar ontwikkeling en ontplooiing richting geven. De *constitutieve* principes van de medische praktijk zijn bepalend voor de specifieke verantwoordelijkheid van de arts en de bijbehorende competentie. De *regulatieve* principes brengen veeleer het richtinggevende ethos van de medische praktijk in haar huidige gestalte tot uitdrukking.

Om tot een adekwaat begrip te komen van de medische praktijk in bovenstaande zin hebben wij ons gedistantieerd van het praktijk-begrip in de betekenis van de toepassing van abstracte, wetenschappelijke kennis. Daartegenover stelden wij: 'the competence is in the performance'. De competentie (en de regels die haar constitueren) blijken in de uitoefening ervan. Het is op deze uitoefening van zijn competentie dat de arts aanspreekbaar is. Aanspreekbaarheid moet daarbij worden opgevat als de houding die men inneemt ten opzichte van de principes en regels die gelden voor een praktijk.

Het begrip 'professionele autonomie' hebben wij vervolgens opgevat als de ruimte die de professie ontvangt om haar competentie uit te oefenen. Anders gezegd: de professionele autonomie is het complex van enerzijds de handelings- en beslissingsvrijheid van de professie om haar competentie uit te oefenen en anderzijds de beschikbaarheid van de daarbij benodigde middelen. De vraag in hoeverre overheidsingrijpen in deze autonomie gerechtvaardigd is heeft dus betrekking op maatregelen die òf de handelings- en beslissingsruimte van de professional òf de beschikbaarheid van benodigde middelen beperken.

Op grond van deze beschouwing komen wij tot de formulering van het volgende *algemene principe* voor de beoordeling van beleidsmaatregelen die ingrijpen in de professionele autonomie van de arts:

> ***Bij de beheersing van de kosten van de gezondheidszorg genieten die beheersinstrumenten de voorkeur die optimaal aansluiten bij de (interne) bestemming van de medische praktijk.***
> ***Het gaat daarbij om instrumenten die de onoverdraagbare verantwoordelijkheid van de arts om primair het welzijn van de patiënt te behartigen, eerbiedigen en die verder de***

[1] Dit bijvoorbeeld contra Gelder E van & Meulen R ter. *Doelen van de gezondheidszorg - Een einde aan vanzelfsprekendheden*. Maastricht: Instituut voor Gezondheidsethiek 1994.

arts aanspreken op de optimale uitoefening van zijn competentie (in de volle verscheidenheid van regels en principes die voor de medische praktijk gelden), en de (be)handelingsruimte die hij daarvoor nodig heeft respecteren.

10.3 Evaluatie-instrument

10.3.1 Toelichting

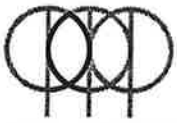
Het bovengenoemde algemene principe zal in deze paragraaf verder worden uitgewerkt aan de hand van vragen die tesamen een instrument bieden voor een kwalitatieve evaluatie van de onderscheiden beheersinstrumenten. De evaluatie-punten worden eerst alle kort onderbouwd en toegelicht en vervolgens als één geheel gepresenteerd.

Met betrekking tot het beleid dat is gericht op beheersing/bijsturing van maatschappelijke sectoren, in casu de gezondheidszorg (te beschouwen als een systeem) is ons uitgangspunt dat systeemwijzigingen zoveel mogelijk moeten aansluiten bij de eigen normativiteit van de maatschappelijke verbanden op macro-, meso- en microniveau en bij de eigen verantwoordelijkheden van de actoren in die verbanden (zie hfdst. 1.4 en hfdst. 5.4.1). Dit leidt tot de formulering van het eerste evaluatiepunt: *Respecteert het beheersinstrument de eigen verantwoordelijkheden en de daarbij behorende handelingsruimte van de betrokken partijen, in het bijzonder van de arts?*

Het economisch beheer van de gezondheidszorg dient gestalte te geven aan de eigen verantwoordelijkheden van de diverse actoren, waaronder de overheid, in de gezondheidszorg. Deze verantwoordelijkheden hangen samen met de diverse normen die voor de medische praktijk gelden. Dit betreft niet alleen ethische, maar ook medisch-technische, sociale, juridische, economische en zelfs esthetische normen. De optimale kwaliteit van de zorg wordt bereikt wanneer de diverse actoren hun verantwoordelijkheid om de onderscheiden normen die voor de medische praktijk gelden, optimaal realiseren. Beheersinstrumenten beïnvloeden de mate waarin de actoren in de zorgverlening gestimuleerd dan wel ontmoedigd worden die normen tot gelding te brengen. De evaluatiepunten 2 t/m 4 proberen inzichtelijk te maken op welke wijze dat gebeurt ten aanzien van de normen die door de besproken beheersinstrumenten worden beïnvloed.

Evaluatie-punt 2 heeft betrekking op de medisch-wetenschappelijke en -technische kwaliteit van de medische zorg en op de kwaliteit van de arts/patiënt-verhouding: *Wat is het effekt van het beheersinstrument op de medisch-wetenschappelijke en -technische kwaliteit van de medische zorg en op de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt?*[2] Deze vraag wordt in enkele deelvragen uitgewerkt. Eén hiervan vraagt naar de invloed van derden op de individuele arts/patiënt-relatie. Op grond van onze normatieve analyse van die relatie zijn wij van mening dat een direkte invloed niet aanvaardbaar is tenzij daarvoor een duidelijke rechtvaardiging kan worden gegeven vanuit de eigen verant-

[2] In dit rapport wordt verdedigd dat de arts/patient-verhouding ethisch is gekwalificeerd. Op het juridische aspekt is in deze wijsgerig-ethische studie slechts kort ingegaan (in hoofdstuk 4.3.2). Verondersteld wordt dat in een goede arts/patiënt-verhouding de diverse normen van de professionele standaard, waaronder de patiëntenrechten, worden gerespecteerd.



10.3.2 De evaluatie-vragen

1. Respecteert het beheersinstrument de eigen verantwoordelijkheden en de daarbij behorende handelingsruimte van de betrokken partijen, in het bijzonder van de arts?

We vatten de eigen verantwoordelijkheden hier kort samen:

- *arts (medische professie): zorg (vertrouwensrelatie, kwaliteit medisch handelen, inclusief technische en dynamische efficiëntie).*
- *instelling: zorg (inclusief technische, dynamische en allocatieve efficiëntie).*
- *verzekeraar: goede financiering, transactie-efficiëntie m.b.t. het stelsel, intern ook technische, dynamische en allocatieve efficiëntie.*
- *overheid: publieke gerechtigheid; hiertoe behoren met het oog op de gezondheidszorg: verdeling van middelen, ook over andere beleidsterreinen, allocatieve en transactie-efficiëntie, en bescherming interne bestemming medische praktijk.*

Uitleg doelmatigheidsbegrippen:

- *technische efficiëntie: doelmatig uitvoeren van een verrichting.*
- *allocatieve efficiëntie: doelmatig toewijzen van een verrichting, c.q. voorziening aan een persoon (of algemener: aan een behoefte).*
- *dynamische efficiëntie: vernieuwing van middelen door innovatie (introduktie van effektievere dan wel efficiëntere behandelwijzen en apparatuur).*
- *transactie-efficiëntie: doelmatigheid die betrekking heeft op de uitvoeringskosten van het zorgstelsel (als organisatievorm).*

2. Wat is het effekt van het beheersinstrument op de medisch-wetenschappelijke en technische kwaliteit van de medische zorg en op de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt?

a) Heeft het beheersinstrument invloed op de kwaliteit van het medische handelen en zal die invloed naar verwachting positief of negatief zijn?
b) Behelst het instrument een financiële beloning voor kwalitatief goed medisch handelen?
c) Bevat het instrument prikkels die de vertrouwensrelatie tussen patiënt en arts onder druk kunnen zetten?
d) Kan het instrument een tegenstelling creëren tussen persoonlijke (met name financiële) belangen van arts en patiënt, bijvoorbeeld doordat de arts financieel belang heeft bij onder- of overbehandeling?
e) Leidt invoering van het instrument ertoe dat andere partijen invloed krijgen op de medische beslissing in de individuele arts/patiënt-relatie en is deze invloed gerechtvaardigd?

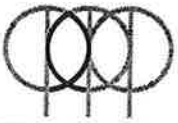
3. Wat is het effekt van het beheersinstrument op de doelmatigheid en het uitgaven-niveau?

a) Resulteert de invoering van het beheersinstrument in een groter doelmatigheid van de zorgverlening en/of de financiering?
b) Resulteert de invoering van het beheersinstrument in een adequater beheersing van de uitgavenontwikkeling?

4. Wat is het effekt van het beheersinstrument op de toegankelijkheid van de zorg?

Strookt het beheersinstrument met het handhaven van goede toegankelijkheid van de zorgvoorzieningen; met andere woorden, handhaaft dan wel bevordert het een rechtvaardige verdeling van de middelen?

5. Vanuit de overweging dat gezondheid en geneeskunde in onze samenleving worden overgewaardeerd verdienen die beheersinstrumenten de voorkeur die een 'gepast gebruik' van



woordelijkheid van één van de andere actoren in de gezondheidszorg. We denken bijvoorbeeld aan extreem dure behandelingen die (nog) niet standaard zijn opgenomen in het verstrekkingenpakket en waarvoor de verzekeraar in individuele gevallen toestemming moet geven.

Evaluatie-punt 3 heeft betrekking op het economische aspekt van de kwaliteit van de zorgverlening: *Wat is het effekt van het beheersinstrument op de doelmatigheid en het uitgaven-niveau?* Hier hebben zowel de arts als de instelling en de overheid een eigen verantwoordelijkheid. We willen hierbij benadrukken dat van de arts niet iets oneigenlijks wordt gevraagd wanneer van hem wordt verwacht zo doelmatig mogelijk te werken (zie punt 3.). Het behoort tot zijn verantwoordelijkheid ook aan de funderende principes, waarvan het economische principe van spaarzaamheid er één is, gestalte te geven, zij het onder de leiding van het kwalificerende ethische principe (zie hfdst. 4.2.4 en 4.3.2).

Evaluatie-punt 4 heeft betrekking op het juridische kwaliteitsaspekt van de verdelende rechtvaardigheid zoals dat tot uitdrukking komt in de (gelijke) toegankelijkheid van de zorgvoorzieningen: *Wat is het effekt van het beheersinstrument op de toegankelijkheid van de zorg?*

Het principe van de simultane realisatie van normen vereist dat de diverse normen op evenwichtige wijze in het beleid tot gelding worden gebracht.

In hoofdstuk 4 (en in achtergrondstudie 2) is ook gewezen op de regulatieve principes van de medische praktijk. Daarmee wordt bedoeld het levensbeschouwelijk bepaalde zinperspektief op gezondheid en geneeskunde dat de samenleving als geheel of een deel ervan heeft. Hierbij is nadrukkelijk aangegeven dat die regulatieve principes vaak onder de oppervlakte van de maatschappelijke discussies blijven, zich niet direkt leent voor 'beheersing' maar wel een grote rol spelen bij de richting waarin de gezondheidszorg zich ontwikkelt.

Hieraan kan dan ook niet een evaluatie-criterium worden ontleend dat op gelijke wijze kan functioneren als de bovengenoemde criteria. Wel kan uit deze 'regulatieve sfeer' een vraag worden afgeleid die misschien meer is gericht op een beoordeling van de achtergrond van een beheersinstrument en de wijze waarop het wordt ingevoerd dan op het instrument zelf.

Dit betreft de volgende vragen. In hoeverre is een bepaald beheersinstrument verbonden met een bepaalde opvatting omtrent gezondheid, geneeskunde en gezondheidszorg en in hoeverre maakt de overheid bij hantering van dit instrument die visie expliciet en bespreekbaar, of betreft de inzet van het instrument louter een bezuinigingsmaatregel? Dit leidt tot het meer globale evaluatiepunt 5: *Vanuit de overweging dat gezondheid en geneeskunde in onze samenleving worden overgewaardeerd verdienen die beheersinstrumenten de voorkeur die een gepast gebruik van medische mogelijkheden bevorderen.* In dit verband zouden wij met instemming willen verwijzen naar enkele beheersstrategieën die de Commissie 'Keuzen in de zorg' voorstelt, bijv. toetsing van nieuwe technologieën, ook op maatschappelijke en ethische implicaties, alvorens die algemeen in te voeren. Dergelijke strategieën kunnen een zekere beïnvloeding betekenen van wat wij hebben aangeduid als regulatieve sfeer.

medische mogelijkheden bevorderen.

10.4 Evaluatie van de beheersinstrumenten

In deze paragraaf zullen we een evaluatie geven van de besproken beheersinstrumenten. Daarbij zullen we voor elk beheersinstrument eerst een korte algemene beschouwing geven en vervolgens dit instrument evalueren aan de hand van het hierboven geformuleerde evaluatie-instrument. De lezer diene dit laatste op te vatten als een (voorlopige) beoordeling van de betreffende instrumenten, waarbij speciaal is gelet op de verhouding tussen het beheersinstrument en de behandelingsvrijheid van de arts (zie 'Algemeen principe', par. 10.2). Het gaat dus niet om een definitief oordeel, en nog minder om een integrale goed- of afkeuring van de betreffende instrumenten. Elk instrument heeft zijn mogelijkheden en beperkingen, zijn sterke en zwakke kanten. In de praktijk zal het bovendien veelal gaan om een combinatie van verschillende instrumenten, waarbij ook de onderlinge beïnvloeding in de beschouwingen moet worden betrokken.

De beheersinstrumenten die wij achtereenvolgens de revue zullen laten passeren zijn:
1) concurrentie;
2) protocollering;
3) budgettering;
4) honorering.

10.4.1 Concurrentie

A. ALGEMEEN

Een prealabele vraag bij dit instrument is of het wel een beheersinstrument is en als zodanig kan funktioneren in die sectoren van de gezondheidszorg waarin de medische zorg centraal staat (dit is met name de curatieve sector). Wij wijzen maatregelen ter vergroting van marktwerking en ter bevordering van concurrentie in de gezondheidszorg in zijn algemeenheid niet af. Wel betwijfelen wij of een prijsconcurrentie tussen artsen om hun patiënten (zorgmarkt) en om de verzekeraars van hun patiënten (zorginkoopmarkt), en tussen verzekeraars om verzekerden (verzekeringsmarkt) in de praktijk van de Nederlandse gezondheidszorg zal optreden. Daarom zal onzes inziens de introductie van marktwerking in de curatieve sectoren van de gezondheidszorg slechts zeer beperkt een bijdrage kunnen leveren aan verantwoorde kostenbeheersing. Hiervoor zijn verschillende redenen aan te geven.

In de eerste plaats staan maatregelen in deze sfeer nogal eens op gespannen voet met de bestemming van de medische praktijk. Waar artsen of ziekenhuizen onderling gaan concurreren kan dit bijvoorbeeld het noodzakelijke onderlinge vertrouwen in de weg staan. Artsen of ziekenhuizen zullen bijvoorbeeld hun eventuele informatievoorsprong op concurrenten willen behouden, waardoor een vrije informatie-uitwisseling wordt belemmerd.

In de tweede plaats ontbreken op het terrein van de gezondheidszorg essentiële *voorwaarden* waaraan voldaan moet zijn om van een werkelijke markt en vrije mededin-

ging te kunnen spreken. In de eerste plaats verkeren patiënten nogal eens in eeen situatie waarin men tot een onafhankelijke, rationele keuze van een arts of zorgvoorziening niet in staat is. Meer algemeen, er bestaat heel vaak een te grote ongelijkheid in informatie om van een vrije keuze uit het zorgaanbod te kunnen spreken. Het ontbreken van deze en andere voorwaarden - vooral in de curatieve sector - impliceert dat men zich veel inspanningen zal moeten getroosten om een partiële marktwerking mogelijk te maken zonder al te schadelijke effecten hetgeen hoge *transactiekosten* met zich meebrengt.

Om deze redenen zijn wij niet enthousiast over maatregelen in de sfeer van marktwerking en concurrentie. Wel menen wij dat er beperkte mogelijkheden zijn om concurrentie op kwaliteit te bevorderen. In de paragraaf over honoreringssystemen hebben wij daarvan een voorbeeld genoemd onder de noemer *'case-payment'*. Overigens denken wij dat binnen de 'care-sector' (met name thuiszorg en verzorgingshuizen, waar de informatie-ongelijkheid veel kleiner is) wel mogelijkheden bestaan voor concurrentie, mits deze gepaard gaan met een goede kwaliteitsbewaking. Verdere invoering van het persoonsgebonden budget zal in deze sector goed kunnen samengaan met een *zorgvuldig geregelde* concurrentie.

B. EVALUATIE

(Bij de toepassing van ons evaluatie-instrument op (geregelde) concurrentie gaan we ervan uit, dat er op de zorgmarkt en de zorginkoopmarkt daadwerkelijk concurrentie optreedt).

1) Concurrentie zal waarschijnlijk de eigen verantwoordelijkheden van de betrokken partijen niet (geheel) respecteren. Voor de overheid ontstaat een spanning tussen een rechtvaardige allocatie en, wanneer dit via aanvullende wetten wordt afgedwongen, transactie-efficiëntie. Verder wordt de verzekeraar als zorginkoper verantwoordelijk gesteld voor de zorgverlening, en de arts kan door verzekeraars verantwoordelijk worden gesteld voor allocatieve efficiëntie; dit zou de arts in conflict brengen met de essentie van zijn professie.

2a) Concurrentie kan zowel tot kwaliteitswinst als -verlies leiden; voor de hand ligt een differentiatie van kwaliteit naar koopkracht van de patiënt (afgezien van solidariteitsregelingen).
2b) Bij concurrentie kan de kwaliteit van het medisch handelen worden beloond, maar ook het tegendeel kan gebeuren, afhankelijk van de honoreringsvorm.
2c) Concurrentie bevat het reële gevaar dat de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt onder druk wordt gezet als het gevolg van het feit dat patiënten verplicht kunnen worden te veranderen van arts, en dat het voor artsen lonend kan zijn relevante informatie achter te houden.
2d) Concurrentie kan een belangentegenstelling creëren tussen arts en patiënt. Als verzekeraars kunnen weigeren hun contract met duur werkende artsen te verlengen kunnen artsen zich terwille van het behoud van hun contract gedrongen voelen

patiënten suboptimaal te behandelen.

2e) Concurrentie heeft waarschijnlijk een algemene invloed op het behandelbeleid (zie d); afhankelijk van de specifieke uitwerking van concurrentie op de zorginkoopmarkt is het namelijk denkbaar dat artsen voor veel, wat duurdere behandelingen in individuele gevallen toestemming moeten vragen aan de verzekeraar.

3a) Concurrentie zal mogelijk de technische en allocatieve doelmatigheid bevorderen, de transactie-efficiëntie ervan zal waarschijnlijk gering zijn (veel transactiekosten om het stelsel rechtvaardig te houden), ook de dynamische efficiëntie zal naar verwachting te kort schieten (ondoelmatige invoering van nieuwe technologie).

3b) Concurrentie op zichzelf zal eerder leiden tot een doorgaande volume- en kostengroei dan tot een beperking ervan; er blijft immers een 'open einde'-financiering en zonder aanvullende regelingen hebben marktpartijen baat bij expansie.

4) Concurrentie zal vermoedelijk tekort doen aan het beginsel van de solidariteit; zonder afdoende aanvullende regelgeving valt grotere ongelijkheid tussen verschillende bevolkingsgroepen te verwachten; extra regelgeving genereert transactiekosten (zie 3.a).

5) Te vrezen valt dat bij introductie van concurrentie reclame de verwachtingen opdrijft, zowel van patiënten als van artsen (vergelijk situatie in de VS), hetgeen *ongepast* gebruik van medische voorzieningen, mogelijk gepaard gaande met verdere medicalisering, zal bevorderen, met name van koopkrachtigen.

10.4.2 Protocollering

A. ALGEMEEN

Protocollering sluit als geen ander instrument aan bij de bestemming van de medische praktijk en de professionele competentie van de medische professionals.

Protocollering kan worden beschouwd als een onderdeel van een veel bredere kwestie, namelijk kwaliteitszorg. In een protocol wordt, om het zo te zeggen, een medische standaard vastgelegd. Het kan daarom een goed instrument zijn voor het verhogen van de kwaliteit en voor het vergroten van de toetsbaarheid van het medische handelen. Evenals kwaliteitszorg in het algemeen sluit het goed aan bij de bestemming van de medische praktijk en bij de competentie van de arts. Het is immers de professie zelf die op basis van haar medische competentie de protocollen zal moeten vastleggen. Hoewel protocollen niet primair bedoeld zijn om kostenbesparingen te realiseren kunnen bij de formulering wel doelmatigheids- en kosten-effektiviteitsoverwegingen worden ingebracht zodat kostenreductie beslist tot de mogelijkheden behoort.

Het argument dat een verregaande protocollering op gespannen voet staat met de professionele autonomie van de arts is onjuist. Het staat iedere arts vrij van het protocol af te wijken als hij dat medisch noodzakelijk acht. Sterker nog: uit jurisprudentie-onderzoek is gebleken, dat de rechter het niet-afwijken van het protocol waar

dat medisch noodzakelijk is, kan veroordelen.[3] Daarom moet men het protocol ook niet opvatten als imperatief, maar als registratie van de actuele medische standaard. Dat laatste betekent tevens dat de protocollen voortdurend aan de hand van de laatste inzichten moeten worden getoetst en indien nodig herzien.

Naar onze mening zijn protocollen van grote betekenis voor een verscherping van de indicatiestelling en kunnen zij langs die weg ook bijdragen aan het beter vastleggen van de 'werkzaamheid' en 'kosteneffectiviteit' van diagnosetrajecten en therapieën. Wel dient de arts ervoor te waken dat bij een toenemende protocollering van het medische handelen patiënten op routine-matige wijze als een 'geval' worden behandeld.

Protocollering is nauw betrokken op het 'professionele autonomie-dilemma' dat wij in hoofdstuk 3.4 hebben beschreven: de professie claimt haar autonomie op grond van het feit, dat alleen zij de deskundigheid en competentie in huis heeft om zichzelf te beoordelen en controleren. Dat wil zeggen dat de kracht van de professie tegelijk haar structurele zwakte uitmaakt: de grond voor de noodzaak van professionele zelfregulering (de specifieke deskundigheid van de professional) maakt het tevens oncontroleerbaar of deze zelfregulering in voldoende mate plaatsvindt. De claim van de professie dat men haar autonomie dient te respecteren dient evenredig te zijn aan de bereidheid van de professie om zich omtrent haar handelen te verantwoorden. Slechts daar waar de professie en haar individuele leden bereid zijn tot een verregaande verantwoording van hun handelen, kan men hen een verregaande zelfstandige verantwoordelijkheid voor hun handelen (autonomie) toevertrouwen. Pas daar verdient de professionele autonomie ons respect, waar de professie zich toetsbaar opstelt. Dit betekent dat de professie zoveel mogelijk werk zal moeten maken van professionele kwaliteitszorg bijvoorbeeld via intercollegiale toetsing, 'peer review', en functioneringsgesprekken binnen de maatschap. Wij willen voor deze en dergelijke aanbevelingen met klem verwijzen naar het rapport van de Gezondheidsraad *Medisch handelen op een tweesprong*, waar ook het falen van de professionele zelfregulering op diverse niveau's gesignaleerd wordt. Ook het uitgangspunt van dat rapport, dat professionele zelfregulering de voorkeur verdient boven andere maatregelen, maar dat hiervan dan wel serieus en snel werk gemaakt zal moeten worden, delen wij ten volle.

B. EVALUATIE

1) Protocollering respecteert in beginsel de eigen verantwoordelijkheden van de betrokken partijen, dus ook gewenste (be)handelingsruimte van de arts.

