

uit: M. Schermer, M. Boenink en G. Meijen, red ,  
Komt een filosoof bij de dokter... , Amsterdam: Boom, 2013

20

### De koopman en de dokter

Margo Trappenburg

*Marieke en Jos werken in een verpleeghuis. De meeste bewoners van het verpleeghuis kunnen niet meer zelfstandig naar buiten. De verzorgenden gaan, als er tijd voor is, met een bewoner een rondje wandelen in het park. Sinds een paar jaar is 'wandelen onder begeleiding' een service waarvoor bewoners extra moeten betalen. Net als een knipbeurt van de kapper en meer dan één keer douchen in de week. Niet alle bewoners kunnen zich deze service veroorloven; de eigen bijdrage die bewoners moeten betalen aan het verpleeghuis is al tamelijk hoog. Jos vindt het zielig voor de armere bewoners, maar Marieke vindt het heel normaal. Het is net als bij Centerparcs, zegt Marieke. Je huurt er een huisje en als je nog meer wilt – een uurtje bowlen, opgemaakte bedden bij aankomst – dan betaal je extra.*

*Anna is huisarts sinds 1996. Tijdens haar opleiding heeft ze geleerd dat Nederlandse huisartsen de gezondheidszorg goedkoop houden. Huisartsen, zo heette het in de woorden van haar opleider, leveren 95 procent van de zorg tegen 5 procent van de totale kosten. Dat komt doordat huisartsen weten dat veel kwaaltjes vanzelf overgaan; huisartsen sturen hun patiënten terug naar huis om het 'natuurlijk beloop van de ziekte' af te wachten. Huisartsen doen niet aan overbodige diagnostiek en huisartsen leren hun patiënten met wat voor soort symptomen ze wel en met wat voor kwaaltjes ze niet naar de dokter hoeven. Zo werd het uitgelegd tijdens de opleiding, maar zo is het allang niet meer, denkt Anna. Bij het laatste huisartsencongres kreeg ze tips van een jongere collega om haar praktijk lucratiever te maken. Ze zou bijvoorbeeld al haar 50-plus patiënten kunnen oproepen voor een*

*preventiecheck: bloeddruk, gewicht, fietstest, hartfilmpje en wat vragen over leefstijl. Veel zorgverzekeraars vergoeden dat en het is makkelijk verdiend geld, aldus de collega. Of ze zou zo'n preventiecheck kunnen afnemen bij iedereen die zich meldt voor een afspraak. Het heeft niet veel nut, vond de collega, maar het kan ook helemaal geen kwaad. (Geïnspireerd door Dwarswaard 2011; Dwarswaard, Hilhorst & Trappenburg, 2011.)*

## **1 Markt in de praktijk**

Sinds het begin van de 21<sup>ste</sup> eeuw hebben we in Nederland te maken met vormen van marktwerking in de zorg. Het begon met concurrerende ziekenfondsen, keuzevrijheid voor de zorgconsument (zoals de patiënt voortaan ging heten) en het schrappen van het verbod op reclame voor medici. Het mondde uit in een nieuw zorgstelsel in 2006. In dat stelsel is het de bedoeling dat ziekenhuizen en andere zorgverleners, zoals huisartsen en fysiotherapeuten, concurreren om de gunsten van zorgverzekeraars: hoeveel kunnen zij leveren van welk type zorg in welke prijs-kwaliteitsverhouding? Zorgverzekeraars concurreren op hun beurt om de gunsten van verzekerden door een zo aantrekkelijk mogelijk zorgaanbod te bieden tegen een gunstige premie. Vrijwel altijd hebben verzekerden vervolgens, als zij zorg nodig hebben, de keuze tussen verschillende ziekenhuizen en verschillende huisartsen. Dat betekent dat zorgverleners ook hun best moeten doen om patiënten te trekken. Door goede zorg te leveren, maar ook door allerlei extra service: een mooie ontvangstruimte, parkeergelegenheid, eenpersoonskamers met eigen sanitair of een dvd-speler bij het ziekenhuisbed.