2a) Protocollering van (complexe) medische beslissingen zal leiden tot kwaliteitswinst, mits protocollen gebaseerd zijn op wetenschappelijke kennis over werkzaamheid en kosten-effectiviteit, en niet gaan functioneren als 'spoorboekjes'.
2b) Protocollering is geen financieel instrument en bevat geen beloning van kwaliteit; afhankelijk van andere maatregelen, met name de honoreringsvorm, is het wel

[3] Reijsen PPM van. *Protocollering, budgettering en professionele autonomie in de gezondheidszorg.* 1995, in druk

mogelijk dat protocollering, via verhoging van kwaliteit, wordt beloond.

2c) Protocollering zal de vertrouwensrelatie van arts en patiënt niet aantasten, mits de arts het gebruik van het protocol weet te motiveren; het protocol schept dan duidelijkheid en kan zodoende leiden tot versterking van de vertrouwensbasis. Toepassing van protocollen zonder adequate uitleg kan de patiënt het gevoel geven een 'geval' te zijn en het vertrouwen in de arts ondermijnen.

2d) Protocollering zal als regel geen belangentegenstelling tussen arts en patiënt creëren; een protocol geeft aan wat de beste behandeling is bij een bepaalde indicatie of het aangewezen onderzoek bij bepaalde symptomen. Wanneer de specifieke situatie van een individuele patiënt daartoe aanleiding geeft is de arts verplicht om van het protocol af te wijken.

2e) Protocollering leidt niet tot een ongerechtvaardigde invloed van andere partijen op de individuele arts/patiënt-relatie, zolang de arts op goede medische gronden van het protocol mag/moet afwijken.

3a) Ondoelmatig handelen kan door protocollering worden verminderd (technische efficiëntie), ook kan gekozen worden voor behandelingen of onderzoeken met een grotere kosten-effectiviteit (allocatieve efficiëntie). Anderzijds is het echter ook mogelijk dat protocollen via een maximerende werking tot ondoelmatigheden leiden. De professie dient haar leden dan ook bij te staan in het goed leren hanteren van protocollen.

3b) Over de algehele invloed van protocollering op de volume- en kostengroei zijn ons geen gegevens bekend; protocollering is primair een instrument ten behoeve van de medisch-technische kwaliteit van het medische handelen, maar van deze kwaliteitsverbetering mag globaal genomen een kostenbesparing worden verwacht.

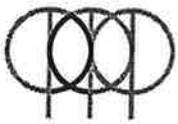
4) Protocollering heeft geen direkt effekt op de verdeling van de middelen. Indirect, bijvoorbeeld via een verscherpte indicatiestelling, kan protocollering wel bijdragen aan een betere verdeling van de middelen.

5) Protocollering kan bijdragen aan een gepast gebruik van de medische mogelijkheden, met inachtneming van de beperkingen; bij een 'automatisch' gebruik zou het echter ook het beheersingsdenken van de arts kunnen versterken.

10.4.3 Budgettering

A. ALGEMEEN

Zonder enige twijfel is budgettering een uiterst effectief instrument om de kosten te beheersen. Dat is simpel gegeven met het feit dat budgettering een open einde afsluit. Zowel degene die het budget toekent als die het ontvangt weet derhalve van te voren waar hij aan toe is: als het budget op is, dan is het op. Budgettering bakent domeinen af waarbinnen budgethouders keuzevrijheid en keuzeverantwoordelijkheid genieten. Dit instrument dringt zich daarbij niet in de keuzebeslissing, zoals het planningsinstrument dat bijvoorbeeld wel doet. Alleen als het domein te klein afgebakend wordt rijzen er - naar onze mening - problemen met betrekking tot de aard der medische praktijk.



Dan komt ook scherp naar voren dat budgettering behalve de meest effectieve tevens de meest externe en in zekere zin meest gewelddadige maatregel is, die de overheid kan nemen. Tevens houdt het instrument dikwijls een beperking in van de vrijheidsruimte van artsen of instellingen en heeft derhalve directe implicaties voor de professionele autonomie. Deze beperking is in het licht van de eigen verantwoordelijkheid van de overheid voor de besteding van haar budget niet a priori ongerechtvaardigd, maar dient wel aan strikte voorwaarden gebonden te zijn. Wij noemen de volgende:

1) De vaststelling van de hoogte van het budget moet zo veel mogelijk verantwoord worden vanuit de bestemming van de medische praktijk. Dat wil zeggen dat men de afsluiting van een open einde zoveel zal moeten rechtvaardigen in termen van welke medische kosten noodzakelijk zijn en welke niet, en dergelijke. Daarbij kan als algemene stelregel gehanteerd worden dat de afsluiting van een open einde legitiemer is naarmate de overschrijding van dat budget minder bijdraagt aan de toename van de gezondheidswinst.

2) Het instrument van de budgettering kan het beste gepaard gaan met een zo groot mogelijke verantwoordelijkheid van de medische professie (en andere direkt betrokken partijen) voor de besteding en de verdeling van het toegekende budget. Dit kan de broodnodige bezinning binnen de professie op de noodzakelijkheid en effectiviteit van medisch handelen bevorderen.

B. EVALUATIE

1) Budgettering respecteert niet zonder meer de eigen verantwoordelijkheden van de betrokken partijen, dit is afhankelijk van budgetteringssystematiek. Bij zorginhoudelijk gefundeerde budgetten kan dat wel het geval zijn, maar bijvoorbeeld bij budgettering van zorgverleners mogelijk niet. *De gebudgetteerde (arts) kan dan een zo zware allocatieve verantwoordelijkheid krijgen (binnen de grenzen van het budget), dat de beroepsuitoefening in conflict kan komen met de essentie van zijn professie.*

2a) Door budgettering kan de kwaliteit kan onder druk komen te staan bij budgetten die niet op deugdelijke zorginhoudelijke overwegingen zijn gebaseerd.

2b) Budgettering behelst geen beloning van kwaliteit. Wel is het zo dat budgettering, met name volumebudgettering, ertoe kan bijdragen dat grote behandelverschillen die niet zijn te herleiden tot verschillen in patiëntenpopulatie, en die onder omstandigheden een aanwijzing zijn dat (lang) niet altijd optimaal wordt behandeld, teruggedrongen worden. Dit kan dan een toename betekenen van de kwaliteit.

2c) Budgettering zal de arts/patiënt-vertrouwensrelatie niet direkt onder druk zetten; bij te beperkt budget is de arts (moreel) verplicht om de hoogte (of beter: de laagte) van het budget aan te vechten en ruimte te creëren voor behandeling. Mocht dit niet lukken dan moet de overheid of de verzekeraar de patiënt inlichten dat de geïndiceerde behandeling (of onderzoek) door hen niet betaald zal worden omdat het budget op is; dat de patiënt de behandeling dan niet krijgt is niet de verantwoordelijkheid van de arts.

2d) In de meeste situaties zal budgettering geen belangentegenstelling creëren tussen arts en patiënt. Wel ken een belangentegenstelling ontstaan tussen de patiënt en de budgetgever die zich kan vertalen in een spanning tussen arts en patiënt. Afhankelijk van de honoreringsvorm (met name bij dienstverband) kan bij erg krappe budgettering het belang van de arts tegengesteld zijn (namelijk niet behandelen om geen problemen met de instelling te krijgen) aan dat van de patiënt (wel behandelen).

2e) Budgettering heeft in de individuele zorgverlening geen direkte invloed op de behandeling als zodanig, maar wel op het aantal behandelingen en daarmee mogelijk op de indicatie; met inachtneming van het onder c. gestelde behoort het tot de verantwoordelijkheid van de professie, de indicaties zo te stellen dat het beschikbare budget in medisch opzicht optimaal wordt benut. Een indirekte invloed is er ook doordat budgettering beslissingen van derden op de aanschaf van apparatuur beïnvloedt. Dit is onzes inziens evenwel terecht, daar het een verantwoordelijkheid betreft van de instelling voor allocatieve doelmatigheid.

3a) Zorginhoudelijk gefundeerde budgettering zal de doelmatigheid van de medische zorg verhogen; te krappe budgettering kan ertoe leiden dat niet de op langere termijn meest kosten-effektieve, maar de op korte termijn goedkoopste behandeling wordt gegeven. De budgetformule heeft wel transactiekosten die afhankelijk van de budgetformule hoog kunnen oplopen (vgl. Duitsland).

3b) Budgettering maakt beheersing van de volume-en kostengroei mogelijk, er is sprake van een gesloten einde.

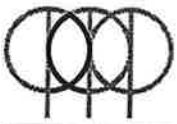
4) Gefundeerde budgettering kan mogelijk via een vergroting van de doelmatigheid een rechtvaardige verdeling van de middelen bevorderen, hetgeen goed zou stroken met het handhaven van de toegankelijkheid; te krappe budgettering waardoor medisch onverantwoord lange wachtlijsten ontstaan betekent een inbreuk op de toegankelijkheid voor hen die erg lang moeten wachten.

5) Budgettering kan een gepast gebruik van medische voorzieningen bevorderen.
Budgettering heeft nl. een beperkende werking op de volume- en kostengroei, en kan bijdragen aan een voortgaande kritische bezinning op het medische handelen; maar budgettering werkt top-down en wanneer daardoor in de bevolking sterk levende verwachtingen worden gefrustreerd kan dit spanningen oproepen tussen verschillende patiëntengroepen, waarvan maatschappelijk zwakkeren de dupe worden. Budgettering dient dan ook samen te gaan met een inhoudelijke verdediging van de hoogte en de verdeling van het budget, en het bespreekbaar maken hiervan.

10.4.4 Honorering

A. ALGEMEEN

In ons onderzoek naar de verschillende mogelijke honoreringsstelsels bleek dat de wijze van honorering belangrijke invloed heeft op de wijze waarop de arts zijn competentie



uitoefent. Daarbij bevat ieder honoreringsstelsel zijn eigen *bias*. Ieder stelsel oefent *incentives* uit die in zekere zin extern zijn aan de bestemming van de medische praktijk. Wel kunnen honoreringsstelsels onderscheiden worden naar de mate van de (verwachte) omvang van deze *bias*. Daaruit bleek dat het voor veel artsen geldende gedetailleerde *verrichtingenstelsel* verre van ideaal is omdat het tendeert naar overbehandeling door een premie te zetten op zoveel mogelijk verrichtingen. Gezocht zou moeten worden naar een wijze van honorering, waarbij veeleer een premie staat op kwalitatief hoogstaand medisch handelen. In dit verband verdient een stelsel van *case-payment* serieuse overweging. Hierbij staat een premie op kwaliteit in die zin dat een goede arts veel patiënten naar zich kan toetrekken en derhalve veel *cases* verwerft. Het verschil tussen arbeidsintensieve en -extensieve cases kan worden gemaakt door te kijken naar de gemiddeld benodigde behandeling per diagnose-groep. Meer algemeen dient bij case-payment grote aandacht te worden gegeven aan de prijsstelling van de 'cases' omdat anders een ongewenste 'case-selectie' zal optreden. Dit brengt als nadeel mee dat de transactiekosten hierdoor kunnen oplopen.

Overigens zijn mengvormen van verschillende honoreringssystemen heel goed denkbaar en is het ook niet noodzakelijk dat alle specialismen onder dezelfde honoreringsregeling vallen.

B. EVALUATIE

1) De in dit hoofdstuk besproken honoreringsvormen respecteren in het algemeen de eigen verantwoordelijkheden van de betrokken partijen, ook van de arts.[4]

2a) Het huidige verrichtingensysteem heeft een gunstige invloed op de kwaliteit in medisch-technisch opzicht; echter de allocatieve efficiëntie is niet zo groot: er bestaat een neiging tot overdiagnostiek en -behandeling en onderwaardering van het spreken met de patiënt. Vergeleken met het huidige verrichtingensysteem kan bij loondienst kwaliteitsverlies optreden, bij het abonnementsysteem ook, als doorverwijzen gemakkelijk is (bijvoorbeeld door verrichtingensysteem in tweede lijn), bij 'case-payment' misschien, daar speelt kwaliteitsconcurrentie een rol, zie b.

2b) Het verrichtingensysteem, 'case-payment', uurtarief en het abonnementssysteem - bevatten een indirekte beloning van kwaliteit, via naamsbekendheid en doorverwijzing (kwaliteitsconcurrentie). Alleen bij loondienst is dit niet het geval.

2c) De besproken honoreringssystemen zullen de arts/patiënt-verhouding niet direct onder druk zetten; een zekere indirekte negatieve invloed zou kunnen uitgaan van mogelijk kwaliteitsverlies zoals genoemd onder a); anderzijds gaat een abonnementshonorarium uit van een langdurige arts/patiënt-relatie, die meer mogelijkheden geeft om aan een vertrouwensrelatie te werken.

2d) Ook voor wat betreft het eventueel creëren van een belangentegenstelling tussen

[4] Een niet uitgewerkte honoreringsvorm die in verschillende honoreringssystemen zou kunnen worden toegepast is het direkt belonen van goedkoop werken door de arts, dat in de Verenigde Staten, in combinatie met concurrentie wel voorkomt. Wij achten dit ethisch onjuist, (zie bij Concurrentie 2b, en ook 2c en 2d).

arts en patiënt verschillen de diverse honoreringssystemen.
Bij abonnementshonorering zal de arts geneigd kunnen zijn tot snel doorverwijzen maar meestal vindt de patiënt dat niet erg. De belangrijkste belangentegenstelling doet zich voor bij honoreringsvormen die financiële prikkels geven tot over- of onderbehandeling. Van de besproken systemen geldt dit met name het verrichtingensysteem, dat daarnaast ook, door verschillen in tarieven die niet samenhangen met verschillen in tijdbesteding, aanleiding kan geven tot suboptimale behandeling.

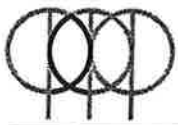
2e) Geen van de besproken honoreringssystemen leidt ertoe dat andere partijen een direkte invloed krijgen op de individuele medische zorgverlening; het COTG krijgt een indirecte invloed via de hoogte van de tarieven.

3a) Honoreringsvormen hebben invloed op de doelmatigheid van de medische zorgverlening. Het verrichtingensysteem is technisch efficiënt - het grote voordeel van dit systeem - maar allocatief, transactie- en dynamisch inefficiënt. Abonnementsysteem en dienstverband zijn transactie-efficiënt en ook allocatief en technisch efficiënt; 'case-payment' is allocatief en technisch efficiënt, maar minder transactie-efficiënt; het uurtarief genereert hoge transactiekosten omdat bij alle verrichtingen een normatieve tijdsbesteding geformuleerd moet worden, en de tijdsbesteding van de artsen voortdurend hieraan getoetst moet worden. Loondienst kan (op termijn) aanleiding geven tot technische en dynamische inefficiëntie, en daardoor waarschijnlijk ook tot allocatieve ondoelmatigheid.

3b) Wijzigingen in de honoreringssystematiek kunnen bijdragen aan een adequater beheersing van de volume- en kostenstijging, maar op zichzelf is de invloed daarvan tamelijk beperkt.

4) De honoreringssystematiek heeft weinig invloed op de verdeling van de middelen en wijzigingen daarin komen dan ook niet in conflict met het principe van de solidariteit.

5) Het (gedetailleerde) verrichtingensysteem lijkt uitdrukking te zijn van een 'technische' opvatting van geneeskunde: de arts wordt betaald voor wat aan de patiënt wordt 'gedaan'. Dit systeem werkt eraan mee dat de arts sneller geneigd is in te gaan op verlangens van patiënten 'iets' te doen, hetgeen op zijn beurt kan leiden tot overspannen verwachtingen bij de patiënten. Dit systeem zal dus 'gepast gebruik' door artsen niet bevorderen. Het uurtarief en de 'case-payment'-vergoeding hebben deze invloed niet, abonnementshonorarium en loondienst hebben mogelijk een matigende invloed op het gebruik van medische voorzieningen.
Vooral het 'case-payment' systeem lijkt aan te sluiten bij de persoonlijke verantwoordelijkheid van de arts (specialist) tot optimale zorgverlening (de arts heeft belang bij een zo effektief en doelmatig mogelijke zorgverlening aan de patiënt i.p.v. bij het doelmatig uitvoeren van een verrichting) en zal, bij een goede regeling van verwijzingen, het 'gepaste gebruik' vermoedelijk bevorderen.



10.5 Medische praktijk en wat daar meer is

De mogelijkheden van alle hierboven genoemde beheersinstrumenten om de gezondheidszorg op de gewenste wijze te beïnvloeden zijn beperkt. Voor een gedeelte liggen zij in de voorwaarden-scheppende sfeer en voor een deel bestaan zij erin de professie meer nadrukkelijk op haar verantwoordelijkheden aan te spreken. Duidelijk is evenwel dat het de professie zèlf is die het moet doen. Zonder de medewerking van de professie is het beleid tot mislukken gedoemd. In die zin is de professionele autonomie iets waar men niet omheen kàn.

Men kan het natuurlijk betreuren dat de mogelijkheden voor beleidsmakers om de gezondheidszorg te sturen zo beperkt zijn. Toch hebben wij in onze studie voortdurend gewezen op de meer principiële grenzen van het beheersingsstreven. Lang niet alle problemen kunnen worden opgelost door een méér aan beheersing. Dat geldt naar onze mening zeker niet in het minst voor de gezondheidszorg. Om die reden willen wij dit rapport eindigen met een aantal aanbevelingen, die niet zonder meer in *beleids*aanbevelingen kunnen worden vertaald:

1) Allereerst is het van belang de gezondheidszorg niet zozeer in termen van *doelen* te beschouwen, maar in termen van haar *bestemming*. Hoezeer wij ook tot kostenbeheersing en dergelijke willen komen, de medische grondsituatie (de patiënt die zich in zijn nood wendt tot de arts) zal zich blijven voordoen en daarbij zal de arts tot handelen moeten overgaan. Anders gezegd: in de medische praktijk zullen wij geconfronteerd blijven worden met de ervaring van (meer of minder ernstige) *verstoringen* in het leven van mensen, die zich daarmee zullen blijven wenden tot competente artsen.

2) In de tweede plaats zal de betekenis van de gezondheidszorg niet moeten worden overschat. Dat wil twee dingen zeggen: een méér en een mìnder. In onze tijd dreigt een verabsolutering van de gezondheidszorg omdat gezondheid in toenemende mate het *hoogste goed* lijkt te zijn, dat mensen in onze samenleving nastreven. Daarbij is het goed te beseffen dat de bijdrage die de gezondheidszorg aan het hoogste goed (hoe ook opgevat) kan leveren meestal gering is. Slechts een gedeelte van onze problemen is een medisch probleem. Daarom kan ook slechts een gedeelte van onze problemen door medisch handelen worden opgelost. Dit is evenwel geen pleidooi voor een relativering van het medisch handelen in die zin dat het een oproep zou zijn aan de arts om slechts op de strikt medische aspecten van de problematiek te letten en de andere te veronachtzamen. Integendeel, veeleer kan men de relatieve plaats van het medische slechts dan naar waarde schatten, wanneer men oog heeft voor de meer omvattende samenhang, waarin het medische geplaatst is. Derhalve dient een arts niet slechts op de medische aspecten te letten, maar op de medische aspecten in hun samenhang. Dit kan betekenen dat de arts in het oog-hebben voor de nood van de patiënt deze nood tegelijk ergens anders localiseert dan in het medische. Anders gezegd: het kan betekenen dat de arts recht doet aan de nood van de patiënt zonder tegelijk daarmee een *medische* behandeling van die nood als adekwaat de beschouwen. Dit betekent wel dat er veel meer oog moet komen voor de (veelal impliciete) *regulatieve* principes en gezichtspunten in de medische praktijk. Ieder beleid dat voorbijgaat aan deze sfeer zal op den duur zichzelf tegenkomen.

HOOFDSTUK 11
Aanbevelingen voor het overheidsbeleid

Gezien het feit dat dit rapport is vervaardigd in opdracht en met fondsen van het Ministerie van VWS menen wij er tot slot goed aan te doen uit onze studie enkele concrete aanbevelingen af te leiden voor het overheidsbeleid inzake de gezondheidszorg.

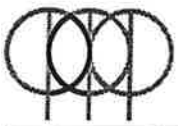
1. De kern van de medische praktijk wordt gevormd door de zorg gericht op het gezondheidsbelang van de patiënt. Om aan deze verantwoordelijkheid prioriteit te kunnen geven, dient de arts over een zekere behandelingsvrijheid te kunnen beschikken binnen het door de overheid te bewaken zorgstelsel. Deze behandelingsvrijheid vormt een wezenlijk element van de professionele autonomie. *Alle instrumenten voor volume- en kostenbeheersing moeten, alvorens ze worden ingevoerd, worden getoetst op hun effect op dit element van de professionele autonomie.*

2. Pas daar verdient de professionele autonomie ons respect waar de professie zich toetsbaar opstelt en de kwaliteit van de professionele zorg bewaakt. Wij denken hierbij o.a. aan intercollegiale toetsing, 'peer review' en funktioneringsgesprekken binnen de maatschap, consensusbijeenkomsten, protocollering. *De overheid dient deze professionele zelfregulering te bevorderen. In dit verband vragen wij nadrukkelijk opnieuw aandacht voor het Advies van de Gezondheidsraad 'Medisch handelen op een tweesprong'.*

3. De overheid dient de voorstellen omtrent concurrentie in de gezondheidszorg serieus te heroverwegen. *De introductie van marktwerking in de curatieve gezondheidszorg lijkt ons ongewenst.* De professionele autonomie dreigt op ethisch niet te rechtvaardigen wijze ingeperkt te worden, de informatieachterstand van de patiënt belemmert diens vrije keuze uit het aanbod en de transaktiekosten van noodzakelijke aanvullende regelingen zullen hoog zijn. *Een zekere marktwerking in de care-sector, met name zorg aan huis en verzorgingshuizen, lijkt ons wel mogelijk.* Dit kan goed samengaan met een verdere invoering van het zogeheten persoonsgebonden budget. Wel zal een en ander gepaard moeten gaan met kwaliteitsbewaking.

4. Budgettering is een effectief en binnen bepaalde grenzen ethisch goed te rechtvaardigen instrument tot volume- en kostenbeheersing. *Om een ethisch ongewenste inperking van de professionele autonomie te voorkomen, pleiten wij ervoor, dat de medische professie een zo groot mogelijke verantwoordelijkheid krijgt voor de besteding van budgetten die gebaseerd zijn op zorginhoudelijke criteria.*

5. *Wij bevelen de overheid aan om als honoreringsvorm voor medisch-specialisten (opnieuw) aandacht te schenken aan het case-payment systeem.* Als de kwestie van de prijsstelling bevredigend kan worden opgelost lijkt case-payment (voor bepaalde specialismen eventueel in combinatie met een basisinkomen uit dienstverband) de gunstigste combinatie te



bevatten van voor- en nadelen die aan iedere honoreringsvorm kleven.

6. Om beheersinstrumenten aan hun doel te laten beantwoorden, is de medewerking van de medische professie aan het gewenste beleid vereist. (Een gedemotiveerde professie zal onherroepelijk leiden tot kwaliteitsverlies). *De overheid dient daarom er naar te streven de medische professie te overtuigen van de noodzaak en de redelijkheid van haar beleid.* Aan de andere kant dient de professie zich te realiseren dat de professionele autonomie een verleende autonomie is, binnen een stelsel waarvoor de overheid een eigen verantwoordelijkheid heeft. Een willekeurige inperking zou onzes inziens echter alleen verliezers opleveren.

7. Wij wijzen de gedachte af dat de gezondheidszorg een volledig door de overheid te beheersen systeem is. *De overheid dient niet te streven naar een volledige beheersing van de gezondheidszorg; dit zal bij het wegnemen van eigen verantwoordelijkheden contra-produktief zijn voor de gezondheidszorg* en zou tevens in andere sectoren van de samenleving nadelige effecten kunnen hebben.

8. De medicalisering en de volume- en kostengroei van de gezondheidszorg hangen samen met een overheersend ethos, te weten overwaardering van de gezondheid en de gezondheidszorg en met een verlies van mogelijkheden tot zingeving en integratie van ziekte, handicaps en lijden in het leven. *Mede met het oog op beheersing van volume- en kostengroei van de gezondheidszorg doet de overheid er daarom goed aan erop toe te zien dat in het medisch onderwijs serieuze aandacht is voor (het leren hanteren van) vragen van zingeving en ethiek en in haar beleid ruimte te scheppen voor die maatschappelijke verbanden, die in dezen een positieve rol kunnen spelen* (godsdienstige en levensbeschouwelijke organisaties, kerken, andere geloofsgemeenschappen en dergelijke).

ACHTERGRONDSTUDIES EN APPENDICES

ACHTERGRONDSTUDIE 1
Geneeskunde, 'gezondheid' en de arts in historisch perspectief

1. Geneeskunst in preliteraire culturen

Voor de mens in de zgn. primitieve of beter, preliteraire culturen, hangt de zintuiglijk waarneembare werkelijkheid nauw samen met de geestelijke wereld. In heel zijn bestaan wist die mens zich betrokken op die geestelijke wereld en voelde zich daarvan afhankelijk. De wijze waarop het leven gestalte krijgt geeft uitdrukking aan de relatie tot de geestelijke wereld zoals de mens die ervoer. Overigens geldt dit niet alleen voor preliteraire culturen, maar ook voor de grote oude culturen, die het schrift wel kenden, bijv. Babel, Egypte en andere. Voor deze culturen kan, kernachtig samengevat, worden gezegd: cultuur is zichtbaar gemaakte godsdienst.[1] Bestaanszekerheid en geborgenheid werd gezocht in het onderhouden van een goede relatie met de geestelijke wereld, de geesten of de goden. Als achtergrond van ziekte, ongelukken en natuurrampen, zag men dan ook een verstoring in de relatie met die geestelijke wereld. Wanneer een ziekte of verwonding in ernst de religieuze mogelijkheden of de mogelijkheden van verzorging binnen de eigen familiekring te boven ging, dan raadpleegde men degene die de relatie met de geestelijke wereld bemiddelde, de medicijnman, priester, sjamaan of hoe die ook genoemd werd. Door zijn speciale kennis en religieuze of magische vermogens, was deze in staat om verstoringen in de relatie tot de geesten te herstellen, of aanwijzingen te geven hoe herstel kon worden bereikt. In de behandeling van ziekten speelden dan ook religieuze dan wel magische praktijken een centrale rol (rituelen, bezwering, gebruik van bepaalde tovermiddelen, exorcisme, e.d.). Praktische handelingen als het gebruik van kruiden, was altijd ingevoegd in het religieuze verstaan van de wereld; deze middelen werden gezien als dragers van bepaalde geestelijke kracht.[2, 3, 4]

Heel in het algemeen kunnen we twee conclusies trekken die voor het vervolg van dit betoog van belang zijn:

1) De arts en de priester waren zo niet dezelfde persoon, dan toch functionarissen, die zeer nauw met elkaar verbonden waren en belangrijke posities vervulden in die samenleving.

2) Ziekte werd verstaan als bedreiging van het bestaan, als onheil in de volle zin

---

[1] Bavinck JH. *Inleiding tot de zendingswetenschappen.* Kampen: Kok 1954. Graaff F de. *Als goden sterven,* Rotterdam: Lemniscaat 1970[2], i.h.b. hfdst. 2; Visser H. *Religion und soziales Leben bei den Naturvölkern.* Dl.1 Prolegomena. Kampen: Kok, 1911: vooral hfdst. 1, p.1-49.

[2] Lyons AS, Petrucelli RJ. *Medicine. An illustrated history.* New York: Adams 1978, p.19-151.

[3] Visser H. *Religion und soziales Leben bei den Naturvölkern.* Dl.II, die Hauptprobleme. Kampen: Kok, 1911, p.447-470. Schipperges (1972) p.179-214; hier in het bijzonder p.181-182.

[4] Lain Entralgo P. *Heilkunde in geschichtlicher Entscheidung.* Salzburg: Otto Müller Verlag z.j., p.23-47.

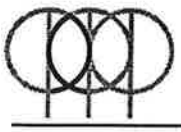
van het woord, als verwerping door de geestelijke wereld, en als gevolg daarvan eventueel ook door de samenleving; gezondheid was het bewijs van de gunst der goden, de geesten en werd daarom verstaan als heil, opnieuw in de volle zin van het woord.

2. Het klassieke Griekenland

Bovenstaande conclusies gelden in het algemeen ook voor het oude Griekenland tot ongeveer de 7e eeuw voor Christus. In de 7e eeuw komt evenwel een andere manier van denken, een andere relatie tot de werkelijkheid op, die als voorloper van onze rationaliteit beschouwd kan worden. Dit denken ontwikkelt zich aanvankelijk naast de bestaande religies, maar gaat deze geleidelijk aan toch meer en meer aan kritiek onderwerpen. Naast de priestergeneeskunst treedt dan ook tussen de 7e en 5e eeuw een meer wetenschappelijke geneeskunde op. In de vijfde eeuw voor Christus is in Griekenland de scheiding tussen arts en priester voltrokken.[5] De arts let dan meer op natuurlijke achtergronden en oorzaken van ziekte en aandoeningen en niet zozeer op geestelijke. Genezing probeert hij ook tot stand te doen komen door behandelingen die niet meer als direkt religieus of magisch gezien kunnen worden en door voorschriften aangaande de levenswijze als eten, slapen, rust, hygiëne en dergelijke. Deze meer wetenschappelijke geneeskunde, waarvan Hippocrates als het prototype gezien kan worden, hing samen met de natuurfilosofie van de grote Griekse natuurfilosofen Thales, Anaximander, Anaximenes, Heraclitus en Empedocles.[6] Deze theoretische achtergrond van de geneeskunde wordt aangeduid als humoraal pathologie. De 'wetenschappelijke' arts had in het oude Griekenland ook een belangrijke pedagogische taak en daarmee ook een preventieve. Deugden van het lichaam en van de ziel zouden nauw samenhangen.[7] Een goede levensstijl zou namelijk de gezondheid in stand houden, dàn wel bevorderen. De hippocratische geneeskunde werd voortgezet en uitgewerkt door Galenus (± 131-201).

Naast de wetenschappelijke geneeskunst bleef in de Oudheid lange tijd de meer religieuze geneeskunst bestaan, tot in de eerste eeuwen van onze jaartelling.[8] De religieuze geneeskunst werd in belangrijke mate beoefend in de zgn. tempelgeneeskunst, waarbij mensen genezing zochten in tempels van Asclepios en Apollo. Hierbij hebben waarschijnlijk hypnose en het verschijnsel dat later magnetisme is genoemd een belangrijke rol gespeeld.[9] Ten tijde van Galenus, het hoogtepunt van de hippocratische geneeskunst, behoorde de Asclepioscultus tot de meest verbreide verlossingscultussen.[10] In die religieuze geneeskunst werd als voorheen een nauw verband ervaren

[5] Heyne R. Christendom en Geneeskunde. In: Hagen JH. *Geloven in gezondheidszorg.* Lochem: De Tijdstroom 1982, p.63-65.
[6] Lain Entralgo (z.j.) p.48-53; Lyons & Petrucelli (1978) p.185-195.
[7] Heyne (1982) p.69.
[8] Lain Entralgo (z.j.) p.48-78.
[9] Kraan KJ. *Opdat u genezing ontvangt.* Gideon z.j., p.175-178.
[10] Kraan (z.j.) p.107.



tussen gezondheid en heil. In de wetenschappelijke geneeskunde was dit niet op die wijze het geval. Wel stond deze geneeskunst in dienst van het Griekse schoonheids- en gezondheidsideaal, dat een zeer belangrijke rol speelde in de antieke Griekse en Hellenistische cultuur. Gezondheid werd beschouwd het hoogste goed, en tevens als een deugd waarvoor men ook zelf verantwoordelijkheid droeg.[11] Overigens is het goed te bedenken dat ook de meer wetenschappelijke geneeskunde nog altijd beoefend werd vanuit een religieus bepaalde wereld- en mensbeschouwing, ook al was die religie voor het concrete handelen van minder betekenis geworden.

3. Invloed van het Christendom tot de Nieuwe Tijd

In het vroege christendom bestond veel aandacht voor de lijdende mens, in navolging van het voorbeeld van Jezus Christus. Het gebed om genezing en de gaven van genezing speelden in de kerk dan ook een belangrijke rol. Deze gaven van genezing zijn eeuwenlang aanwezig gebleven in de christelijke kerk. Verscheidene kerkvaders betuigden dat door het gebed, door handoplegging of zalving met olie door de gelovigen vele zieken zijn genezen. Dit werd door hen ook aangevoerd ter verdediging van het christelijke geloof en christelijke kerk.[12]

Wel is het zo dat in de loop van de Middeleeuwen deze charismatische geneeskunst zich meer en meer tot de clerus beperkte en dat deze soms vergezeld ging van verschijnselen die aan magie verwant waren, zoals het gebruik van relikwieën die genezende kracht zouden bezitten.[13]

In haar houding tegenover de geneeskunst uit de antieke cultuur, was de kerk selectief. Alles wat verbonden was met de dienst aan de afgoden werd verworpen. Anderzijds nam het christendom in het algemeen de Galeense pathologie, de ziekteleer en de opvattingen over therapie over.[14] Echter, elementen van het Galeense gedachtengoed die geen betrekking hadden op de medische wetenschap werden in het algemeen afgewezen. Toch wil dat niet zeggen dat in de eerste eeuwen van het christendom de Galeense geneeskunde door iedereen werd aanvaard. Sommige kerkvaders, met name Tatianus en Tertullianus meenden dat het gebruik van geneesmiddelen wel aan de heidenen was toegestaan, maar niet aan hen die Christus volgen. Genezing diende gezocht te worden in de weg van gebed en exorcisme.[15] Anderzijds accepteerde Basilius wel de antieke diëtiek, al zette hij er niet alle hoop op.[16] In het algemeen kan men zeggen dat de kerkvaders gepoogd hebben geestelijk heil en lichamelijk welzijn zorgvuldig te onderscheiden. Gezondheid en herstel van ziekte was wel een teken van het heil, maar gezondheid en het heil in godsdienstig opzicht vielen beslist niet samen. "Ziekte en gezondheid werden beide gezien in hun relatie tot het eeuwig heil, als

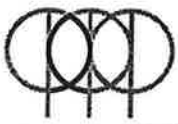
[11] Heyne (1982) p.69.
[12] Kraan (z.j.) p.456-468.
[13] Lyons & Petrucelli (1978) p.286; Heyne (1982) p.81.
[14] Lain Entralgo (z.j.) p.114.
[15] Heyne (1982) p.75.
[16] Heyne (1982) p.82.

momenten waarin zich Gods werk openbaart. Hierdoor werd ook het Griekse ideaal van de lichamelijke gezondheid gerelativeerd".[17] Het christendom heeft dus een relativering gebracht van zowel het klassieke gezondheidsideaal als van gezondheid als heil in de religieuze zin van het woord.[18]

Het voorbeeld van Christus heeft de christelijke kerk geïnspireerd tot het zoeken van genezing met en voor zieken, maar ook tot het zorgen voor zieke en arme mensen. Al in de 4e eeuw werd de zorg voor zieke en behoeftige mensen door de kerk geïnstitutionaliseerd in hospitia. Het concilie van Nicea (325) stelde de oprichting van deze hospitia verplicht voor de bisschoppen. Voor het eerst in de geschiedenis werd langdurende zorg geboden aan de zieken, armen en maatschappelijk uitgestotenen.[19] Dit betrof naar eigen opvatting overigens niet een specifiek medische taak, maar werd gezien als een algemeen christelijke opdracht.[20] Het ging hierbij eerst ook meer om de verzorging van de zieken dan om de genezing. Aanvankelijk werden ze vooral gesticht in het gebied van het oosterse christendom, het latere Byzantium. In het gebied van het westerse, Latijnse christendom was het belangrijkste initiatief dat van Benedictus van Nursia (480-543) die het klooster op de Monte Casino stichtte, op de plaats waar eerder een tempel van Apollo stond. De verzorging van de zieken stond bij Benedictus centraal. Men moest de zieke verzorgen, als ware hij de Here zelf (*quasi Dominus*). De bestudering van de (wetenschappelijke) geneeskunde wees Benedictus af.[21]

Tot ongeveer het einde van het West-Romeinse keizerrijk (476, toen werd de laatste romeinse keizer afgezet door de Gothische koning; in 410 was Rome al ingenomen door de Gothen) waren de artsen waarschijnlijk uitsluitend leken, dat wil zeggen niet-clerus. Door de val van het Romeinse Rijk en de politieke en maatschappelijke instabiliteit die het gevolg waren van de volksverhuizingen, liep de betekenis van de klassieke geneeskunde, gebaseerd op Hippocrates en Galenus, in de meeste gebieden van het Romeinse Rijk terug. De invloed en betekenis van de volksgeneeskunde nam toe, in het bijzonder van de kruidengeneeskunde, maar ook van bepaalde oude heidense gebruiken van bijv. de druïden.[22] Voorzover kennis van de antieke cultuur aanwezig bleef in het christelijke Europa, bleef deze bewaard binnen de kloosters. Want hoewel Benedictus de studie van de (antieke) geneeskunde had afgewezen, hebben zijn volgelingen geschriften waaronder medische, uit de Grieks-Romeinse cultuur bestudeerd en gekopieerd. In de kloosters werd de religieuze geneeskunst gecombineerd met wat over was van de klassieke geneeskunde.[23] Het concilie van Aken (897) legt de uitoefening van de geneeskunde en ziekenverzorging bijna uitsluitend in handen van de geestelijkheid.[24, 25] Het grootste deel van de Middeleeuwen concentreerde de zorg

[17] Heyne (1982) p.81.
[18] Heyne (1982) p.70, 81.
[19] Lyons & Petrucelli (1978) p.272.
[20] Heyne (1982) p.73.
[21] Heyne (1982) p.86; Lyons & Petrucelli (1978) p.276.
[22] Heyne (1982) p.283, 286.
[23] Kraan (z.j.) p.110, 111.
[24] Heyne (1982) p.83.
[25] Toellner R (red.). *Illustrierte Geschichte der Medizin*. Salzburg: Andreas & Andreas Verlagsbuchhandel 1986, p.756-7.



voor zieken en de medische wetenschap zich in de kloosters. De meeste artsen waren geestelijken en werkten in of bij de ziekenhuizen, welke aan de kloosters behoorden. Ook het medische onderwijs vond plaats in de klooster- en kathedraalscholen.[26] Deze kloostergeneeskunde beleefde haar bloeitijd tussen de 9e en 12e eeuw.

En hoewel de geneeskunde uit de Oudheid geen belangrijke rol speelde in de Middeleeuwen tot de 11e eeuw, hebben de kloosters toch een draad van continuïteit met de klassieke geneeskunde weten vast te houden, ook al was dit vaak een dunne draad. In sommige kloosters, met name in Italië, werd die continuïteit wat nadrukkelijker bewaard. Ook hier is het beste voorbeeld wellicht het Benedictijner klooster op de Monte Casino. Hier heeft Cassiodorus een deel van zijn leven doorgebracht en heeft gewerkt aan de vertaling van klassieke geschriften.[27] Dit klooster is van betekenis geweest bij het ontstaan van de medische school in het nabij gelegen Salerno. Van deze school wordt melding gemaakt vanaf het midden van de 9e eeuw. De school van Salerno had vanaf het begin een zeer internationaal en multi-cultureel karakter. Het was ook een Vrije school, dat wil zeggen dat deze niet beheerd werd door de Kerk. Het was één van de weinige lekeninstellingen in het medische onderwijs in de Middeleeuwen. Deze school van Salerno is later in de Middeleeuwen van grote betekenis geweest voor de ontwikkeling van de medische wetenschap. Na eeuwen van stagnatie trad in het Christelijk cultuurgebied een verdere ontwikkeling op van de medische wetenschap toen vanaf de 11e eeuw via het Arabische cultuurgebied de kennis van de klassieke wetenschappen, aangevuld met nieuwe wetenschappelijke ontwikkelingen van dat gedachtengoed door de arabisten, de Latijnse christenheid binnenkwam.[28]

Concluderend kunnen we stellen dat in het christelijke cultuurgebied gedurende het grootste deel van de Middeleeuwen geneeskunde en ziekenverzorging plaatsvonden binnen de kloosters en stond onder de leiding van de christelijke kerk. De meeste artsen waren geestelijken. Gebed, handoplegging, exorcisme, zalving met olie, hadden een belangrijke plaats in het handelen van de artsen, naast het gebruik van diëtiek, van geneeskrachtige kruiden en een gering aantal handelingen die wij nu medisch-technisch zouden noemen. De belangrijkste was wellicht het aderlaten.

Het religieuze stempel op de geneeskunst in de Middeleeuwen komt tot uitdrukking in de opvatting omtrent gezondheid, ziekte, de positie van de arts, en behandeling. Gezondheid, ziekte en genezing werden geïnterpreteerd vanuit het heilshistorische kader van het paradijs (*constitutio*), het aardse leven na de val (*destitutio*), en de opstanding, het herstel (*restitutio*). Deze heilshistorische duiding van gezondheid, ziekte en herstel gaf de mogelijkheid ziekte een betekenis, een zin te verlenen. Ziekte en lijden was in dit aardse bestaan onvermijdelijk maar hadden niet het laatste woord. Ziekte werd ook niet alleen negatief opgevat en gezondheid niet altijd positief. Gesproken werd ook van de gevaarlijke gezondheid (*sanitas perniciosa*) en van de heilzame

[26] Lyons & Petrucelli (1978) p.286; Toellner (1978), p.756.

[27] Lyons & Petrucelli (1978) p.283.

[28] Heyne (1982) p.86-87; Toellner (1978) p.865. Andere plaatsen met beroemde medische scholen of fakulteiten waren Montpellier, Bologna en Padua; met name aan deze scholen/universiteiten werd de overgang gemaakt naar een modern-wetenschappelijke geneeskunde; zie Toellner (1978) p.727-749.

ziekte (*infirmitas salubris*).[29] Ziekte werd dan ook niet als een principieel defect gezien dat hersteld kan worden en ook niet als een proces dat men moet bijsturen, maar als een voorbijgaande *status deficiens*, dat wil zeggen een zwaktetoestand, een ontologisch tekort.[30] Genezing was dan ook geen reparatie of rehabilitatie, maar een omvormende handeling op de weg naar het heil. Daarnaast bevatte het gezondheidsconcept ook het element van het vermogen ziekte en lijden te dragen. Tot de kunst van het leven (*ars vivendi*) behoorde ook de kunst te sterven (*ars moriendi*). In iedere lijdende werd een broeder van Christus, ja Christus zelf gezien (vgl. Matth. 25), achter iedere arts Christus als de barmhartige helper (*Christus Medicus*). Herstel betekende de terugkeer van de levenskracht (*viriditas*). De arts was hierbij niet degene die d.m.v. voorschriften en handelingen de genezing doet komen, maar meer de moderator, de leider van de verandering die leidt tot herstel van de krachten. Het ethos van de arts lag dan ook niet in het genezen, maar in de barmhartigheid. De arts werd gezien als de dienaar van de patiënt.[31] Van de arts had men in de Middeleeuwen hoge verwachtingen. Niet zozeer in technisch opzicht, als wel in moreel opzicht en voor wat betreft zijn vermogen tot meeleven en betoon van barmhartigheid.[32]

4. Opkomst van het modern-wetenschappelijke denken

Deze opvatting aangaande ziekte, gezondheid, herstel en de positie en de taak van de arts veranderde grondig gedurende de nieuwere tijd. Het begin van deze verandering ligt in de hoge middeleeuwen, de 11e en 12e eeuw. In de scholastiek deed onder invloed van de wetenschappen van de arabisten de klassieke Griekse opvatting weer opgeld dat de wereld een natuurlijke orde bevatte die door de menselijke rede te doorzien en te verklaren zou zijn. 'Natuur' was aanvankelijk tevens een normatief begrip. Er was een natuurlijke orde, die weliswaar voor God niet absoluut was, maar die voor de mens wel als gegeven normatieve orde gold. Medisch handelen moest dan ook altijd de natuurlijke orde respecteren en trachten te herstellen.

De arts is in deze visie dan ook een dienaar van de 'potentia Dei ordinata', dat wil zeggen een dienaar van de geordende potentie, macht van God, zoals die in de natuurlijke orde in de werking van geneesmiddelen en herstel tot uitdrukking komt. De genezing, zo zegt Thomas van Aquino, heeft haar innerlijk principe in het vermogen van de natuur, dat wil zeggen in de orde van de goddelijke potentie, en haar uiterlijk principe in de kunst van de arts. De kunst bootst de natuur na en kan haar slechts helpen. Met zijn ratio kan de mens de goddelijke orde van de natuur leren verstaan en dan met zijn kunst daarop inwerken en meehelpen aan de genezing van de zieke.

---

[29] Engelhardt D von. Das Verständnis von Gesundheit und Krankheit in den europäischen Kultur. In: Bonn K van (ed.). *Dokumente Deutschen Evangelischen Kirchentag Ruhrgebiet 1991.* München: Chr. Kaiser 1991, p.782-792.

[30] Schipperges H. Anthropologien in der Geschichte der Medizin. In: Gadamer H-G, Vogler B (ed.). *Neue Anthropologie, II, Biologische Anthropologie.* Stuttgart: Georg Thieme 1972, p.190-191.

[31] Heyne (1982) p.86; Schipperges (1972) p.191.

[32] Toelner (1978) p.786.

In de loop van de 13e eeuw is een andere, noordelijke of moderne opvatting opgekomen. De filosofie van Duns Scotus staat hierin centraal. Meer nog dan oneindig verstand is God volgens Scotus oneindige, absolute macht, die Hij in vrijheid kan gebruiken. Wat de mens maakt tot imago Dei is in dit denken van Duns Scotus dan ook niet zozeer de ratio, maar de vrije wil. Het intellect is onderworpen aan de wil, leert Scotus. Als beeld Gods heeft ook de mens in zekere zin absolute potentie, die hem stelt boven alle ordeningen van de natuur; hierin bestaat zijn waardigheid. Met andere woorden, volgens Scotus is niet alleen voor God, maar ook voor de menselijke geest elke natuurlijke noodzakelijkheid in de geschapen wereld in principe een noodzakelijkheid *ex suppositione*, dat wil zeggen een voorwaardelijke noodzakelijkheid. Hierin ligt een mogelijkheid van rechtvaardiging van het streven naar een steeds grotere technische beheersing van de natuur. De kunst (de geneeskunst) is niet meer nabootsen van de natuur, maar een vrije schepping van werken en daden. De menselijke geest kan ook dingen tot stand brengen die de natuur vreemd zijn, machines, apparaten etc. De mens is niet meer onderworpen aan de *anánke phýseos*, maar tracht door middel van wetenschap en techniek zich daarboven te verheffen en die noodzakelijkheid van de natuur te doorbreken.[33] Tegelijkertijd begon men de geschiedenis te zien als vooruitgang, hetgeen gepaard ging met de gedachte dat de mens de natuur door zijn handelen kon veranderen; daarbij werd de wereld gezien als een grote werkplaats voor de mens als ambachtsman.[34] De stroming binnen de scholastiek die deze gedachten ontwikkelde en uitdroeg en daarmee een aanzet heeft gegeven tot de ontwikkeling van de moderne wetenschap is het nominalisme.

Binnen de vele universiteiten die door de scholastiek zijn gesticht, maakte het denken zich onder invloed van dit nominalisme meer en meer los van het onderwijs van de kerk, van de overgeleverde dogma's. Dit proces begon reeds in de 10e en 11e eeuw aan de vrije universiteiten, maar voltrok zich enkele eeuwen later ook aan de universiteiten die onder toezicht stonden van de kerk en waarvan de Universiteit van Parijs wellicht de belangrijkste was op het Europese vasteland.

In diezelfde periode, de 12e en 13e eeuw ging het beheer van ziekenhuizen geleidelijk van kloosters over in handen van de stedelijke overheid.[35] Overigens bleven de ziekenhuizen zich tot in de 18e en 19e eeuw concentreren op de zorg voor armen, gehandicapten en chronisch zieken in plaats van op de behandeling van acute ziekten,[36] en bleven met name nonnen, betrokken bij de verzorging van die mensen.

[33] Lain Entralgo P. Das Christentum und die Medizinische Technik. *Arzt und Christ* VI (1960) p.129-140.
[34] Le Goff J. *De intellectuelen in de middeleeuwen.* Amsterdam: Wereldbibliotheek 1989, p.88-98.
[35] Lyons & Petrucelli (1978) p.338.
[36] Lyons & Petrucelli (1978) p.462.

ACHTERGRONDSTUDIE 2
Praktijk, handelen en verantwoordelijkheid
Een wijsgerige verantwoording van enkele begrippen

1. Inleiding

In deze studie willen wij door middel van een *structuuranalyse* van de *medische praktijk* een beeld schetsen van de *specifieke verantwoordelijkheid* van de arts. Daaruit moeten dan tevens conclusies getrokken kunnen worden ten aanzien van de ruimte die de arts nodig heeft om zijn verantwoordelijkheid naar behoren te vervullen. In termen van het debat omtrent professionele autonomie zou men kunnen zeggen: welke autonomie (speelruimte) heeft de professie als geheel en ieder individueel lid daarvan[1] nodig om naar behoren de professionele verantwoordelijkheden te kunnen vervullen. Inzicht daarin is nodig om afwegingen te kunnen maken ten aanzien van de vraag of, en zo ja, hoe ingegrepen moet worden in de bevoegdheden en vrijheden van de arts om tot besparingen in de gezondheidszorg te komen.

In deze achtergrondstudie willen wij duidelijk maken wat wij onder een structuur-analyse verstaan en een aantal wijsgerig-antropologische termen introduceren, die voor ons onderwerp van belang zijn. Dat doen wij door in algemene termen een wijsgerige kader te schetsen van de begrippen 'handelen', 'praktijk' en 'verantwoordelijkheid'. In het vierde hoofdstuk van dit rapport hebben wij dit begrippenkader benut voor een meer specifieke analyse van de medische praktijk.

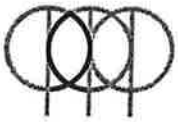
2. De subsumptie-theoretische opvatting

In talloze verhandelingen over de medische zorg komt men het begrip 'medische praktijk' tegen. Toch wordt de betekenis van dit begrip zelden of nooit geëxpliciteerd. Dikwijls krijgt men de indruk dat men het begrip gebruikt om de beroepspraktijk van de arts af te zetten tegen de medische wetenschap: geneeskunst versus geneeskunde.[2] Wat de arts in de praktijk doet is iets heel anders dan de theorie die aan de medische faculteit van de universiteiten wordt gedoceerd.

Traditioneel is de verhouding tussen geneeskunde en geneeskunst veelal gedacht in termen van wetenschappelijke theorievorming en toepassing daarvan in de praktijk. Of - verwant daarmee - in termen van de verhouding tussen het algemene en het abstracte

[1] Zie voor het belang van dit onderscheid tussen de professie als geheel en de professional als het individuele lid daarvan: KNMG. Professioneel kiezen. Rapport Commissie Medische Ethiek. *Medisch Contact* 47 (17 januari 1992) no.3, p.90.

[2] Vgl. Rager G. Medizin als praktische Wissenschaft. Zur Grundlegung des ärtztlichen Handelns. *Artzt und Christ* 37 (1991) no.2.



tegenover het bijzondere (individuele) en concrete.[3] Deze wijze van denken, die wij in het vervolg de *subsumptie-theoretische*[4] zullen noemen, is echter in hoge mate vertekenend. Wij zullen daar onze eigen opvatting tegenover zetten, waarin het begrip 'praktijk' een essentiële rol speelt.

Om deze opvatting evenwel te plaatsen is het van belang eerst nader in te gaan op de subsumptie-theoretische opvatting. Daaronder verstaan wij de opvatting dat de rationaliteit van het handelen binnen een bepaalde praktijk afhankelijk is van de mate waarin men handelt overeenkomstig wetenschappelijke kennis en maatstaven. Anders gezegd: de wetenschap draagt zorg voor de totstandkoming van theorieën omtrent de wetmatigheden in de empirische werkelijkheid. Deze kennis wordt vervolgens in de praktijk toegepast op bijzondere gevallen. De kunst is dan om het bijzondere geval te onderkennen als vallend onder een algemene wetmatigheid.

Vooronderstelling van deze opvatting is dat wetenschappelijke kennis algemeengeldig en nomologisch (wetmatig) van karakter is. Deze opvatting van kennis wordt ook dikwijls de *deductief-nomologische* opvatting genoemd.

Tot de kenmerken van de *deductief-nomologische* opvatting van wetenschap behoort tevens de stringente scheiding tussen 'Sein' en 'Sollen', het ideaal van een waardevrije wetenschap. Alles draait om een zo objectief mogelijke weergave van empirische regelmatigheden. Deze kan slechts bereikt worden door iedere normatieve beoordeling tijdens het wetenschappelijke proces uit te schakelen of - voorzover zij onvermijdelijk is - zoveel mogelijk te expliciteren.

Kenmerkend voor de subsumptie-theoretische denkwijze zijn dus de volgende vooronderstellingen:

1) de rationaliteit van het handelen wordt bepaald door de mate waarin het op wetenschappelijke kennis is gebaseerd;

2) de praktische werkzaamheid van de kennis is gebaseerd op haar nomologische karakter;

3) de werkzaamheid van de kennis wordt gegarandeerd door de stringente scheiding tussen waarden en feiten: wetenschappelijke kennis is een neutrale verklaring van feitelijke standen van zaken.

Consequentie van deze zienswijze is dat de normativiteit van rationele praktijken slechts een uiterlijke is: de rationaliteit heeft betrekking op de middelenkeuze met betrekking tot vastgestelde doelen. Normatieve vragen hebben slechts betrekking op de keuze van doelen of op de randvoorwaarden waarbinnen het handelen plaatsvindt, niet op de rationaliteit van het handelen zelf. Dit laatste is, om het zo te zeggen, normatief neutraal. Voorzover de medische praktijk geconstitueerd wordt door de hedendaagse techniek[5] bestaat dit vooroordeel ook veelvuldig ten aanzien van het medische handelen: de normatieve discussies hebben slechts betrekking op de doelen en de grenzen

[3] Glas G. Clinical practice and the complexity of medical knowledge. Paper presented at the First World Congress 'Medicine and Philosophy: Sciences, Technologies and Values', May 30 - June 4, 1994, Paris, p.4v.

[4] Vgl. Gremmen B. *The mystery of the practical use of scientific knowledge*. Z.p. 1993 (proefschrift Universiteit Twente).

[5] Vgl. Have H ten & Wackers G. In de greep van medische technologie. *Wijsgerig Perspectief* 28 (1987/88) no.3, p.82-83.

van het medische handelen, maar niet op het medisch-technische handelen zelf. Daarmee wordt het intrinsiek normatieve karakter van de medische praktijk en technologie miskent, waardoor de ethiek ook systematisch te laat in het spel wordt gebracht.

In deze studie willen wij een andere opvatting van normativiteit verdedigen, die naar voren komt wanneer men het begrip praktijk een meer specifieke invulling geeft.

3. Het begrip 'praktijk'

Ook Bouma et al. gebruiken de term 'medical practice' in hun studie *Christian faith, health and medical practice*.[6] Maar zij willen het begrip een specifieker inhoud geven. Daarom sluiten zij zich aan bij de omschrijving die MacIntyre heeft gegeven van het begrip 'practice': "By a 'practice' I am going to mean any coherent and complex form of socially established cooperative human activity through which goods internal to that form of activity are realized in the course of trying to achieve those standards of excellence which are appropriate to, and partially definitive of, that form of activity, with the result that human powers to achieve excellence, and human conceptions of the ends and goods involved, are systematically extended".[7]

Waarom verwijzen de genoemde auteurs naar deze definitie van MacIntyre? Zij halen een drietal dimensies uit deze definitie naar voren. In de eerste plaats wordt nadruk gelegd op het feit dat het in een praktijk gaat om 'human activity', "subject to all the limitations, that mark human beings".[8] In de tweede plaats wordt een praktijk gekenmerkt door het nastreven van 'internal goods'. En een derde dimensie wordt gevormd door het streven naar 'standards of excellence'. Onze belangstelling gaat met name uit naar de laatste twee dimensies: het feit dat een praktijk wordt gekenmerkt door haar eigen interne 'goederen' en haar eigen maatstaven voor kwaliteit.

Een praktijk kan dus worden opgevat als een geïnstitutionaliseerde ('socially established') vorm van menselijk handelen, die wordt gekenmerkt door 'internal goods'. Anders gezegd: praktijken zijn levensvormen (zie § 4.3.1), die worden gekwalificeerd door 'internal goods'. Met dit laatste begrip is per implicatie het bestaan van 'external goods' gegeven.

Onder 'internal goods' verstaat MacIntyre die doelen van een praktijk, die alleen kunnen worden gespecificeerd in termen van die praktijk zelf en die alleen kunnen worden geïdentificeerd en onderscheiden door in deze praktijk te participeren.[9] 'External goods' zijn daarentegen slechts uiterlijk en toevallig verbonden aan een bepaalde praktijk, afhankelijk van de sociale context.

Met betrekking tot de term 'internal goods' stuiten wij op een vertaalprobleem, dat zakelijk relevant lijkt te zijn. Het lijkt voor de hand te liggen om het begrip 'good' op te

---

[6] Bouma III H, Diekema D, Langerak E, Rottman Th & Verhey AD, *Christian faith, health and medical practice*. Grand Rapids MI: Eerdmans 1989, p.102v.

[7] MacIntyre A. *After virtue. A study in moral theory*. London: Duckworth 1985[2], p.187.

[8] Bouma et al. (1989) p.105.

[9] Bouma et al. (1989) p.188v.

vatten als een synoniem voor het begrip 'goal', doel. Zo wordt het bijv. opgevat door Bouma et al.[10] Over de vraag of deze vertaling juist is geeft MacIntyre geen uitsluitsel. Hij heeft het over 'goods' 'to be gained' door middel van participatie aan een praktijk.

In ons betoog zullen wij het begrip 'internal goods' opvatten als de 'bestemming' van een praktijk. En daarbij maken wij nadrukkelijk onderscheid tussen de begrippen 'doel' en 'bestemming': "De bestemming geeft uitdrukking aan de typische interne aard van de beschouwde menselijke activiteit en is als zodanig invariabel en onafhankelijk van de mens, terwijl doelen subjectief door de mens worden gesteld".[11] Verderop in deze achtergrondstudie zullen we het begrip 'bestemming' nader specificeren.

In verband met de 'internal goods' die voor een praktijk constituerend zijn spreekt MacIntyre tevens van de daarmee gegeven 'standards of excellence': "A practice involves standards of excellence and obedience to rules as well as the achievement of goods. To enter in a practice is to accept the authority of those standards and the inadequacy of my own performance as judged by them. It is to subject my own attitudes, choices, preferences and tastes to the standards which currently and partially define the practice. Practices (...) have a history (...). Thus the standards are not themselves immune from criticism, but nonetheless we cannot be initiated into a practice without accepting the authority of the best standards realized so far".[12] Deelnemers van een bepaalde praktijk moeten over de competentie beschikken om de regels die voor de betrokken praktijk constituerend zijn te kunnen uitvoeren en tegelijk bereid zijn hun 'performance' aan de voor die praktijk geldende 'standards of excellence' te laten toetsen.[13]

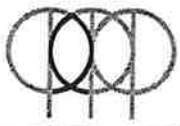
---

[10] Bouma et al. (1989) p.105

[11] Vgl. Strijbos S. *Het technische wereldbeeld*. Amsterdam: Buijten & Schipperheijn 1988, p.185. Strijbos verwijst naar Dooyeweerd H. *A new critique of theoretical thought*. Amsterdam/Philadelphia 1957, vol. III, p.570v.

[12] MacIntyre (1985) p.190.

[13] MacIntyre introduceert het begrip 'praktijk', omdat hij het nodig heeft voor zijn poging het begrip 'deugd' (virtue) nieuw leven in te blazen. In de moderne tijd is dit begrip gesneuveld. De moderne tijd wordt gekenmerkt door een breuk met de *teleologische* wijze van denken, die in het klassieke denken dominant was. Daarvoor in de plaats treedt het middel-doel-schema. Volgens dit 'framework' "all human activities are either conducted as means to already given or decided ends or are simply worthwhile in themselves or perhaps both". MacIntyre (1985) p.273.
Deze breuk met de teleologische denkwijze heeft geleid tot een verenging van de ethische vraagstelling. MacIntyre laat dit zien door in te gaan op de spanningsverhouding tussen het fundamentalistische rationalisme enerzijds en het (in zekere zin als reactie daaruit voortvloeiende) emotivisme anderzijds. Waar het onmogelijk blijkt normen en waarden van een rationeel fundament of een objectieve grondslag te voorzien, dreigt er een radicale scheiding van zijn en behoren, feiten en waarden te ontstaan. Zin en normativiteit worden naar de privé-sfeer verbannen. Slechts de instrumentele rationaliteit van de (vooral empirische) wetenschap kan nog objectieve geldigheid claimen en daardoor op publieke erkenning aanspraak maken. Deze moderne patstelling in de ethische discussie tracht MacIntyre te doorbreken.
Met behulp van het begrip 'practice' wil MacIntyre de intrinsieke normativiteit van 'levensvormen' laten ien. Normativiteit is niet in eerste instantie gelegen in de subjectieve doelenkeuze van mensen en ligt evenmin opgesloten in de handeling als zodanig (los van de eventuele gevolgen) als een doel in zichzelf. Veeleer moet men de normativiteit van het handelen zoeken in het complex van regels dat een praktijk constitueert en reguleert. Met behulp van deze zienswijze wil MacIntyre het begrip 'deugd' herwaarderen binnen de ethische discussie en wel in de betekenis van de kwaliteiten, die nodig zijn om de "goods internal to practices" te kunnen bereiken.
Toegepast op een begrip als de 'medische praktijk' zou dit betekenen, dat het tot de 'internal goods' van deze



3.1 Levensvormen

Het begrip 'practice' zoals dat door MacIntyre wordt geïntroduceerd en door Bouma c.s. wordt toegepast op de sfeer van het medische, maakt duidelijk dat levensvormen (vormen van menselijk handelen) intrinsiek normatief van aard zijn. Dat betekent dat men voor een analyse van het medisch handelen en van de medische praktijk niet alleen niet om het normatieve heen kan, maar dat een dergelijke analyse normatief *is*. Slechts door onderkenning van het normatieve in de medische praktijk kan men de medische praktijk als zodanig onderscheiden en analyseren.

Deze stand van zaken laat zich het best inzichtelijk te maken door het begrip 'praktijk' nader te expliciteren aan de hand van het begrip levensvorm. Dit begrip is van Wittgenstein afkomstig.[14] Hij probeerde ermee te laten zien dat menselijke handelingen (als betekenisvol gedrag) altijd plaatsvinden binnen een context, die door intersubjectief gedeelde regels wordt mogelijk gemaakt. Dergelijke contexten noemde hij levensvormen. Men zou het begrip levensvorm aldus kunnen opvatten als het complex van mogelijkheidsvoorwaarden voor bepaalde handelingen.[15]

Om dit duidelijk te maken willen wij eerst ingaan op het verschil tussen handelen en gedrag.

3.2 Handelen en gedrag

Wat moet nu precies verstaan worden onder 'medische praktijk'? Wellicht kan men daarop het beste antwoorden: het geheel van instituties en verbanden waarbinnen medisch handelen plaatsvindt. Te denken valt aan huisartsen-praktijken, ziekenhuizen, verpleeghuizen en gezondheidscentra. Om een bepaalde praktijk nu als een specifiek medische praktijk te kunnen specificeren, kan men - zo volgt uit het voorafgaande - niet om een normatieve idee omtrent het medische heen. Waarom niet? Omdat handelen intrinsiek normatief is. Men kan handelingen slechts daarin van gedrag (of gebeurtenissen) onderscheiden, dat zij een normatieve beoordeling mogelijk maken. Anders gezegd: gedrag vindt eenvoudigweg plaats, maar handelingen zijn kritiseerbaar.

Wittgenstein heeft 'ontdekt' dat men dit onderscheid tussen handelingen en gedrag

---

praktijk behoort om als een arts goed je werk te doen, de ontwikkelingen in het vak bij te houden, de patiënten goed te behandelen en waar mogelijk te genezen. Al deze bekwaamheden zijn specifiek voor het beroep van de arts alszodanig. De arts moet als hij een goed arts wil zijn zich naar vermogen in deze zaken bekwamen. Een architect die eveneens probeert excellent te zijn in zijn vak, zal zich moeten bekwamen in andere vermogens. Anders gezegd: voor de genoemde vakbekwaamheden is de *praktijk*, waarin zij worden beoefend constituerend.

Tegelijk is het in onze samenleving gangbaar (sociale context), dat een arts door middel van zijn medisch handelen ook in zijn levensonderhoud voorziet. En dit kan zelfs (één van) zijn hoofddoelstelling(en) zijn. Hij zou voor het artsenberoep gekozen kunnen hebben om zoveel mogelijk geld te verdienen. Toch is het verdienen van geld geen 'internal good' van de medische praktijk. Immers, om te kunnen voorzien in het eigen levensonderhoud kan men behalve arts net zo goed architect, ambtenaar of universitair docent worden. Daarom is het voor de beoordeling van de kwaliteit van een specialist niet van belang te weten hoe hoog zijn inkomen is. Het is niet zo dat men een excellenter arts is naarmate men een hoger inkomen heeft. MacIntyre (1985) p.273.

[14] Zie: Wittgenstein L. *Philosophical investigations*. Oxford 1953, §§14, 15, 16.

[15] Vgl. Oudemans ThCW. *De verdeelde mens. Ontwerp van een filosofische antropologie*. Meppel/Amsterdam: Boom 1980.

het beste duidelijk kan maken aan de hand van taal.

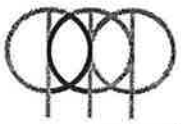
Stel: men legt iemand die niet kan lezen en die ook niet weet wat lezen is een blad papier voor met daarop in grote zwarte letters een woord afgedrukt. De persoon in kwestie zou misschien lange tijd naar het papier staren en mogelijk zelfs allerlei associaties hebben bij de 'zwarte vlekken' die hij ziet (gedrag), maar wat hij ook doet, wij zouden het geen 'lezen' noemen. Stel nu vervolgens dat de persoon in kwestie een analfabeet is. In dat geval mag men aannemen, dat hij weet wat lezen is, maar zonder de kunst van het lezen te beheersen. Hij zal wellicht denken dat van hem verwacht wordt het woord dat op papier staat voor te lezen en het zweet zal hem daarbij uitbreken (angstreactie: gedrag). Misschien dat hij vervolgens - om zijn analfabetisme te verbergen - zal zeggen, dat hij het papier niet kan voorlezen, omdat hij zijn bril vergeten is. In dit geval verricht hij een handeling. Hij probeert zijn analfabetisme te verbergen door op omstandigheden te wijzen, die hem het lezen onmogelijk zouden kunnen maken. Deze handeling is kritiseerbaar. Men kan immers beoordelen of de poging van de persoon in kwestie om de aandacht van zijn analfabetisme af te leiden al dan niet geslaagd is. Het zal duidelijk zijn dat het slagen van de handeling in het onderhavige geval niet waarschijnlijk is. Immers, het woord staat in zulke grote letters afgedrukt, dat men slechts in zeer uitzonderlijke gevallen een bril nodig zou hebben om het te kunnen lezen.

Ook deze 'afleidingsmanoevre' van de analfabeet zou door ons - hoezeer het ook om een kritiseerbare handeling gaat - niet als behorend tot de praktijk van het lezen worden gerekend. Zelfs wanneer het argument: "ik ben mijn bril vergeten" geldig was (d.w.z. de persoon in kwestie is geen analfabeet, maar kan zonder bril de tekens niet ontcijferen), dan nog zouden we de handeling niet beschouwen als een 'leeshandeling', maar veeleer als een handeling die erop gericht is om duidelijk te maken dat aan de noodzakelijke voorwaarden om over te gaan tot de praktijk van het lezen niet is voldaan.

Met deze opmerkingen zijn we bij de praktijk van het lezen zelf aangekomen. Wij leggen ons papier aan iemand voor, die lezen kan en geen bril nodig heeft of deze reeds op heeft. Deze persoon zal ons zonder moeite het afgedrukte woord voorlezen. Deze handeling behoort onmiskenbaar tot de praktijk van het lezen. Het is een handeling, aangezien zij kritiseerbaar is (men kan het woord goed of fout voorlezen). Het is bovendien een handeling die nader gespecificeerd kan worden als een leeshandeling. Dat wil zeggen: de criteria die wij aanwenden voor onze beoordeling van de handeling worden ontleend aan de regels die gelden voor de praktijk van het lezen.[16]

In bovenstaande voorbeeld was sprake van gedrag (het hebben van associaties bij het zien van onbegrijpelijke tekens; het uitbreken van het angstzweet) en van handelingen (de opmerking dat men niet kan lezen, omdat men zijn bril vergeten is; het voorlezen van een woord). Het is duidelijk dat handelingen in tegenstelling tot gedrag *interne* beoordelingen toelaten. Men kan natuurlijk ook gedrag beoordelen. Men kan

[16] Zie voor een goede inleidende beschouwing omtrent de vraag wat onder regel-geleid gedrag moet worden verstaan: Duintjer OD. *Rondom regels - Wijsgerige gedachten omtrent regelgeleid gedrag.* Meppel/ Amsterdam: Boom 1977, p.23-66.



bijv. opmerken: het is onaangenaam wanneer het angstzweet je uitbreekt in bepaalde situaties. Een dergelijke beoordeling is echter niet *intern*, maar *extern*. Je kunt het iemand niet kwalijk nemen, dat het angstzweet hem uitbreekt. (Hoogstens kun je iemand verwijten dat hij niet gedaan heeft wat hij moest doen, zodat het onvermijdelijk is geworden dat het angstzweet hem uitbreekt op het moment dat dit wordt vastgesteld. Maar ook in dat geval verwijt je iemand niet dat hem het angstzweet uitbreekt). Concluderend: handelingen laten *interne* beoordelingen toe.

3.3 Interne beoordelingen

Interne beoordelingen zijn beoordelingen van gebeurtenissen, gedragingen of handelingen, waarbij iemand voor het gebeurde verantwoordelijk gesteld wordt. Als de betrokkene uit het bovenstaande voorbeeld onzorgvuldig leest, dan kan hij daarop worden aangesproken: "je hebt het woord niet volgens de daarvoor geldende regels voorgelezen".

Men kan dit ook anders zeggen: interne beoordelingen zijn slechts daar mogelijk waar regels (normen, waarden) *gelden*. Om iets intern te kunnen beoordelen, moet men zelf in staat zijn de geldigheid van regels te onderkennen. Maar zelfs dit laatste is nog te zwak uitgedrukt. Men moet de geldigheid van regels niet alleen kunnen onderkennen, men moet (tenminste in potentie) ook deelnemer zijn van de betreffende praktijk. Om te kunnen beoordelen of iemand een bepaalde passage uit een boek goed voorleest (denk aan de zogenaamde leesgroepen op de basisschool), moet ik zelf deze passage volgens de regels kunnen voorlezen. Om de geldigheid van een bepaalde handeling te kunnen beoordelen aan de hand van de regels die ervoor gelden, moet ik het gelden van deze regels ook zelf erkennen. Ik kan mij met andere woorden niet opstellen als de kritische observant, die zelf part noch deel heeft aan de beoordeelde praktijk. Ik kan pas beoordelen of iemand een passage goed leest, wanneer ik zelf die passage (goed) meelees. De beoordeling of iemand zich onderwerpt aan de regels die gelden voor de praktijk van het lezen staat mij slechts open wanneer ik mijzelf aan deze regels onderwerp. Deze intrinsieke normativiteit is zo basaal, dat ik niet eens zou weten dat iemand zich met de praktijk van het lezen bezig zou houden, als ik van de regels die daarvoor gelden geen flauw benul zou hebben. Om het lezen als lezen te kunnen onderkennen, moet ik de regels die daarvoor gelden erkennen.

4. Constitutieve en regulatieve principes

In het voorafgaande hebben wij levensvormen opgevat als het complex van mogelijkheidsvoorwaarden voor bepaalde handelingen. En een essentieel onderdeel van deze mogelijkheidsvoorwaarden wordt gevormd door de regels, die de basis zijn van het handelen in een bepaalde praktijk. Deze regels geven leiding aan de vormgeving van handelingen en vormen tevens de grond voor hun kritiseerbaarheid. Basisgegeven ten aanzien van deze regels is dat ze intersubjectief zijn: niemand kan eenmalig en alleen een regel volgen (Wittgenstein).

Om een beter begrip te krijgen van de aard en het karakter van deze regels willen

wij nader ingaan op het begrip 'competentie'. Dit begrip ontleent zijn bekendheid aan de linguist Noam Chomsky. Het begrip functioneert binnen het onderscheid tussen competentie en performantie. Onder competentie wordt daarbij "die Fähigkeit eines idealen Sprechers, ein abstraktes System sprachgenerativer Regeln zu beherrschen".[17] Deze vaardigheid bestaat er niet in, dat de spreker in staat is de regels expliciet te formuleren. Veeleer gaat het om een impliciet regelbewustzijn waarover een spreker moet beschikken om correcte taaluitingen te kunnen doen. De concrete uitoefening van deze competentie wordt vervolgens als performantie aangeduid.

In onze studie willen wij het begrip 'praktijk' nader uitwerken met behulp van dit competentie-begrip. Met Gremmen vatten wij een praktijk op als 'competente performance'. Dit betekent dat de competentie niet ligt in een expliciet regelbewustzijn, maar dat 'the competence in the performance' is. Anders gezegd: een compententie heeft meer te maken met *knowing how* dan met *knowing that*. Daarbij moet de verbinding tussen regel en handeling of tussen competentie en performance als een interne verbinding worden opgevat[18]: men kan de performance niet anders beoordelen dan als de performance van een competentie.

Voor zijn praktijk-begrip sluit Gremmen zich aan bij de 'taalspel-analyse' van Wittgenstein. Kenmerkend voor deze analyse is de eenheid van taal, taalgebruik en handelen. Wittgensteins taalfilosofie is geen semantiek: een theorie van de taal die zich beperkt tot de betekenis van de taaltekens, of semiotiek: een theorie van de taaltekens, maar een pragmatiek: de betekenis van een taaluiting ligt in de context waarbinnen zij gebruikt wordt. De vraag naar de betekenis van taaluitingen is voor Wittgenstein een vraag naar het complex van taaluitingen, handelingen en praktijken waarbinnen zij functioneren. Dergelijke complexen kunnen worden opgevat als door regels geconstitueerde levensvormen. Om participant te kunnen zijn van een dergelijke levensvorm, dient men over de bijbehorende regelcompetenties te beschikken. Sterker nog: men kan een bepaalde praktijk of levensvorm slechts begrijpen in zoverre men er een potentieel participant van is.

Het type analyse waarbij men een praktijk tracht te begrijpen in termen van regels, regelgeleid gedrag en regelcompetentie wordt bij Wittgenstein dikwijls aangeduid als 'grammatica'.[19] Beslissend is daarbij niet dat iemand de regels van de grammatica kent, maar veeleer dat hij ze beheerst.[20] Om vast te stellen of iemand al dan niet competent is om een bepaalde rol te spelen binnen een bepaalde praktijk moet men een beroep doen op de regels, die de betreffende praktijk definiëren. Het is dus ook geen gemeenschappelijke eigenschap die regels tot regels maken, maar veeleer hun functioneren in een praktijk. Een regel is geen logisch, maar een socio-logisch begrip.[21] Belangrijk aan dit regel-begrip is de intrinsieke relatie tussen regel en hande-

[17] Vgl. Habermas J. Vorbereitende Bemerkungen zu einer Theorie der kommunikativen Kompetenz. In: Habermas J & Luhmann N. *Theorie der Gesellschaft oder Sozialtechnologie*. Frankfurt 1979 (1971), p.101.

[18] Gremmen (1993) p. 79v.

[19] Wittgenstein (1953).

[20] Wittgenstein (1953) §150.

[21] Gremmen (1993) p.89.

ling[22]: "no intermediary can be interposed between its two terms to effect a connection. The rule and its 'extension' are not two things that can be grasped independently of one another, but are internally related".

Door een praktijk te beschouwen in termen van een 'competent performance' tracht Gremmen zich te ontworstelen aan de greep van een traditioneel begrip van praktijk, dat hij als het subsumptie-model heeft getypeerd. In dit model wordt de rationaliteit van een praktijk opgehangen aan de mate waarin het handelen daarbinnen is gebaseerd op wetenschappelijke kennis. Binnen het nieuwe concept van praktijk kan veel meer recht gedaan worden aan het intrinsiek normatieve karakter van alle praktijken, inclusief de technische en de wetenschappelijke praktijk.[23] Gremmen werkt dit perspectief uit door veel aandacht te besteden aan de criteria die bepalen of een 'practitioner' competent is.

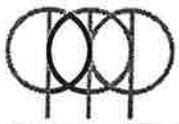
De hierboven uiteengezette beschouwingswijze sluit goed aan bij een onderscheid dat in de wijsbegeerte van Dooyeweerd een belangrijke rol speelt: het onderscheid tussen de *wetszijde* en de *subjectszijde* (of: *feitelijkheidszijde*) van de werkelijkheid. Volgens Dooyeweerd bestaat de werkelijkheid niet op zichzelf, maar is de zin van alles wat is, gelegen in het feit dat al het zijnde is in betrokkenheid op de wet die ervoor geldt. Om de werkelijkheid naar haar aard te begrijpen is het dus van belang de aandacht te geven aan wederzijdse betrokkenheid van wat is (het zijnde) en de wet die ervoor geldt. Deze zienswijze laat zich voortreffelijk verhelderen met behulp van bovenstaande verhaal over praktijken. Immers, de zin van het handelen dat binnen een bepaalde praktijk plaatsvindt is gegeven met de regels, waarmee dit handelen overeenstemt. Daarbij kan men beide zaken niet van elkaar losmaken: handelingen en regels. Zij bestaan slechts in wederzijdse betrokkenheid: de regels maken het overeenkomstige handelen mogelijk, terwijl deze handelingen de regels tot uitdrukking brengen. Noch het één, noch het ander kan op zichzelf beschouwd worden. Tegelijk is duidelijk dat de regels geen opgelegde, heteronome werkelijkheid vormen, waaraan het zijnde onderworpen is. Integendeel: het handelen binnen een praktijk zou als handelen niet eens onderkend kunnen worden, als het geen *interne beoordelingen* toeliet, die uit de aard van de praktijk zelf voortvloeien.

Met behulp van de hierboven uitgewerkte relatie tussen regels en handelen is het onzes inziens mogelijk recht te doen aan de intrinsieke normativiteit van praktijken of levensvormen. Met Gremmen willen ook wij het begrip 'praktijk' opvatten in termen van 'competent performance'. Daarmee kunnen wij een verband leggen tussen het begrip 'practice' zoals we dat hebben aangetroffen bij MacIntyre en een filosofische beschouwingswijze die nauw aansluit bij een aantal noties van Wittgenstein met betrekking tot regelgeleid gedrag.

Nu wordt in de filosofische traditie die aansluit bij de taalspel-analyse van Wittgenstein dikwijls een onderscheid gemaakt tussen *constitutieve* en *regulatieve* regels voor bepaalde levensvormen of praktijken. In bepaalde opzichten kan dit onderscheid heel nuttig zijn voor ons onderzoek. Daarom willen wij er nader op ingaan.

---

[22] Gremmen (1993) p.83.
[23] Gremmen (1993) p.63v.



Searle maakt het volgende onderscheid tussen constitutieve en regulatieve regels: constitutieve regels definiëren een bepaalde praktijk, terwijl regulatieve regels een bepaalde, reeds alszodanig bestaande praktijk nader reguleren. Zo leggen de spelregels van het voetbalspel vast wat onder voetbal verstaan moeten worden: zij definiëren de voetbal-praktijk. Dat de twee aanvoerders van de beide teams elkaar echter de hand schudden voor het beginsignaal van de scheidsrechter is veeleer een regulatieve regel: zij schrijven handelingen voor in een reeds onafhankelijk daarvan bestaande praktijk.[24]

Voor ons onderzoek kunnen wij het onderscheid tussen *constitutieve* en *regulatieve* regels goed gebruiken. Maar wij zullen het onderscheid anders interpreteren en tevens enkele nadere begripsonderscheidingen aanbrengen.

In de eerste plaats willen wij onderscheiden tussen principes en regels (of normen). Onder de eerstgenoemde verstaan wij datgene wat het mogelijk maakt om een bepaalde praktijk als een bepaalde praktijk te onderscheiden en te typeren. Op dit niveau zullen wij onderscheiden tussen *constitutieve* en *regulatieve* principes, waarbij wij binnen de constitutieve principes nog nader onderscheiden tussen *funderende* en *kwalificerende*. Onder regels (of normen) verstaan wij historisch concrete postiveringen van deze principes voor de concrete invulling van een handelingspraktijk. Principes zijn namelijk aangewezen op positivering[25], menselijke, subjectieve vormgeving. Op het niveau van de regels hebben wij dus van doen met wetten, normen, gedragsregels, standaarden, criteria, gedragscodes, conventies en dergelijke die binnen een bepaalde praktijk actueel gelden.

---

[24] Hoewel dit onderscheid intuïtief overtuigend is, is het nog niet zo gemakkelijk vast te leggen, waarop het verschil precies vastzit. Regulatieve regels hebben volgens Searle de vorm van imperatieven: 'Do X' of 'If Y do X'. Sommige constitutieve regels hebben deze vorm ook, maar andere komen voor in de vorm van 'X counts as Y' of 'X counts as Y in context C'. Searle spreekt tevens van 'logically dependent' en 'independent'. Regulatieve regels reguleren praktijken die ook zonder die regels al bestaan (verkeersregels bijv.). Het bestaan van dergelijke praktijken is dus 'logically independent' van deze regels. Constitutieve regels daarentegen constitueren het bestaan van een bepaalde praktijk. Het bestaan van dergelijke praktijken is dus 'logically dependent' van deze regels. Het is de vraag evenwel wat dit onderscheid verheldert? Ofwel: wat is de betekenis van een concept als logische (on-)afhankelijkheid? In het geval van regulatieve regels kan het handelen dat met de regel overeenstemt beschreven worden zonder verwijzing naar de regel. "But where the rule (or system of rules) is constitutive, behaviour which is in accordance with the rule can receive specifications or descriptions which it could not receive if the rule or rules did not exist". Searle J. *Speech acts*. Cambridge 1969, p.35; zie ook Gremmen (1993) p.94. Tegen de achtergrond van de gesignaleerde problemen in het onderscheid tussen constitutieve en regulatieve regels stelt Gremmen een ander onderscheid voor: spelregels en speelregels (p.178). De constitutieve regels worden opgevat als 'definitie-regels' die overeenkomen met de regels die Wittgenstein bedoelt in de term 'grammatica van levensvormen' (spelregels). Binnen een door dergelijke spelregels geconstitueerde praktijk leren de deelnemers het spel zo goed mogelijk te spelen op basis van ervaringen (ervaringsregels of speelregels). Daaronder verstaat hij de regels die bepalen hoe men binnen een gegeven context het beste handelingen kan uitvoeren (wat geldt als een goede schaakzet en wat als een slechte). Spelregels daarentegen leggen vast wat als een schaakzet geldt. Of met Gremmen: "Defining rules tell us what we must do, while (...) experience rules tell us what we ought to do", (p.86) Speelregels staan dus nooit op zichzelf maar zijn afhankelijk van de regels die het spel definiëren. Het voorbeeld van het schaakspel is daarbij inderdaad zeer verhelderend. De spelregels bepalen wat een correcte of incorrecte zet is. Maar iemand die de spelregels beheerst en precies weet welke zetten geoorloofd zijn en welke niet is daarmee nog geen goed schaker. In iedere praktijk (opgevat als "competent performance") spelen beide typen regels een rol.

[25] Vgl. Dooyeweerd H. *De wijsbegeerte der wetsidee*. Amsterdam 1935, deel II; p.175v.; H. Dooyeweerd (1957) vol. II, p.237v; Troost A. *Syllabus Praxeologie*. Amsterdam: Vrije Universiteit 1983, p.76v.

Een bepaalde menselijke handelingspraktijk wordt nu gekenmerkt door de onderlinge verhouding van de verschillende principes en de daaraan gestalte gevende regels. Onder het *kwalificerende* principe verstaan wij het principe dat de zin of bestemming van een praktijk bepaalt. Zo wordt de praktijk van de rechtspraak gekwalificeerd door het beginsel van gerechtigheid/vergelding. De praktijk van het ondernemen daarentegen door het beginsel van spaarzaamheid/doelmatigheid. De medische praktijk wordt gekwalificeerd door het ethische principe van naastenliefde/weldoen/zorg.

Naast het kwalificerende principe kan men met betrekking tot praktijken *funderende* principes onderscheiden: principes die weliswaar niet kwalificerend zijn, maar die desondanks zo'n fundamentele betekenis daarvoor hebben, dat zij 'ontsloten'[26] dienen te zijn om de betrokken praktijk in haar huidige gestalte mogelijk te maken.

Met betrekking tot de medische praktijk kan men ten aanzien van deze *funderende* principes denken aan de ontwikkeling van wetenschap en technologie, maar ook aan recht en economie, die in het medisch handelen zijn voorondersteld en waaraan door de arts evenzeer recht dient te worden gedaan.

Tenslotte kan men nog *regulatieve* principes onderscheiden. Hoezeer ook de *funderende* en *kwalificerende* principes constitutief zijn voor een bepaalde praktijk en daarmee de competentie van de participanten van die praktijk definiëren, is de vormgeving, ontwikkeling en ontsluiting van een praktijk tevens iets dat de sfeer van het constituerende overschrijdt. Toegepast op de medische praktijk kan men stellen dat medische zorg niet op zichzelf staat maar onderdeel uitmaakt van een samenhangend complex van praktijken en activiteiten, die gericht zijn op wat men het *goede leven* of het *hoogste goed* zou kunnen noemen. Een competent arts moet zijn handelen tevens voortdurend verantwoorden in het licht van deze regulatieve sfeer, die de grenzen van het strikt medische overschrijdt.

Het zijn de aldus nader onderscheiden regels en principes, die gezamenlijk de specifieke verantwoordelijkheid van menselijke actoren binnen de praktijken waarin zij participeren vastleggen. Om dit nader te verhelderen willen wij daarom nader ingaan op het begrip verantwoordelijkheid.

5. Verantwoordelijkheid, competentie en autonomie

Bij de introductie van het begrip professionele autonomie hebben wij er reeds op gewezen, dat meerderen een voorkeur hadden voor het begrip 'professionele verantwoordelijkheid'. Tevens hebben wij in die context Hubben geciteerd, die meent dat er een belangrijk onderscheid bestaat tussen verantwoordelijkheid en autonomie (zie hfdst. 3.3.2). De verantwoordelijkheid van de arts voor zijn handelingen en verrichtingen staat

[26] In termen van Dooyeweerds 'modaliteitenleer' kan men zeggen dat het begrip 'ontsluiting' het proces aanduidt "waarin de modale aspecten van een ding worden geopend in de richting van latere aspecten; het is met andere woorden het proces waarin de anticipaties op latere aspecten worden verwerkelijkt". Woudenberg R van. *Gelovend denken. Inleiding tot een christelijke filosofie*. Kampen/Amsterdam: Kok/Buijten & Schipperheijn 1992, p.177.

buiten kijf. Het is zo bezien onzinnig om een pleidooi te voeren voor het handhaven of veilig stellen van de professionele verantwoordelijkheid. Waar de professionele autonomie bedreigd kan worden, geldt dat niet voor de professionele verantwoordelijkheid.

Men kan deze verhouding tussen verantwoordelijkheid en autonomie beter inzichtelijk maken met behulp van het begrip 'competentie' zoals we dat hierboven hebben uiteengezet. Immers, om verantwoordelijkheid te kunnen dragen binnen een bepaalde praktijk, dient men de regels te beheersen, die de betreffende praktijk constitueren. Anders gezegd: de regels van een bepaalde praktijk leggen de verantwoordelijkheid vast. Een kind dat de regels van de taal nog maar zeer gebrekkig beheerst zal niet steeds aangesproken worden op zijn fouten. Maar van een student op de universiteit mag men anders verwachten: hij wordt geacht over de competentie tot correct taalgebruik te beschikken. Daarom zal men hem wel verantwoordelijk stellen voor zijn fouten.

Het begrip 'autonomie' daarentegen duidt veeleer de ruimte aan, waarbinnen men zijn competentie uit kan oefenen ofwel de zelfstandige beslissingsbevoegdheid en de onafhankelijkheid in de uitoefening van de eigen competentie. Iemand kan volledig competent zijn tot het uitvoeren van 'open hartoperaties' zonder daarvoor de ruimte te krijgen omdat de overheid de geldkraan voor die voorziening heeft dichtgedraaid. De betrokkene is daarbij ten volle verantwoordelijk voor de operaties die hij uitvoert. Ook is hij ten volle verantwoordelijk voor de wijze waarop hij iemand behandelt, die (nog) niet tot een dergelijke operatie is toegelaten. Maar de arts in kwestie krijgt niet de ruimte om het budget te overschrijden en kan dus niet tot behandeling overgaan. Hier wordt hij in de uitoefening van zijn competentie beperkt en wordt zijn autonomie dus aangetast.

Tot zover over het onderscheid tussen autonomie en verantwoordelijkheid. Een volgende vraag is die naar de reikwijdte van het begrip verantwoordelijkheid. In het bovenstaande is gesteld dat ieder verantwoordelijk is voor de wijze waarop hij zijn competentie uitvoert en daarbij beoordeeld kan worden op het feit in hoeverre hij zich volgens de regels van de betreffende praktijk gedraagt. Maar met het handelen conform de voor een praktijk geldende regels is iemands verantwoordelijkheid niet uitgeput. Ook de vraag waarom iemand zich überhaupt begeeft in een bepaalde praktijk of levensvorm behoort tot zijn verantwoordelijkheid. En hetzelfde geldt voor de vraag naar de beoordeling van de regels die binnen een bepaalde praktijk actueel gelden. Deze vragen laten zich niet beantwoorden zonder dat men een standpunt inneemt dat de gezichtspunten van de diverse levensvormen waarin men zich begeeft, overschrijdt. Men kan dit ook anders zeggen: een menselijk individu gaat nooit op in de maatschappelijke rollen die hij speelt. Hij is ook nog degene die beoordeelt welke rollen hij spelen wil en of hij de rollen zo spelen wil als ze volgens de actueel geldende regels gespeeld moeten worden.[27] Op dit niveau is de uitoefening van een competentie voortdurend betrokken

[27] Dit punt wordt door Apel en Habermas steeds naar voren gebracht in hun kritiek op Wittgenstein. Deze kritiek gaat uit van de vraag naar de zelfverantwoording van Wittgensteins onderneming. Men kan immers aan Wittgenstein vragen binnen welk taalspel de uitspraken die hij doet over de taalspelen zèlf

op de meer fundamentele overtuigingen van de persoon in kwestie aangaande de aard en zin van de werkelijkheid waarin hij leeft. Later zullen we in verband met het begrip 'ethos' op deze regulatieve principes terugkomen.

6. Het vermogen tot het afleggen van verantwoording: aanspreekbaarheid

Habermas breidt de reikwijdte van het linguïstische competentie-begrip belangrijk uit door te spreken van een competentie tot communicatief handelen. Deze uitbreiding is voor ons van belang omdat zij ons nader inzicht kan bieden in de vraag wat de menselijke verantwoordelijkheid opgevat als het vermogen tot het afleggen van verantwoording eigenlijk inhoudt.

Onder het communicatieve handelen verstaat Habermas het handelen op basis van of gericht op de totstandkoming van overeenstemming of consensus. De competentie om aan het communicatieve handelen te kunnen deelnemen reikt echter veel verder dan het linguïstische competentiebegrip, dat het vermogen tot het voortbrengen van correct geformuleerde taaluitingen behelst. Het gaat Habermas veeleer om de handelingen die men met het doen van taaluitingen verricht: taalhandelingen. Vandaar dat Habermas spreekt van een pragmatiek: hij wil de dimensie ter sprake brengen van de handelingen die wij verrichten wanneer wij met elkaar spreken en aanspraak maken op de geldigheid van onze uitspraken.

De competentie tot het deelnemen aan het communicatieve handelen kan worden opgevat als het vermogen tot het afleggen van verantwoording. Wij hebben al laten zien dat deze competentie de competentie tot deelname aan een bepaalde praktijk of levensvorm overschrijdt: zij omvat niet slechts de beheersing van de regels die voor bepaalde praktijken constitutief zijn, maar tevens de regulatieve principes van waaruit mensen überhaupt leven en aan hun handelen richting geven. In deze paragraaf willen wij een aantal fundamentele karakteristieken van dit vermogen of deze competentie in kaart brengen.

Dat de mens beschikt over een vermogen om zich te verantwoorden betekent dat de mens voor de dingen die hij doet en de handelingen die hij uitvoert redenen kan

---

gedaan zijn en kunnen worden. Veronderstelt het zinvolle spreken over taalspelen niet een geheel eigen taalspel? En moet men dit taalspel duiden als één onder vele of als een geheel eigensoortig taalspel?
Een uitgebreide verhandeling over dit probleem zou voor deze studie te ver voeren. Vgl. hiervoor Hoogland J. *Meer van het zelfde? Een onderzoek naar het identiteitsbegrip van Jürgen Habermas*. Rotterdam 1987, 21v. Maar wel is belangrijk dat de opvatting van Apel en Habermas belangrijk is vanuit de vraag naar het begrip van verantwoordelijkheid. De verantwoordelijkheid van iemand stopt immers niet bij de praktijken waarbinnen hij als competent deelnemer kan optreden. De mens kiest ook in verantwoordelijkheid van welke praktijken of levensvormen hij deel uitmaakt of uitmaken wil en van welke niet. Vgl. Troost (1983) p.44. Met andere woorden: het vermogen van mensen om deelnemer te zijn van zinvolle levensvormen of praktijken heeft alles te maken met een omvattender vermogen, namelijk het vermogen tot communicatief handelen. Habermas J. *Zur Logik der Sozialwissenschaften - Materialien*. Frankfurt a/M. 1970, p.242.
Het is deze meer omvattende competentie, die lange tijd het belangrijkste onderwerp vormt van Habermas' werk. Al in 1971 begint hij te werken aan een theorie van de communicatieve competentie. Het is mijn (JH) voorstel om deze meer omvattende competentie op te vatten als het vermogen van de mens om zich te verantwoorden. Dit wordt uitgewerkt in § 6.

geven. Een reden is in tegenstelling tot een oorzaak niet een verschijnsel dat slechts uiterlijk of contingent verbonden is met een ander verschijnsel - het gevolg - maar heeft er veeleer een interne, logische verbinding mee.[28]

Men kan zich verantwoorden op zeer verschillende niveau's. Welk niveau in een concrete situatie aan de orde is wordt bepaald door de vraag waar de vanzelfsprekende overeenstemming of consensus ten aanzien van het handelen ophoudt of stukloopt. Zo kan men zich nader moeten verantwoorden over de wijze waarop men iets gedaan heeft: was het wel de meest effectieve manier?; is er voldoende rekening gehouden met de sociale verhoudingen waarbinnen het handelen plaatsvond? Maar ook kunnen de doelen van het handelen aan de orde gesteld worden of kan de zin van het handelen worden betwijfeld.

Verantwoording vind dus primair daar plaats waar mensen worden opgeroepen zich nader te verklaren over het hoe en waarom van hun handelen. En men verantwoordt zich door de gronden voor het handelen aan te geven. Er is sprake van een toereikende verantwoording wanneer de consensus over de gronden hersteld is. Waar deze consensus evenwel uitblijft moet het verantwoordingsproces worden voortgezet.

Het is evenwel duidelijk dat een dergelijk verantwoordingsproces niet tot in het oneindige kan worden voortgezet. In dat geval zou het immers onmogelijk zijn jezelf te verantwoorden.[29] Wie iedere reden voor zijn overtuiging of handelen met een beroep op een voorafgaande reden zou moeten verantwoorden, zou nooit meer tot een overtuiging of handeling komen.

Een oplossing voor dit probleem zou kunnen zijn aan te nemen, dat men in ieder verantwoordingsproces zijn overtuiging of handeling verantwoordt door een beroep te doen op beweringen die ontwijfelbaar waar zijn of die logisch uit dergelijke beweringen kunnen worden afgeleid. Over de geldigheid van de funderende beweringen mag dan natuurlijk geen twijfel bestaan. Met Brümmer zou men een dergelijke absolute grond de basis kunnen noemen van een 'gerechtvaardigd waar geloven'.[30] De geschiedenis van de filosofie laat echter zien, dat er geen duidelijk criterium is aan te geven, waaraan beweringen moeten voldoen om ontwijfelbaar waar te zijn. Daarom moet deze oplossing, die vaak als funderingsdenken wordt aangeduid, worden afgewezen als het er om gaat de vraag te beantwoorden, waar het proces van verantwoording kan worden beëindigd. Daarom kan de vraag gesteld worden of het feit dat de keten van redenen die wij ter verantwoording van onze overtuiging of handeling kunnen aanvoeren onvermijdelijk beperkt is ook tot de conclusie leiden moet, dat iedere verantwoording noodzakelijk ontoereikend is?

Deze vraag kan men herformuleren in de volgende vraagstelling: is het mogelijk

---

[28] Apel K-O. *Die Erklären/Verstehen-Kontroverse in transzendental-pragmatischer Sicht*. Frankfurt a/M. 1979, p.112v.

[29] Vgl. Duintjer (1977) p.82. Aan Lewis Caroll ontleent Duintjer het volgend citaat: "Wie bij logisch redeneren iedere stap eerst wil rechtvaardigen aan de hand van een expliciete regel komt nooit toe aan het maken van gevolgtrekkingen" (p.77); vgl. Winch P. *The idea of a social science and its relation to philosophy*. London 1958, p.55-57.

[30] Brümmer V. *Wijsgerige begripsanalyse - Een inleiding voor theologen en ander belangstellenden*. Kampen: Kok 1983^2, p.198v.

(denkbaar) dat er een grond is, die ter verantwoording voldoet, zonder zelf een ontwijfelbare ware bewering te zijn? Immers, het lijkt erop dat er slechts van verantwoording sprake kan zijn, wanneer het mogelijk is dat de ter verantwoording aangevoerde redenen geldig zijn zonder zelf nog weer gegrond te zijn. Niet iedere grond kan zelf gegrond zijn. En als het zo is, dat er gesproken kan worden van het 'ongegrond-zijn van de grond', dan is de volgende vraag: is het zo dat we genoegen moeten nemen met een ongegronde grond, omdat het factisch nu eenmaal onmogelijk is om eindeloos verder te gaan of kan men dit ook principiëler beredeneren? Anders gezegd: is het zo dat een verantwoordingsproces eindig is, omdat het nu eenmaal onmogelijk is om tot in het oneindige gronden voor gronden aan te geven en er op een gegeven moment een grond bereikt is, waarover voldoende overeenstemming of consensus bestaat? Of behoort het ongegrond zijn van de grond tot het 'wezen' van het grond-zijn? Deze vragen willen we beantwoorden in discussie met de 'Universalpragmatik' van Habermas.

6.1 'Universalpragmatik'

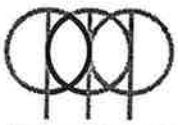
Volgens Habermas maakt ieder die met serieuze bedoelingen een uitspraak doet, aanspraak op de (drievoudige) geldigheid van die uitspraak. Deze geldigheidsaanspraak komt tot uitdrukking door de uitspraak te herleiden tot een bepaald basistype, door Habermas de 'propositioneel uitgekristalliseerde[31] uitspraak' genoemd. Iemand die een uitspraak doet, verricht daarmee een specifiek soort handeling - een taalhandeling - die de aangesprokene(n) uitnodigt tot kritische stellingname ten opzichte van de daarin gemaakte aanspraak op geldigheid. In een taalhandeling maakt de spreker er aanspraak op dat zijn uitspraak 1) waar is voor wat haar propositionele onderdeel betreft; 2) normatief juist is voor wat haar illocutionele onderdeel betreft en 3) waarachtig is voor wat de subjectieve intentie van de spreker betreft. Met het feit dat in een taalhandeling een dergelijke drievoudige aanspraak op geldigheid gemaakt wordt, is haar kritiseerbaarheid gegeven. De spreker met waarachtig communicatieve bedoelingen stelt zich dus kwetsbaar op door zijn geldigheidsclaim ter kritische stellingname aan de aangesprokene(n) voor te leggen. Voor wat betreft de eerste twee geldigheidsdimensies (waarheid en juistheid) is deze claim discursief toegankelijk.[32] Dat wil zeggen dat een eventueel geproblematiseerde aanspraak op geldigheid expliciet ter discussie gesteld kan worden in een rationeel discours.

De genoemde kritiseerbaarheid houdt in, dat de spreker zich met het doen van een uitspraak bereid verklaart en verplicht om voor zijn overtuiging of handelen desgevraagd goede gronden aan te geven en deze ter beoordeling voor te leggen aan zijn gesprekspartners. Laatstgenoemden kunnen vervolgens hun instemming met de aangegeven gronden betuigen of de spreker deze juist onhouden. Dit roept de vraag op waaraan de aangevoerde gronden hun voor de geldigheidsaanspraak funderende karakter ontlenen.

---

[31] Vertaling van 'ausdifferenziert'.

[32] Dat geldt in de ogen van Habermas niet voor de derde geldigheidsdimensie (waarachtigheid). Kunneman heeft dienaangaande een wijzigingsvoorstel gedaan op Habermas conceptie. Zie: Kunneman H. *De waarheidstrechter - Een communicatietheoretisch perspectief op wetenschap en samenleving*. Meppel/Amsterdam: Boom 1986.



Volgens Habermas kan deze vraag slechts beantwoord worden door te verwijzen naar de denkbaarheid (hetgeen iets anders is dan: realiseerbaarheid) van een meest omvattende consensus. Het zal duidelijk zijn dat een meest omvattende consensus het einde van alle tegenspraak beduidt. Wanneer ieder met de geldigheid van een bepaald argument instemt, betekent dit per saldo, dat dit argument niet meer bestreden zal worden. Van belang is nu, dat in iedere communicatieve handeling een soort voorschot op deze denkbare meest omvattende consensus genomen wordt. Dit voorschot wordt pas problematisch, wanneer iemand die aan het 'gesprek' deelneemt de geldigheid van de aangevoerde gronden aanvecht. Een grond is zo beschouwd toereikend ter verantwoording van een bepaalde overtuiging of handeling zolang het daarin genomen voorschot op de denkbaarheid van een meest omvattende consensus niet wordt aangevochten. Uitspraken blijven kritiseerbaar zolang deze meest omvattende consensus niet is gerealiseerd, hetgeen er in de praktijk op neerkomt dat iedere aangevoerde grond empirisch altijd kritiseerbaar blijft.

Het voordeel van de oplossing van Habermas ligt er dus in, dat zij uitgaat van de kritiseerbaarheid van een geldigheidsaanspraak, die met het doen van een uitspraak gemaakt wordt. Dat wil zeggen dat de gronden die deze geldigheid funderen toereikend zijn, zolang de geldigheid van een uitspraak niet expliciet betwist of gekritiseerd wordt. Pas op het moment dat dit laatste wel gebeurt, moeten deze gronden in een voortgaand argumentatieproces worden getoetst totdat er consensus bestaat binnen de betrokken (feitelijke) communicatiegemeenschap over de (eventueel nieuw) aangevoerde gronden.

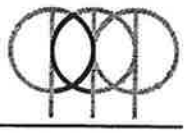
Afgezien van de eventuele problemen van Habermas' zienswijze is de bedoeling ervan duidelijk. Habermas wil de rationaliteit van feitelijke en dus eindige (beperkte) communicatie- en argumentatieprocessen binden aan een contrafactische 'Vorgriff auf Vollkommenheit' (Gadamer), de denkbaarheid van een meest omvattende consensus als regulatief idee. Nadrukkelijk wijst Habermas op het feit dat ook de communicatieve rede (parallel aan de Kantiaanse regulatieve ideeën) "vom Schatten eines transzendentalen Scheins begleitet" wordt. Men mag in zijn ogen de regulatieve idee van een meest omvattende consensus niet hypostaseren tot het "Ideal eines künftigen Zustandes definitiven Verständigtseins".[33] Dit roept evenwel de vraag op naar de factische werkzaamheid van contrafactische 'Idealisierungen', oftewel naar de werkzaamheid van een regulatieve idee in Kantiaanse zin (als een begrip dat geen feitelijke inhoud heeft aangezien het niet verwijst naar een in de ervaring gegeven entiteit of object). Deze vraag doet ons stuiten op een kwetsbaar punt in Habermas' 'Universalpragmatik'.

6.2 De grens van de 'Universalpragmatik'; aanspreekbaarheid

Het kwetsbare punt in Habermas' zienswijze is hierboven al terloops ter sprake gebracht in de zinsnede: "ieder die met serieuze communicatieve bedoelingen een uitspraak doet". Waaraan kan deze zo subjectieve (op de waarachtigheid betrekking hebbende) omschrijving haar verplichtende of bindende karakter ontlenen? In een poging deze vraag te beantwoorden, zullen we het strikte kader van Habermas' theorie van het communicatieve handelen moeten overschrijden.

---

[33] Habermas J. *Nachmetaphysisches Denken - Philosophische Aufsätze*. Frankfurt a/M. 1988, p.184.



De positie van Habermas wordt vaak getypeerd als universalistisch. En meestal geldt dat als een argument tegen zijn positie. Door zijn universele aanspraken zou Habermas het onophefbaar individuele - ook vaak als 'het andere' aangeduid - niet tot gelding laten komen. Het andere wordt binnen de horizon van het communicatieve handelen gehaald als zou het discursief toegankelijk zijn.

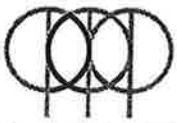
Het universalisme van Habermas wordt het beste uitgedrukt in de formulering van de 'dwangloze dwang van het betere argument'. Met deze formulering wordt de hierboven globaal uiteengezette visie van Habermas kernachtig samengevat. De dwang ligt in het impliciete voorschot dat in iedere aanspraak op geldigheid genomen wordt op de denkbaarheid van een meest omvattende consensus. Het dwangloze daarentegen zit vast op het feit dat men zich slechts uit eigener beweging - vrijwillig - aan de in dit voorschot inherente kritiseerbaarheid blootstellen kan. Met 'serieuze bedoelingen communicatief handelen' betekent dus, dat men zich vrijwillig onderwerpt aan de kritische implicaties van universele communicatiegemeenschap (i.e. de denkbaarheid van een meest omvattende consensus). Wat de kwetsbaarheid van deze gedachtengang uitmaakt, is de vraag naar de factische werkzaamheid van de contrafactische aanname.

De vergelijking tussen de 'idealisierende Voraussetzungen kommunikativen Handelns' en de regulatieve idee van Kant wordt door Habermas zelf gemaakt.[34] Toch zit daarin meteen het zwakke punt van zijn redenering. Bij Kant staat de regulatieve idee voor de slechts denkbare (dat wil zeggen: mogelijke - niet werkelijke) eenheid van al onze ervaringskennis. In zijn kritiek op Kant heeft Hegel zich bij herhaling gekeerd tegen diens statische dualismen, zoals bijv. het dualisme tussen mogelijkheid en werkelijkheid. Om de status van de ideeën te kunnen denken, moet de filosofie de werkelijkheid ervan begripsmatig inzichtelijk kunnen maken.

Deze problematiek van de factische werkzaamheid van de ideeën, wanneer men ze als zuiver denkbaar (mogelijk) en niet als kenbaar (werkelijk) beschouwd, wringt ook als het gaat om de contrafactische aannames van het communicatieve handelen. Volgens mij laat dit probleem zich slechts oplossen, wanneer men het universele en het individuele niet als een tegenstelling beschouwt, maar als iets dat onderling verbonden is. De door Habermas als universeel opgevatte regulatieve idee van de denkbaarheid van de meest omvattende consensus kan haar werkzaamheid of bindingskracht nooit alleen ontlenen aan het feit dat zij algemeengeldig is. Veeleer is het zo dat ik door deze idee gemotiveerd wordt omdat ik de gelding ervan ervaar. Wat ik in deze inleiding wil beweren is, dat (de dwangloze dwang van) het argument zijn bindingskracht ontleent aan de onvervreemdbare, meest eigen communicatieve integriteit of wel de (goede) wil tot argumentatie.

Wat verstaan we onder dit beginsel van communicatieve integriteit? We verstaan eronder dat niemand die factisch van de geldigheid van een argument overtuigd is, dit argument terzijde kan leggen zonder zichzelf (zijn/haar morele integriteit) te verliezen. Anders gezegd: de dwangloosheid van de dwang van het betere argument zit vast op het feit dat ik slechts door mijn eigen communicatieve integriteit geweld aan te doen een argument dat ik voor geldig houd terzijde kan schuiven. Ik kan een dergelijk

[34] Habermas (1988) p.184.



argument wel terzijde schuiven (als ik het niet doe, doe ik dat uit eigener beweging niet), maar ik kan het niet zonder mijzelf te schaden. Vandaar dwangloze dwang: om mijn eigen integriteit kan ik niet anders.

Met deze gedachte van de communicatieve integriteit willen we gebruik maken van een bepaalde aanwijzing in het werk van Habermas, namelijk dat hij de dwangloze dwang van het betere argument in eerste instantie als een ervaring aanduidt. Een ervaring is in termen van Habermas strikt individueel, niet-discursief. Waar het communicatieve handelen geconstitueerd wordt op het niveau van de zin of betekenis (op het niveau van de inter-subjectiviteit), geldt dat niet voor de ervaring. De ervaring is om het met Heidegger te zeggen: 'jemeinig'. Nu is Habermas zelf in de door ons bedoelde passage dubbelzinnig. En deze dubbelzinnigheid willen we in de richting van onze opvatting forceren.

De dubbelzinnigheid bij Habermas zit vast op het feit dat hij de dwangloze dwang van het betere argument enerzijds als een communicatieve ervaring ziet, maar anderzijds het ervaringskarakter van deze ervaring direct weer relativeert: men kan hier slechts van ervaring spreken in een van het normale spraakgebruik afwijkende zin. De ervaring van de dwangloze dwang is niets anders dan de ervaring van een gegronde zekerheid. Dat wil zeggen, dat wanneer ik iets weet of ergens van overtuigd ben, de zekerheid daarvan gebaseerd is op de 'ervaring' dat ik gronden heb voor mijn kennis of overtuiging.[35]

Naar onze mening heeft Habermas gelijk, wanneer hij zegt dat men deze 'ervaring' van de dwangloze dwang geen ervaring in de dagelijkse zin des woords kan noemen. Inderdaad is deze ervaring van een geheel andere orde dan wat wij gewoonlijk de zintuiglijke ervaring noemen. De vraag wordt dan evenwel om wat voor een ervaring het hier wel gaat en in welke zin het zinvol is om hier van ervaring te blijven spreken. Om met de laatste vraag te beginnen: we menen dat het zinvol is om hier over een ervaring te blijven spreken, omdat het gaat om iets individueels, dat niet beredeneerd kan worden, maar tegelijk constituerend is voor mijn zelfbewustzijn: als ik mijn communicatieve integriteit verlies, verlies ik mijzelf. Als ik niet langer aanspreekbaar ben, ben ik niet meer, althans: ik ben geen verantwoordelijk of aansprakelijk wezen meer.

De tweede vraag - wat voor een ervaring betreft het hier - zouden we willen beantwoorden met de opmerking, dat het gaat om een soort intuïtie. Anders gezegd: voor mij is de ervaring van mijn communicatieve integriteit - of liever nog: de ervaring van de niet-achterhaalbaarheid van mijn communicatieve integriteit - een grenservaring: ik ervaar het als iets gegevens, iets waar ik niet omheen kan. Als ik er al omheen zou willen, zou ik dat niet anders kunnen dan door mijn communicatieve integriteit te verliezen en daarmee mijzelf te verliezen. De opmerking dat mijn communicatieve integriteit illusoir zou zijn, een schijn die ik mijzelf voorspiegel, treft mij

[35] Habermas J. *Vorstudien und Ergänzungen zur Theorie des kommunikativen Handelns*. Frankfurt a/M. 1984, p.140-144; vgl. Seel M. Die zwei Bedeutungen 'kommunikativer' Rationalität - Bemerkungen zu Habermas' Kritik der pluralen Vernunft. In: Honneth A & Jonas H (hrsg.). *Kommunikatives Handeln - Beiträge zu Jürgen Habermas' 'Theorie des kommunikativen Handelns'*. Frankfurt a/M. 1986, p.70v (noot 17); zie ook: Hoogland J. *Autonomie en antinomie - Adorno's ambivalente verhouding tot de metafysica*. Rotterdam 1992, p.134v (i.h.b. noot 256).

niet, omdat voor het onderkennen en erkennen van die schijn mijn communicatieve integriteit reeds is voorondersteld.

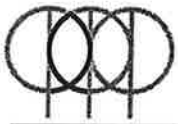
Het is duidelijk dat de gevoelige plek in bovenstaande redenering ligt in de term 'communicatieve integriteit'. Immers, hoe zou men een dergelijk concept moeten redden tegenover de kritische en ontmaskerende vragen van de scepticus?

In de eerste plaats willen we daarover opmerken, dat de met dit (grens-)begrip aangeduide zaak niet te redden is tegenover de scepticus. We hebben van het begin af aan over mijn communicatieve integriteit gesproken als over een meest individuele, maar tegelijk voor mij onomgaanbare ervaring. Ik zou niemand een soortgelijke ervaring willen opdringen (hoewel ik aanneem dat ieder een soortgelijke ervaring heeft). Maar wie mij (met argumenten) zou willen overtuigen van het feit, dat het concept communicatieve integriteit op een illusie berust, zou mij aanspreken op wat hij bestrijdt.

In de tweede plaats willen we opmerken dat we met het concept 'communicatieve integriteit' niet een toestand, een stand van zaken of een objectief gegeven wil aanduiden. Als we spreken over mijn communicatieve integriteit bedoelen we niet een moment waarop ik communicatief integer ben. Wie zichzelf communicatief integer zou noemen, communiceert niet werkelijk, maar eigent zich de communicatie toe. Anders gezegd: de uitspraak 'ik ben communicatief integer' zou in onze opinie slechts retorisch zijn. Communicatieve integriteit kan slechts blijken, men kan het zich niet toeëigenen.

Dit brengt ons tot een laatste opmerking, namelijk dat de communicatieve integriteit ook niet discursief toegankelijk is. Zij is 'immer schon' voorondersteld, wanneer men haar ter discussie stellen, beargumenteren of weerleggen wil. Bij iedere communicatieve act doe ik een beroep op de communicatieve integriteit van de aangesprokene en zet ik daarmee mijn eigen communicatieve integriteit op het spel. In deze zin is zij onachterhaalbaar voor mij. Sterker nog: de ontkenning van de communicatieve integriteit als (constituerende) voorwaarde voor het communicatieve handelen heeft het karakter van een vlucht voor de ervaring van de aanspreekbaarheid. Daarin irriteert het post-modernisme. Deze irritatie ligt dus niet aan het feit op zich dat het post-modernisme de status van de normativiteit bevraagt, maar dat zij deze bevraging laat omslaan in een fundamentele betwijfeling van de normatieve mogelijkheidsvoorwaarden van deze bevraging. Aangesproken blijkt het post-modernisme niet aanspreekbaar. De niet-aanspreekbaarheid is tot waarmerk verheven. Het post-modernisme is sterk in het feit, dat het het kwetsbare punt in de rationaliteit heeft aangetoond. Het is zwak in het feit dat het zich in het bewustzijn van dit kwetsbare punt onkwetsbaar maakt.

Het zal duidelijk zijn dat dit begrip van communicatieve integriteit of aanspreekbaarheid uiterst kwetsbaar is. Zo kwetsbaar, dat iedere rationele verdediging ervan of iedere discursieve argumentatie ervoor te laat komt. Ieder beroep op een algemeenheid om een discursief hechter fundament te vinden voor de 'jemeinige' ervaring van de communicatieve integriteit, verwoest haar. Het is uitsluitend de onachterhaalbaarheid van deze ervaring zèlf, die mij aan de algemeenheid binden kan. Los van mijn communicatieve integriteit kan voor mij geen enkel argument (geen enkele algemeenheid) gelden. Het algemene verliest zijn bindingskracht: ik ben niet aanspreekbaar. Hier wordt ook de halfheid van de vraag naar het andere zichtbaar. Het andere onttrekt zich



steeds aan de algemeenheid van het begrip, maar wordt tegelijk steeds in termen van de algemeenheid van het begrip aan de orde gesteld. Feitelijk wordt hier niets anders in het werk gesteld dan een poging terug te vragen achter de 'jemeinigkeit' van de ervaring van communicatieve integriteit. Door deze 'rücksichtslose' vernietiging van de kwetsbaarheid van de communicatieve integriteit, is het respect voor de/het ander/e bij voorbaat verloren gegaan. Slechts in de eigen aanspreekbaarheid toont men respect voor de ander.

6.3 Aanspreekbaarheid als ongegronde grond

Habermas' oplossing van het probleem van het ongegrond zijn van de grond bestaat er dus in de bindendheid van ieder feitelijk argumentatie- of verantwoordingsproces te verankeren in het voorschot op de denkbaarheid van een meest omvattende consensus. In de bovenstaande sub-paragraaf hebben we geprobeerd te laten zien, dat deze bindingskracht slechts kan worden gedacht, wanneer men het meest algemene of universele (de universele communicatiegemeenschap) weet te verbinden met het meest individuele of singuliere (de 'jemeinige' ervaring van de kwetsbaarheid van mijn communicatieve integriteit). Hiermee wordt tevens duidelijk, dat het ongegrond zijn van de grond, dat bij Habermas bestaat in de onvermijdelijkheid van de beperktheid van iedere feitelijke consensus (de meest omvattende consensus is immers niet feitelijk realiseerbaar, maar slechts denkbaar) veeleer een principiële betekenis heeft. Op een kernachtige formule gebracht: geldigheid kan niet gedacht worden in termen van een onmiskenbare aanwezigheid of een ontwijfelbare grond, maar slechts in een stellingnemend antwoorden op iets dat geldingskracht bezit. En de wijze waarop ik deel heb aan iets dat geldingskracht genoemd kan worden, bestaat in een belijden. Slechts door aangesproken te zijn ben ik aanspreekbaar of sterker nog: slechts in de modus van het aangesproken-zijn ervaar ik mijn aanspreekbaarheid. Anders gezegd: mijn aanspreekbaarheid is afhankelijk van of wordt geconstitueerd door een 'oorspronkelijk' aangesproken-zijn. Aanspreekbaarheid kan dan niet langer gedacht worden als een zijnstoestand, maar als een stellingname tegenover een voortdurend aangesproken worden. De modus waarin dit 'aangesproken worden' voor mij is, is niet een modus van zijn (een toestand van aangesproken zijn), maar de modus van het gelden. Tegelijk is dit 'gelden' niet te denken als een andere werkelijkheidsdimensie dan het zijn (het dualisme tussen zijn en behoren), maar is dit veeleer de mogelijkheidsvoorwaarde die het zijnde laat zijn.

Dooyeweerd drukt deze stand van zaken uit in de beroemde zinsnede dat het zijn van alle zijnden zin is.[36] Het zijn van de zijnden kan slechts adekwaat gedacht worden in de verhouding tussen *wetszijde* en *subjectszijde* van de werkelijkheid. Anders gezegd: het zijn van de zijnden kan slechts gedacht worden in samenhang met de *wet* die aan deze zijnden gesteld is of waar het zijnde aan onderworpen (*sub-jèct*) is: de wet die hun

[36] Dooyeweerd (1935) deel I, p.6.

zijn mogelijk maakt en beperkt.[37] Of in termen van Vollenhoven: het zijn van alle zijnden is een zijn onder de wet, dat wil zeggen: onder de structuurbeginselen die voor deze zijnden gelden. Het zijn van de zijnden verschijnt ons altijd reeds onder de gelding van de voor die zijnden gestelde wet. Los van de gelding van de wet voor de zijnden is het zijn van de zijnden niet constateerbaar of bespreekbaar. Wat wij van de zijnden kennen is dan ook niet hun zijn in zichzelf, maar veeleer hun zijn voor de wet.

Nu is het niet zo, dat aanspreekbaarheid op zichzelf reeds de modus is van het zijn onder de wet. Het zijn als zijn onder de wet kent twee onderscheiden vormen: een natuurwetmatige en een normatieve. In de eerste vorm zijn de zijnden zich niet bewust van hun zijn onder de wet. Het zijn onder de wet in deze modus kan dus niet worden begrepen in termen van gehoorzaamheid of 'stellingnemend antwoorden'. Binnen deze context kan het gelden van de wet slechts in metaforische zin worden begrepen als een antwoord-zijn. Deze zijnden zijn in die zin dat ze beantwoorden aan de wet die aan hen gesteld is. Binnen de normatieve vorm daarentegen zijn de zijnden zich bewust van hun zijn onder de wet. Dat wil zeggen dat het gelden van de wet binnen deze modus gepositiveerd dient te worden in een laten gelden van de wet. Dit 'laten gelden' wordt precies uitgedrukt in de term 'aanspreekbaarheid'. Aanspreekbaarheid is de bereidheid om wat geldt te laten gelden. Anders gezegd: *aanspreekbaarheid* is de subject-zijde van de normatieve vorm van het zijn onder de wet. Anders gezegd: aanspreekbaarheid is niets anders dan de bereidheid de wet te laten gelden, ofwel het zich aangesproken weten door het gelden van de wet.

De conclusie uit deze beschouwing over het begrip 'aanspreekbaarheid' moet derhalve luiden, dat menselijke verantwoordelijkheid slechts gedacht kan worden tegen de achtergrond van een oorspronkelijk aangesproken-zijn: een ervaring van het feit dat het zijnde zijn zin ontleent aan het gegeven, dat het onderworpen is aan de wet die ervoor geldt. Met de categorie van de aanspreekbaarheid zijn we dus gestuit op wat we hierboven het ongegrond zijn van de grond hebben genoemd. Ieder verantwoordings-proces stopt daar, waar men stuit op een geldigheidservaring, waarop men slechts stellingnemend antwoorden kan en wat men slechts kan miskennen ten koste van de eigen integriteit. Hiermee bedoelen wij niet te zeggen, dat de geldigheidservaring de grond is voor de aanspreekbaarheid. Integendeel: niet de ervaring, maar het gelden dat ervaren wordt vormt de grond. Tegelijk zegt de ervaring dat ik mijn communicatieve integriteit of waarachtigheid verliezen kan iets over het wezen van normativiteit: de menselijke verantwoordelijkheid kan slechts bestaan bij een normativiteit die gegeven is. Er is geen verantwoordelijkheid mogelijk zonder de vooronderstelling, dat de geldigheid van morele principes een gegeven of reële geldigheid is. Tegelijk behoort ook de mogelijkheid om mij niet aanspreekbaar op te stellen en mij niet te laten aanspreken door de geldigheid van de wet, tot mijn verantwoordelijkheid. Daarmee zet ik de geldigheid van de wet echter niet buiten spel. Hoogstens oefent zij haar geldings-

[37] Hoeven J van der. Norm en feit. De 'Wijsbegeerte der Wetsidee temidden van de bezinning op dit thema. In: Blokhuis P, Kee B, Santema JH & Schuurman E (red.). *Wetenschap, wijsheid, filosoferen - Opstellen aangeboden aan Hendrik van Riessen bij zijn afscheid als hoogleraar in de wijsbegeerte aan de Vrije Universiteit te Amsterdam*. Assen: Van Gorcum 1981.

kracht dan op een andere wijze uit.

6.4 Conclusie

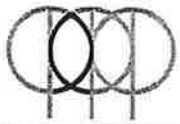
Concluderend merken we op dat het 'ongegrond zijn van de grond' niet een ervaren tekort is, maar veeleer fundamenteel met de menselijke bestaanswijze is gegeven. De basisovertuigingen waarop de mens aanspreekbaar is of die zijn aanspreekbaarheid vastleggen, vormen het antwoord van de mens op de normatieve aanspraken die hij ervaart. Dat de mens dergelijke aanspraken ervaart blijkt alleen al in het feit dat de mens zijn integriteit geweld aandoet wanneer hij niet laat gelden wat hij als geldig ervaart. Daarmee is de vraag of wat de mens als geldig ervaart ook werkelijk geldt nog niet beantwoord. Onzes inziens kan deze vraag echter niet beantwoord worden los van het wereldbeschouwelijke antwoord dat de mens geeft op de geldigheidsaanspraken die hij ervaart. Anders gezegd: het 'ongegrond zijn van de grond' is gegeven met het feit dat de mens achter de gegeven of empirische geldigheid van bepaalde principes, regels en normen voor zijn handelen kan terugvragen. De mens ervaart niet slechts het feit dat praktijken gekenmerkt worden door een inherente normativiteit, maar kan ook naar de normativiteit van de norm vragen.[38] Dat wil zeggen dat de menselijke verantwoordelijkheid verder strekt dan het zich verantwoorden ten aanzien van de principes, regels en normen zoals ze feitelijk gelden voor bepaalde praktijken en dat de mens tevens naar de legitimiteit ervan kan vragen: waarom gelden deze principes, regels en normen? Deze vragen hebben betrekking op wat men het *regulatieve* moment van de normativiteit zou kunnen noemen.

Met de formule van 'het ongegrond zijn van de grond' wordt dus niet slechts de feitelijke eindigheid van ieder verantwoordingsproces uitgedrukt, maar veeleer iets wat wezenlijk is voor het verschijnsel verantwoordelijkheid: al ons handelen en alle verantwoording die wij ten aanzien van ons handelen afleggen bestaat in een stellingnemend antwoorden op de gegeven geldigheid van normatieve wetten en principes.[39]

---

[38] Schultz G. *Weltanschauung als Antwort - Der hermeneutisch vertiefte Begriff der Weltansschauung im Lichte der Idee einer inneren Reformation des Denkens*. Amsterdam 1992, p.263: "Reicht der Hinweis auf die Konvention, auf die Tradition, auf die normative Kraft des Faktsichen, auf das 'So handle ich eben', aus, um die Frage nach dem Warum zu beantworten? Die Frage ist noch nicht erledigt, es bleibt unerklärt, wieso die bloße Faktizität einen Anspruch auf Allgemeingültigkeit erheben kann, inwiefern also dem Faktischen normative Kraft anhaftet".

[39] De wet is geen oorspronkelijke zijnde, maar veeleer een grensfenomeen, dat wij niet los kunnen beschouwen van het aan de wet onderworpene (subjècte). De wet is een grensfenomeen: zij vormt de grens tussen God en kosmos. Men kan haar op tweeërlei wijze beschouwen. Vgl. Troost A. De tweeërlei aard van de wet. *Philosophia Reformata* 52 (1992) no.2, p.117-131. In de eerste plaats kan men haar zien als behorend tot de transcendente werkelijkheid van God. Daarover laten zich geen theoretische uitspraken doen. De wet van deze zijde uit beschouwd komt tot ons door openbaring. Men kan de wet aldus zien als het Woord van God, waarmee Hij het zijnde tot aanzijn riep en aanspreekt.
Men kan de wet ook beschouwen vanuit het aan de wet subjècte (onderworpene). De wet bestaat dan als een gelden voor het daaraan subjècte of in een aangesproken-worden. Met deze formulering is de wetszijde van de geschapen kosmos getypeerd. Voor die kringen, waarbinnen de wet geldt in de reflexieve modus (de normatieve wetskringen) kan zij aan de subject-zijde worden getypeerd met de term 'aanspreekbaarheid', op te vatten als de belijdende stellingname van het aan de wet subjècte tegenover het gelden van de wet.



7. (On-)eigenlijkheid

Het niet laten gelden van wat geldt kan geduid worden in termen van oneigenlijkheid. Het is mogelijk om het handelen van mensen te beoordelen volgens het criterium van de (on-)eigenlijkheid. Deze mogelijkheid zegt iets wezenlijks over het menselijke handelen alszodanig. Wanneer kan men van een bepaalde handeling of levensuiting zeggen dat zij (on-)eigenlijk is? Deze vraagstelling heeft in filosofische termen gesproken een transcendentaal karakter. Gevraagd wordt naar de voorwaarden waaronder het spreken in termen van eigenlijkheid/oneigenlijkheid mogelijk is. Globaal kan men daarover het volgende zeggen:

1) Men kan slechts spreken van (on-)eigenlijkheid wanneer iemand voor een bepaalde handeling of levensuiting verantwoordelijk is. Iemand is dus voor de betreffende handeling of levensuiting aansprakelijk en kan er op aangesproken worden.

2) Het verantwoordelijk-zijn wil zeggen dat de betreffende handeling of levensuiting kritiseerbaar is. Een handeling of levensuiting is kritiseerbaar wanneer zij geëvalueerd of getoetst kan worden aan de hand van interne criteria of principes. Deze principes of criteria dienen voor de betrokkene dus te gelden.

3) Wanneer iemand verantwoordelijk gesteld kan worden voor zijn handelingen of levensuitingen betekent dit tevens, dat er sprake is van een zekere keuzevrijheid.[40] Het gelden van de genoemde principes of criteria is dus niet van een zodanig karakter dat deze geldigheid ook noodzakelijk tot gelding komt. De betrokkene moet de principes of criteria ook laten gelden of positiveren. Daarmee is gegeven, dat de betrokkene de principes of criteria ook op een onjuiste of foute wijze kan toepassen. Iemand kan zich vergissen of vergeten een bepaald principe toe te passen. Bij een onjuiste toepassing van een principe is noch de geldigheid ervan, noch de aanspreekbaarheid van de actor in het geding. Wel zal de betrokkene, wanneer hij op zijn fout of omissie wordt aangesproken, bereid moeten zijn zijn fout te herstellen of zich te laten corrigeren.[41]

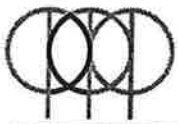
4) Van (on-)eigenlijkheid in strikte zin is nog geen sprake, wanneer iemand een criterium of principe onjuist of fout toepast of hanteert. Het kunnen spreken in termen van (on-)eigenlijkheid heeft betrekking op de houding van de verantwoordelijke persoon tegenover de principes die gelden. Deze houding zou men kunnen expliciteren in termen van een 'bereidheid'. De persoon die aanspreekbaar is op een bepaalde handeling of levensuiting, zal de geldigheid van de daarop van toepassing zijnde principes of criteria moeten erkennen of tot gelding willen laten komen. Dit 'willen laten gelden' of 'bereid zijn te laten gelden' van de principes of criteria die gelden voor bepaalde handelingen of levensuitingen is onvervreemdbaar en strikt individueel.[42]

In nauwe samenhang met het probleem van de (on-)eigenlijkheid staat de notie van het 'vertrouwen'. Slechts wie aanspreekbaar is en de geldigheid van de principes en criteria, die de grond vormen van de kritiseerbaarheid van zijn handelingen of levensui-

[40] Oudemans (1980) p.28.

[41] Oudemans (1980) p.37v.

[42] Met Heidegger zou men hier kunnen spreken van 'Jemeinigkeit': "Zum existierenden Dasein gehört die Jemeinigkeit als Bedingung der Möglichkeit von Eigentlichkeit und Uneigentlichkeit". Heidegger M. *Sein und Zeit*. Tübingen: Niemeyer 1986[16], p.53.



tingen, erkent, verdient ons vertrouwen.[43]

Concluderend kunnen we opmerken, dat het spreken over on-/eigenlijkheid mogelijk is op basis van het feit dat menselijk handelen kritiseerbaar is vanuit de voor dat handelen geldende principes. Handelen wordt aldus opgevat als 'regel-geleid gedrag'. Oneigenlijkheid heeft dan niet zozeer betrekking op het al dan niet correct uitvoeren van de regels, maar op de persoonlijke houding van de actor tegenover de geldigheid van eventuele regels.[44] Iemand handelt oneigenlijk wanneer hij wordt aangesproken op basis van de geldigheid van bepaalde regels, maar zich niet laat aanspreken (of zich niet aanspreekbaar betoont). Oneigenlijkheid is dus de houding van niet-aanspreekbaarheid, die iemand kan aannemen, wanneer hij wordt aangesproken op de regels die voor hem gelden.

8. Het ethos

In het bovenstaande hebben wij gezien, dat het menselijke handelen veelal op een 'socio-logische' wijze kan worden beschouwd als activiteiten die geleid worden door principes die constitutief zijn voor praktijken. Daarbij hebben wij deze constitutieve principes nader onderscheiden in kwalificerende en funderende. Beide groepen regels zijn voorwaarden voor de mogelijkheid van een bepaalde praktijk en in die zin constitutief. Alleen de wijze waarop funderende regels constitutief zijn wordt bepaald door het voor de praktijk kwalificerende principe.

Men kan iedere menselijke praktijk analyseren als een specifieke constellatie van funderende en kwalificerende principes. De kwalificerende principes bepalen de eigen aard of bestemming van de betrokken praktijk. Anders gezegd: een praktijk kan zich slechts naar zijn eigen aard ontplooien, wanneer de funderende of constituerende aspecten daarin ten volle ontsloten zijn. Toegepast op de medische praktijk: voor de medische praktijk is het *ethische* kwalificerend. Dat wil zeggen dat wat de medische praktijk specifiek medisch maakt is het aspect van de *zorg*. Het handelen binnen de medische praktijk kan dan ook als specifiek *zorgend* handelen worden getypeerd. Maar daarmee is niet alles gezegd. Want het type zorg dat de arts biedt wordt gekenmerkt door een hele specifieke competentie, namelijk een verregaande beheersing van een academische discipline (de geneeskunde als wetenschap) en de bijbehorende technologie.

Voor een adekwate ontplooiing van de medische praktijk is dus de 'ontsluiting' van een veelheid van andere 'praktijken' voorondersteld zoals bijv. medische wetenschap en technologie. De principes die binnen deze praktijken functioneren zijn om het zo te

[43] Vgl. Oudemans (1980) p.160v.

[44] Oudemans benadrukt dat de oneigenlijkheid van iemands levensuitingen vastzit op het feit dat iemand zich onoprecht verhoudt tot zichzelf: "Dat we vanuit de oneigenlijkheid kunnen worden opgeroepen tot eigenlijkheid is slechts te begrijpen wanneer we de mens beschouwen als degene die zichzelf wordt, en niet als degene die bij verlies van eigenlijkheid iets anders wordt dan hij zelf - wie uit de oneigenlijkheid wordt teruggeroepen, hervindt zichzelf, hij wordt degene die hij eigenlijk al was, maar van wie hij vervreemd was geraakt". Oudemans (1980) p.50.

zeggen *funderend* voor de medische praktijk als een ethische praktijk en bepalen evenzeer het aanzien van het hedendaagse medische handelen.

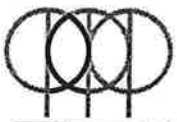
Tenslotte is het van belang oog te hebben voor het feit, dat de ontwikkeling van praktijken tot zelfstandige handelingscomplexen nooit een vanzelfsprekende zaak is, maar altijd staat onder de leiding van principes, gezichtspunten of ideeën. Anders gezegd: de onderkenning van de aan praktijken inherente normativiteit is nooit een neutrale zaak, maar kan slechts plaats vinden onder de leiding van *regulatieve* gezichtspunten die mensen hebben omtrent de zin, de eenheid en de samenhang van de werkelijkheid waarin zij handelen.

Deze regulatieve gezichtspunten kunnen worden aangeduid met behulp van het begrip *ethos*. Onder het ethos verstaan wij de basis-overtuigingen, waarop mensen zich in laatste instantie aanspreekbaar tonen. Deze formulering is op het eerste gezicht in hoge mate gericht op het individu, als datgene waarop het individu zich aanspreekbaar toont en dus ook kan worden aangesproken. Toch is daarmee geen individualistische of subjectivistische interpretatie van het begrip ethos geïmpliceerd. Immers, ethos is hier reeds in intersubjectieve termen gedefinieerd, namelijk in termen van aanspreekbaarheid en aangesproken worden. Het ethos heeft dus betrekking op de grondslagen van ons besef van verantwoordelijkheid, i.e. het besef, dat we voor onze opvattingen, handelingen en beslissingen door een ander ter verantwoording geroepen kunnen worden. Zodoende heeft het ethos een 'gemeenschapskarakter'.[45] Het gaat om een grondhouding, die het mogelijk maakt elkaar aan te spreken en te weten waarop men aangesproken kan worden. Wanneer men oog heeft voor dit intersubjectieve moment in het ethos, wordt duidelijk dan men zinvol spreken kan over het ethos van een bepaalde periode of van een bepaalde cultuurkring.

Belangrijk voor wat wij het 'ethos' noemen is het feit, dat het ten diepste een religieus begrip is. Het ethos is uitdrukking van de diepste religieuze stellingname van de mens. Wat hier onder religie moet worden verstaan is niet goed los te maken van de eigen religieuze stellingname. Maar wanneer wij proberen een zo neutraal mogelijke omschrijving daarvan te vinden, dan sluiten wij aan bij de opvatting van Dooyeweerd: "the innate impulse of human selfhood to direct itself toward the *true* or toward a *pretended* absolute Origin of all temporal diversity of meaning, which it finds focused concentrically in itself".[46] In termen van ons eigen verhaal over verantwoordelijkheid zou men kunnen zeggen, dat het religieuze ligt besloten in de structurele betrokkenheid van de mens op een zelf niet wetenschappelijk of theoretisch te verantwoorden grondovertuiging ten aanzien van de oorsprong, zin en verscheidenheid in de werkelijkheid. Met Dooyeweerd zou men kunnen zeggen dat deze gerichtheid zich zowel op de ware als op de vermeende oorsprong van alle zin kan richten. Maar hoe men dit ook beschouwt: het religieuze als structureel antropologisch gegeven constitueert de integriteit van de mens.[47]

Hiermee lijkt weer een individualistische interpretatie van het ethos te zijn

[45] Zie Troost A. Ethos. In: Blokhuis et al. (1981); Troost (1983) p.85.
[46] Dooyeweerd (1956) vol. I, p.57.
[47] Zie hierover ook hfdst. 2.1.7 van dit rapport.



geïmpliceerd, maar die indruk is onjuist. Hoewel ieder mens een eigen ethos heeft, plaatst dit ethos hem tegelijk in een gemeenschap van mensen, die een overeenkomstig ethos bezitten; mensen met een gemeenschappelijke integriteit. Daarbij gaat het om grondhouding en -overtuigingen, waardoor mensen zich aan elkaar verplicht weten en hun verantwoordelijkheid voor en ten opzichte van elkaar beseffen. Zo zou men van een christelijk ethos kunnen spreken of van een liberaal ethos. En zo kan men ook spreken van een modernistisch ethos of van een utilitaristisch ethos, dat binnen de westerse samenlevingen sedert de Verlichting het dominante ethos vormt. Een dergelijk ethos laat zich het beste aflezen uit de wijze waarop in een bepaalde samenleving allerlei beslissingen worden gerechtvaardigd.

Het ethos kan daarom worden opgevat als de grondhouding, die een mens inneemt ten opzichte van zijn eigen verantwoordelijkheid. Deze houding toont zich slechts in de wijze waarop de mens zijn verantwoordelijkheid op zich neemt en aanspreekbaar is. Daarom bereikt men in het ethos de grens van wat verantwoord kan worden. Wat wij ethos noemen is immers niets anders dan wat in iedere verantwoordingssituatie reeds is verondersteld als dat wat mij tot het afleggen van verantwoording dringt. Het is dus duidelijk dat het ethos in laatste instantie ook bepalend is voor wat men ter discussie kan stellen en wat niet (wat voorwaarde is voor mijn vermogen om zaken ter discussie te kunnen stellen). De religieuze stellingname van iemand kan in die zin niet ter discussie gesteld worden, dat iemand tegenover die stellingname geen neutrale houding kan innemen. Vandaar dat men bij verandering van ethos in religieuze termen van bekering spreken kan. Men komt tot een radicale verandering van stellingname en engagement, waarbij men de eigen verantwoordelijkheid ook dikwijls heel anders gaat beleven.

ACHTERGRONDSTUDIE 3
De invoering van computertomografie in het Nederlandse zorgstelsel

1. Ontwikkelingsgeneeskunde en artikel 18 WZV

1.1 Achtergrond

Tot voor een jaar of vijftien à twintig kende het Nederlandse zorgstelsel geen onderscheid tussen technologische en economische beschikbaarheid van medische voorzieningen. Alles wat mogelijk was werd snel en vrijwel zonder enige toetsing in de medische praktijk opgenomen.[1] Waarom zou je mensen dingen onthouden die heilzaam voor hen kunnen zijn? Door de snelle groei van de welvaart werd er in de jaren zestig nauwelijks nagedacht over de economische gevolgen van deze ontwikkeling. In 1973 keerde het tij,[2] de economische grenzen van de zorgverlening kwamen in zicht, en langzaam aan begon ook het besef door te dringen, dat niet iedere medisch-technische vooruitgang alleen maar heilzaam is. De tijd werd rijp voor veranderingen. De overheid ging zich, intensiever dan voorheen, actief met de structuur van de gezondheidszorg bemoeien,[3] en nam in de loop van de jaren zeventig en tachtig tal van maatregelen om de vanzelfsprekendheid van invoering en gebruik van voorzieningen en de universele toegankelijkheid uit het systeem te halen. Zo werd bijvoorbeeld in 1983 een budgetsysteem ingevoerd, dat de investerings- en behandelmogelijkheden van de ziekenhuizen aan banden legde. Verder kwamen er twee regelingen voor de stroomlijning en beheersing van de invoering van kostbare medische technologieën: ontwikkelingsgeneeskunde en artikel 18 van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV).

1.2 Ontwikkelingsgeneeskunde

In het kader van ontwikkelingsgeneeskunde kunnen zorgverleners en -instellingen subsidie krijgen voor het klinisch onderzoeken en verder ontwikkelen van nieuwe of eventueel reeds bestaande technologieën. Hoewel dit onderzoek plaats vindt in de klinische praktijk, wil dit niet zeggen dat er alleen gekeken wordt naar de medische effectiviteit. Ook kosten-batenverhoudingen dienen in kaart te worden gebracht alsmede de ethische, juridische en maatschappelijke aspecten. Enkele bekende projecten zijn: galsteenvergruizing, nier-pancreastransplantatie en prenatale diagnostiek.[4] Aan het einde van het onderzoek wordt beslist of de betreffende technologie algemeen

[1] Met uitzondering van nieuwe geneesmiddelen die wel uitvoerig op werkzaamheid en bijwerkingen getest worden.

[2] Namelijk door de oliecrisis die een geweldige inflatie veroorzaakte.

[3] Voor 1974 hield de overheid zich alleen bezig met de kwaliteit van de zorgverlening via beroepenwetgeving en toezicht op de zorgverlening (wetten uit 1865), en in beperkte met de financiering door middel van een ziektekostenverzekering voor werknemers, de Ziekenfondswet (1966), en een volksverzekering tegen zware geneeskundige risico's, de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten AWBZ (1968).

[4] In totaal zijn in de periode 1989-1991 veertig subsidies toegekend met een totaal bedrag van *f* 57 mln.

beschikbaar kan worden gesteld of niet. Als een beperkte invoering gewenst is, kan de overheid een partieel verbod op de aanschaf en het gebruik van deze technologie afkondigen, of beter gezegd: de overheid kan een beperkt aantal zorgaanbieders een vergunning geven om de voorziening wel aan te bieden. Hiermee komen we op het terrein van het tweede beheersinstrument.

1.3 Artikel 18 WZV

Artikel 18 van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV) verschaft de minister van volksgezondheid de mogelijkheid om het bezit van kostbare medische technologieën aan een vergunningenstelsel te koppelen. Op deze wijze kan de overheid de groei van het aantal voorzieningen intomen, en de benodigde capaciteit verspreiden over het land. Bij de besluitvorming wordt de overheid geadviseerd door verschillende adviesorganen. Ruwweg kunnen hierin drie stadia worden onderscheiden. De Gezondheidsraad adviseert, gevraagd of ongevraagd, over de medisch-wetenschappelijke aspecten van nieuwe ontwikkelingen, en geeft aan of deze onder de werkingssfeer van artikel 18 zouden moeten worden gebracht of niet. Na een positief advies buigt het College voor Ziekenhuisvoorzieningen (CvZ) zich over de kwestie. Dit orgaan, dat vertegenwoordigers van alle partijen bevat, geeft richtlijnen voor het benodigde aantal voorzieningen en de spreiding over het land. De overheid formuleert vervolgens een spreidingsplan. Dit spreidingsplan wordt wederom door het College voor Ziekenhuisvoorzieningen beoordeeld, als ook door de Provinciale Staten. Tenslotte verleent de overheid, na advisering door de Ziekenfondsraad met betrekking tot de financiering, vergunningen aan individuele instellingen middels het zogeheten erkenningenbesluit. Het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg stelt tenslotte het tarief vast dat de artsen in rekening mogen brengen.

1.4 Invloed medische professie

De medische professie is actief bij de besluitvorming over artikel 18 WZV betrokken. Toch is haar invloed formeel slechts beperkt. Hoewel de professie in alle adviesorganen is vertegenwoordigd, kan zij alleen binnen de Gezondheidsraad een meerderheidsstem laten horen, omdat het daar primair om medisch inhoudelijke standpunten gaat. De overheid is echter niet verplicht deze standpunten over te nemen, zoals we in de volgende paragraaf zullen zien. Daarnaast kan de professie de besluitvorming beïnvloeden via het aandragen van argumenten, het veroorzaken van conflicten die de pers halen, het voeren van acties enzovoort.[5] Kortom, feitelijk heeft de medische professie wel grote invloed op de invoering van nieuwe medische technologieën.

Sinds de inwerkingtreding van artikel 18 WZV in 1976 zijn ongeveer zeventien

[5] Dutrée noemt in zijn proefschrift de volgende beïnvloedingssystemen die door de medische professie gebruikt worden: sponsorship, empire building, budgeting, strategic candidate, alliance, lording and expertise. Vooral de laatste twee vormen hebben invloed op het macro-niveau, de overige worden voornamelijk gebruikt bij de besluitvorming binnen ziekenhuizen (meso-niveau). Dutrée MA. *Introductie en verspreiding van medische technologie in Nederland - een model*. Proefschrift, Rotterdam, 1991, p.75-86.

nieuwe technologieën onder haar regime geplaatst.[6] Eén van de interessantste geschiedenissen is die van computertomografie.[7]

2. Computertomografie in Nederland

In het begin van de jaren zeventig werd in de Verenigde Staten de eerste computertomograaf, ook wel CT-scanner genaamd, in gebruik genomen. Deze nieuwe techniek, die berust op een koppeling van traditionele röntgendiagnostiek en computertechniek, betekende een enorme vooruitgang in diagnostische mogelijkheden. De computerbeelden waren niet alleen scherper dan de röntgenfoto's, het werd ook mogelijk om de beelden te combineren en te bewerken zodat bijvoorbeeld dwarsdoorsneden van het lichaam gemaakt konden worden. Voor het eerst konden anatomische structuren *in vivo* zichtbaar worden gemaakt. Aan het nieuwe 'zien' was echter een hoge prijs verbonden.[8] In Nederland moest de medische professie dan ook een behoorlijke druk uitoefenen op de financieringsinstellingen voor dat in 1975 de eerste CT-scanner geplaatst kon worden. Een jaar later diende de Staatssecretaris van Volksgezondheid een adviesaanvraag in bij de Gezondheidsraad over de wenselijkheid van een planningsbesluit overeenkomstig artikel 18 van de WZV. Het advies van de Gezondheidsraad luidde positief. Dit was het startsein voor een jarenlang proces van advisering en besluitvorming. In 1986, ruim tien jaar later, trad het planningsbesluit in werking. Vooruitlopend op dit besluit had de overheid in 1981 een tijdelijke regeling getroffen waarin het maximaal toegestane aantal CT-scanners op 38 gesteld werd. Het feitelijke aantal lag iets hoger, maar desondanks werd de invoering aanzienlijk beperkt. Dit blijkt uit internationale vergelijkingen.[9]

---

[6] De voorzieningen waarop artikel 18 van de WZV is toegepast, zijn: nierdialyse (*f* 70.000 per person), niertransplantatie (*f* 75.000 per transplant), radiotherapie (*f* 200,- per session), neurochirurgie (*f* 14.000 per operatie), hartchirurgie (*f* 14.900 per operatie), hart catheterisatie (*f* 7.800 per behandeling), neo-natologie (*f* 40.000 per patiëntje), prenatale diagnostiek (*f* 1.200 per onderzoek), in vitro fertilisatie (*f* 2.500 per behandeling), computertomografie en nucleaire geneeskunde. De laatste twee voorzieningen zijn vrijgegeven. Mogelijke kandidaten voor artikel 18 zijn: Beenmergtransplantatie, harttransplantatie (*f* 262.500 per transplantatie), positron emissietomografie (PET). Artikel 18 is wel overwogen maar niet toegepast op: niersteen- en galsteenvergruizing, magnetic resonance imaging (MRI). De totale kosten van de artikel 18 voorzieningen werden voor 1989 begroot op *f* 710 mln. Zie Algemene Rekenkamer. Regulering van topklinische zorg. Tweede Kamer, vergaderjaar 1990 - 1991, 22 056, no. 1, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. *Financieel Overzicht Zorg*. Tweede Kamer, vergaderjaar 1991-1992, 22 311, nos.1-2, p.62-63.

[7] Er zijn twee redenen waarom wij voor computertomografie kiezen. [1] Deze technologie ligt in het verlengde van onze eerdere keus voor diagnostische technologieën, en [2] computertomografie is eerst onder, en later ook weer buiten de werkingssfeer van artikel 18 geplaatst.

[8] De aanschafkosten van een CT-scanner bedragen in 1993 zo'n *f* 1,5 mln. Naast deze vaste kosten, die zoals we straks zullen zien nog relatief laag zijn, kent de CT-technologie hoge gebruikskosten die verband houden met opwekken van de röntgenstraling en het verbruik van contrastvloeistof.

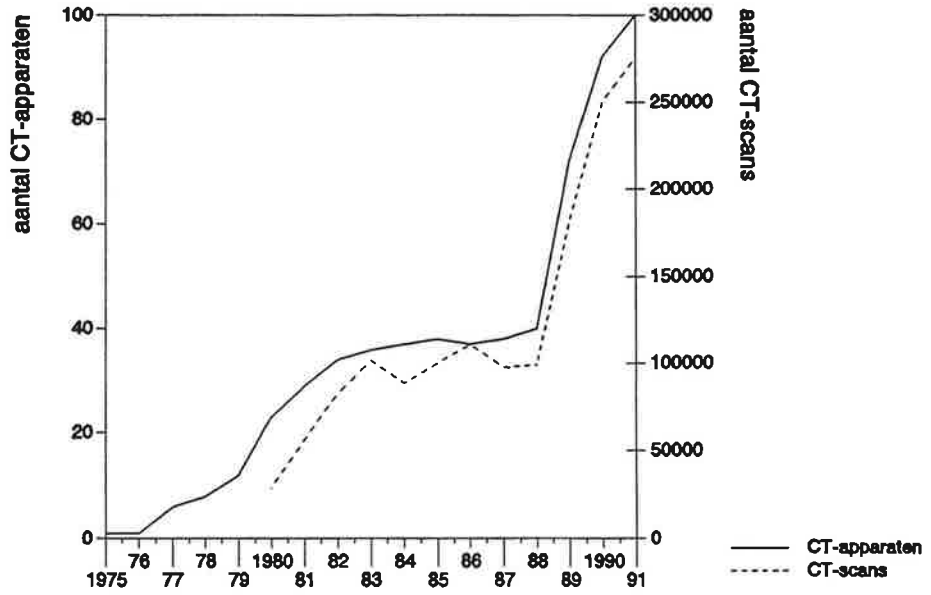
[9] De cijfers in figuur 1 zijn helaas niet zo nauwkeurig. Dutrée (1991) noemt bijvoorbeeld voor Japan een aantal van 34.5 CT-scanners per miljoen inwoners, terwijl Barneveld Binkhuysen (1988) dit aantal stelt op 25.6; Barneveld Binkhuysen FH. Behoefte CT-scans op half miljoen per jaar. *Het Ziekenhuis* (1988) nr. 7, p.284-286. De grote aantallen in Duitsland en Japan hebben een culturele achtergrond; in de Verenigde Staten staat veel CT-apparaten tengevolge van de concurrentie tussen instellingen, de 'medische-wapenwedloop', en de defensieve geneeskunde. Verder kan opgemerkt worden dat 85% van de wereldbevolking in

Figuur 1. Aantal Computertomografen per 1 miljoen inwoners in een aantal OECD-landen (1986)

LAND	AANTAL CT-SCANNERS
Nederland	3,1
Duitsland	6,6
Frankrijk	2,6
Engeland	2,3
Europa	4,1
Verenigde Staten	14,7
Japan	25,6

Van verschillende zijden werd dan ook stevige kritiek uitgeoefend op het restrictieve overheidsbeleid.[10] Omdat er intussen meer dingen veranderd waren, de aanschafprijs was bijvoorbeeld gedaald en voor de ziekenhuizen was een budgetfinanciering van toepassing geworden, won de overheid reeds in 1987 advies in over de uittreding van computertomografie uit artikel 18. In 1989 kreeg deze maatregel zijn beslag, waarbij als argument naar voren werd gebracht dat gebudgetteerde ziekenhuizen niet in groten getale tot de aanschaf van, nog altijd kostbare, CT's zouden overgaan. Dit was een misrekening. Massaal werden voorgenomen investeringen uitgesteld, en in bijna ieder

Figuur 2. CT-scanners en hun produktie in Nederland, 1975 - 1991



landen woont waar geen enkele CT-scanner staat.

[10] De radioloog Barneveld Binkhuysen (1988) die op dit onderwerp promoveerde, stelde dat er in Nederland behoefte was aan 500.000 CT-scans per jaar, ruim drie maal het aantal dat de overheid als maximum had gesteld.

ziekenhuis kwam een CT-scanner te staan. In korte tijd verdubbelde het aantal apparaten, en zoals Figuur 2 laat zien, steeg het aantal gemaakte scans met dezelfde snelheid.[11] Het is moeilijk om het Nederlandse invoeringsbeleid van CT-scanners positief te beoordelen, of het moet zo zijn, dat geen scanner beter is dan een scanner, een situatie dus waarin een verouderde standaard prevaleert. De advisering duurde lang en de besluitvorming verliep traag, met het gevolg dat er besluiten genomen werden die niet meer waren afgestemd op de nieuwste inzichten (zie Figuur 3).

Figuur 3. De introductie van computertomografie in Nederland

GEPLAATST AANTAL CT-SCANNERS	TOEGESTAAN AANTAL CT-SCANNERS	JAAR	FASE IN DE BESLUITVORMING
1		1975	
8		1976	adviesaanvraag Gezondheidsraad
14		1977	Gezondheidsraad adviseert toepassing artikel 18 WZV en stelt de behoefte op 37 - 38 CT's
16		1978	adviesaanvraag College voor Ziekenhuisvoorzieningen (CvZ)
20		1979	CvZ: behoefte is 37 CT's
31		1980	
37	38	1981	tijdelijke regeling: 38 CT's
42	38	1982	Gezondheidsraad adviseert uitbreiding van het toegestane aantal
44	38	1983	
45	38	1984	tijdelijke regeling wordt omgezet in een definitieve
46	38	1985	adviesaanvraag CvZ over het planningsbesluit
45	38	1986	planningsbesluit treedt in werking
46	38	1987	
-	38	1988	adviesaanvraag Gezondheidsraad en CvZ over de uittreding uit artikel 18
71 - 74		1989	uittreding computertomografie uit artikel 18 WZV
89 - 95		1990	
99 - 102		1991	

Dit zien we duidelijk bij de behoefteraming die gebaseerd werd op verouderde ideeën

[11] Figuur 2 heeft alleen betrekking op de algemene ziekenhuizen.

over het indicatiegebied, maar met name ook bij het buiten werking stellen van artikel 18. Aan het eind van de jaren tachtig waren er namelijk nieuwe technologieën op de markt verschenen, die de CT-scanner in sommige indicatiegebieden konden vervangen.[12] We denken aan de positron-emissietomografie, de zogenaamde PET-scanners, die 3-dimensionale beelden construeren, en aan Magnetic Resonance Imaging (MRI), een techniek die een gedetailleerder inzicht geeft, en die niet meer gebaseerd is op radioactieve straling maar die werkt met electro-magnetische velden, en die daarom minder belastend is voor de patiënt. Een nadeel van MRI is, dat de aanschafkosten ongeveer drie keer zo hoog zijn als die van de CT-scanner.[13] Voor de meeste ziekenhuizen was deze prijs, na de massale aanschaf van computertomografen, te hoog, met als gevolg dat er weinig MRI-apparaten aangeschaft werden en dat tot op de dag van vandaag de voordelen van MRI te weinig worden benut.[14]

3. Invloed medische professie op aanschaf en gebruik CT-scanner

De medische professie heeft een duidelijke invloed gehad op de invoering van computertomografie. Niet zozeer via de Gezondheidsraad, die traag adviseerde en welker standpunten nauwelijks door overheid werden overgenomen, als wel via professionele beïnvloedingssystemen.[15] Deze beïnvloeding vond plaats op het macro-niveau, maar meer nog op het meso-niveau. Zo werd via een kennisvoorsprong van de professie de toestemming voor de aanschaf van de eerste CT-scanner min of meer afgedwongen. In deze begin tijd wees de professie ook voortdurend op de kostenvoordelen van CT ten opzichte van de dure invasieve technieken. Toen later echter bleek dat deze besparingen niet gerealiseerd werden,[16] werd dit argument niet meer gehoord. De meest kenmerkende argumentatie van de professie om de onbeperkte invoering van CT-apparatuur te bevorderen was, dat beperkte invoering amoreel werd genoemd. Bij een beperkte invoering zou de patiënten een levensreddende technologie onthouden worden, en dat achtte de professie moreel onverantwoord. Zij deed dus een moreel appèl op de overheid om het aantal vergunningen te verruimen, en op de ziekenhuisdirecties om CT-apparatuur aan te schaffen.

We kunnen ons afvragen in hoeverre de professie hier niet alleen een beroepsmo-

[12] De meningen over de substitutie van CT door MRI zijn erg divers. Sommige deskundigen beweren dat de CT-scanners grotendeels kunnen worden vervangen door MRI, zie bijvoorbeeld Vencken LM. Van CT naar MRI: L'histoire se répète; een neuroloog verbaast zich. *Medisch Contact* 45 (1990) p.129-130. Anderen daarentegen zeggen dat de indicatiegebieden van CT en MRI slechts een kleine overlap vertonen. Zie bijvoorbeeld Voorthuisen EA van. MRI en technology assessment. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 133 (1989) p.1583-1586.

[13] De prijs van een MRI-apparaat ligt tussen *f* 2 mln. en *f* 6 mln, waarbij de goedkope versies niet zo goed schijnen te zijn. Hier staat echter wel tegen over, dat de MRI-techniek veel lagere variabele kosten heeft dan de CT-scanner.

[14] Het is opvallend, dat MRI na langdurig beraad niet onder artikel 18 gebracht werd. We laten dit verder rusten.

[15] Dutrée (1991) p.200.

[16] De ziekenhuizen hadden baat bij een zo groot mogelijke bezetting van de CT-capaciteit.

raal heeft nagestreefd, maar misschien ook zoiets als een beroepsbelang. Het is opvallend, dat de Gezondheidsraad heeft gewezen op het belang van nieuwe ontwikkelingen, zoals MRI, maar dat dit niet geleid heeft tot relatief minder CT's. Hiervoor zijn drie verklaringen mogelijk. 1) MRI is geen substituut voor computed tomography. Deze verklaring bevredigt niet omdat zelfs toonaangevende radiologen het tegengestelde beweren. 2) De medische professie was nog maar net gewend aan CT, en de overstap op MRI vergt nieuwe vaardigheden die nog ontwikkeld moeten worden. Deze verklaring bevat een kern van waarheid, maar roept vragen op over de professionele verantwoordelijkheid. 3) Het tarief voor een CT-scan was hoger dan het tarief voor een MRI-image.[17] Uit het gegeven dat een tariefaanpassing is voorgesteld, doet sterk vermoeden dat ook deze verklaring een kern van waarheid bevat. Met name deze derde verklaring is interessant, want zij duidt op een relatie tussen de honoreringsstructuur van artsen en verrichtingen en de invoering van technologieën. Het interessante van deze relatie zit in de implicatie dat via aanpassingen in de honoreringsstructuur de invoering van nieuwe technologieën beïnvloed kan worden.

[17] In 1993 bedraagt het tarief voor een CT-scan *f* 121,50 en voor een MRI-verrichting *f* 113,-. Valois JC de. Informatie 'Radiologie Informatie Systeem'. *Memorad* 1 (1993) no.2, p.8.

PRESENTATIES EN PUBLIKATIES

Het onderzoek heeft tijdens de looptijd reeds geleid tot de presentaties en publikaties van (voorlopige) resultaten. Dit betreft:

1. Jan Hoogland, Sytse Strijbos, Henk Jochemsen. Technological change and increasing health care expenditure in The Netherlands. Some philosophical reflections on the responsibility of the physician. *Paper presented at the conference of the European Society for the Philosophy of Medicine and Health Care. Oslo, August 1993.*

2. Johan Polder, Sytse Strijbos, Henk Jochemsen. Technological change and increasing health care expenditure in The Netherlands. Economic reflections on the impact of technological change and the influence of the physician. *Paper presented at the conference of the European Society for the Philosophy of Medicine and Health Care. Oslo, August 1993.*

3. H. Jochemsen, S. Strijbos, J. Hoogland. The medical profession in modern society: the importance of defining limits. *Paper presented at the First World Congress 'Medicine and Philosophy: Sciences, Technologies, Values', organised by the European Society for the Philosophy of Medicine and Health Care. Paris, May/June 1994.*

4. Jan Hoogland, Sytse Strijbos, Henk Jochemsen. Constitutive and regulative rules for medical practice. *Paper presented at the First World Congress 'Medicine and Philosophy: Sciences, Technologies, Values', organised by the European Society for the Philosophy of Medicine and Health Care. Paris, May/June 1994.*

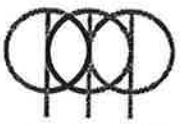
5. H. Jochemsen, S. Strijbos, J. Hoogland. The medical profession in modern society: the importance of defining limits. *Paper presented at the USA national conference 'The Christian stake in Bioethics', organised by Trinity Evangelical Divinity School, Deerfield IL, in collaboration with the USA Christian Medical Fellowship, May 1994.*

6. S. Strijbos. Professionele autonomie en de (tand)arts-patient relatie. *Voordracht voor Nationaal Congres Tandheelkunde '94, 23 april 1994, 's Gravenhage.*

7. Johan J. Polder. The macro-economic impact of technological change on health care expenditures. The Dutch experience in the period 1970-1990. *Journal of Health Care, Medicine and Community*, no. 5 May 1994, p.26-34.

8. S. Strijbos. The individual and the collective in health care: a problem of system ethics. *Systems Research* 11 (1994) p.67-76.

9. Johan J. Polder. Medical technology and health care expenditure - The Dutch



experience in the period 1970-1990. *International Journal of Technology Management*, Special issues series on 'management of technology in health care', 1995 (in druk).

10. S. Strijbos. Professionele autonomie en de (tand)arts-patiënt relatie. *Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde* 102 (1995), in druk.

11. H. Jochemsen, S. Strijbos, J. Hoogland. The medical profession in modern society - the importance of defining limits. In: Kilner JF, Cameron NM de S, Schiedermacher DL (eds.). *Bioethics and the future of medicine: a christian appraisal.* Grand Rapids MI: Eerdmans 1995, in druk.

OVER DE AUTEURS

J. Hoogland
Jan Hoogland heeft wijsbegeerte gestudeerd aan de Erasmus Universiteit te Rotterdam. In 1992 is hij gepromoveerd aan de Faculteit der Wijsbegeerte van dezelfde Universiteit op het proefschrift *Autonomie en antinomie. Adorno's ambivalente verhouding tot de metafysica*. Na zijn promotie is hij enkele jaren verbonden geweest aan de vakgroep Filosofie van Mens en Cultuur van de genoemde Faculteit der Wijsbegeerte. Vanaf 1 januari 1995 is hij verbonden als onderzoeker aan de Faculteit der Wijsbegeerte van de Vrije Universiteit te Amsterdam. Hoogland is lid van de redaktie van het tijdschrift *Beweging*.

H. Jochemsen
Henk Jochemsen heeft moleculaire biologie gestudeerd aan de Landbouw Universiteit te Wageningen. Hij promoveerde in 1979 te Leiden op een onderwerp uit het préklinische kankeronderzoek. Na een verblijf in Paraguay, waar hij o.a. moleculaire biologie doceerde en zich bezig hield met christelijke ethiek, raakte hij in 1986 betrokken bij het Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut, waarvan hij sinds 1987 direkteur is. In deze hoedanigheid heeft hij o.a. meegewerkt aan twee symposia, georganiseerd door het Prof. Lindeboom Instituut over de 'grenzen van de zorg'-problematiek. Tevens is hij lid van de redaktie van de Lindeboomreeks, een serie medisch-ethische publikaties, uitgegeven door Buijten & Schipperheijn in samenwerking met het Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut.

J.J. Polder
Johan Polder heeft algemene economie gestudeerd aan de Erasmus Universiteit te Rotterdam. Zijn afstudeerscriptie is getiteld 'Hernieuwde Zorg' en bespreekt de economische doelmatigheid en maatschappelijke bedding van het zorgstelsel. Van 1992 tot 1994 was hij als universitair docent verbonden aan de vakgroep Economische Organisatievormen van de Faculteit der Economische Wetenschappen, Erasmus Universiteit Rotterdam. Sinds 1 september 1994 is hij als wetenschappelijk onderzoeker verbonden aan het Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg van de Faculteit der Geneeskunde van dezelfde universiteit.

S. Strijbos
Sytse Strijbos heeft natuurkunde gestudeerd aan de Technische Universiteit in Delft en vervolgens wijsbegeerte aan de Faculteit der Wijsbegeerte van de Vrije Universiteit in Amsterdam. Hij promoveerde in 1988 op het proefschrift *Het technische wereldbeeld*. Momenteel is hij universitair docent aan de Faculteit der Wijsbegeerte van de Vrije Universiteit te Amsterdam. In deze funktie houdt hij zich voor een deel van zijn tijd bezig met onderwijs en onderzoek op het terrein van de medische filosofie en ethiek. Hij is lid van de redaktie van de Lindeboomreeks.