Wat moet je daarvan denken als arts, verpleegkundige, ziekenverzorgende, manager of bestuurder in de zorg? Kan de filosofie daarbij helpen? Deze vraag staat centraal in dit hoofdstuk. In paragraaf 2 bekijken we wat een aantal belangrijke filosofische auteurs hebben geschreven over marktwerking in de publieke sector. In paragraaf 3 gaan we in op de redenen waarom de politiek in veel landen een groot deel van de publieke sector wilde vermarkten. In paragraaf 4 keren we dan weer terug naar de filosofie en naar de praktijk.

## 2 Markt in de filosofie

*Sandel*

Politiek-filosoof Michael Sandel legt het in zijn recent verschenen boek *What Money Can't Buy. The Moral Limits of Markets* (2012) helder uit. Als je de markt loslaat op een deel van het leven of een deel van de maatschappij dat daar vroeger van gevrijwaard was, kunnen er twee dingen gebeuren (een van de twee of allebei tegelijk, en meestal dat laatste). Ten eerste versterkt de markt de *ongelijkheid* tussen mensen met veel geld en mensen met weinig geld. Mensen met veel geld kunnen een groter huis kopen, een betere auto, de nieuwste telefoon en de meest luxe vakantie naar verafgelegen oorden. Laat je de markt los op het onderwijs en de zorg, dan komen er nog andere waardevolle dingen bij: toegang tot een goede school of universiteit, extra begeleiding op school, toegang tot de beste dokter, versnelde behandeling in het ziekenhuis, of extra service in het verpleeghuis, zoals in het voorbeeld van Jos en Marieke.

Ten tweede leidt de markt tot 'morele corruptie': het introduceren van marktprincipes verandert de betekenis van de fysieke omgeving en van de goederen en diensten die – sinds de markt zijn intrede deed – worden verhandeld. Sandel bespreekt in zijn boek talloze vormen van morele corruptie. De sport bijvoorbeeld. Je kunt een basketbalclub organiseren op niet-commerciële wijze. Sporters betalen contributie. Als het eerste team speelt, betalen bezoekers een bescheiden bedrag om op de tribune te mogen zitten (zeg, ergens tussen de vijf en tien euro per persoon). De contributiegelden en de tickets leveren genoeg op om een zaal te huren met materiaal en om een trainer en een administrateur een paar uur te betalen. Maar je kunt het ook heel commercieel aanpakken. Voetbalclub Ajax is een beursgenoteerde onderneming met grote sponsors. Om het voetbalveld in de Arena zijn reclameborden aangebracht die de waren van de sponsor aanprijzen. Een van de tribunes is door een glazen wand gescheiden van de rest. Daar zitten de sponsors en de door hen uitgenodigde zakenrelaties. De spelers van het eerste team krijgen een topsalaris, maar zijn direct bereid hun club in de steek te laten als ergens anders nog meer kan worden verdiend. Tijdens de rust wordt reclame gemaakt voor allerlei extra's (shawls, shirts, petjes) die de club aan de fans wil verkopen. Er zijn geen kaartjes tussen de vijf en de tien euro, een bezoek aan de

Arena is een heel duur uitje. Sport krijgt een andere betekenis als de commercie er zo nadrukkelijk aanwezig is, schrijft Sandel.

Wat voor sport geldt, gaat in nog sterkere mate op voor het onderwijs. Je kunt een school betalen met belastinggeld; maar je kunt de school ook laten sponsoren door het bedrijfsleven. Dan betaalt de fabrikant van computers de tablets of notebooks in de klas in ruil voor zijn logo op de leermiddelen en kleine stukjes reclame elke keer als de tablets moeten worden opgestart. Hoe erg is dat? Mag de school lessenseries over gezond eten laten sponsoren door de lokale groenteman? Door een fabrikant van sportdrankjes? Is het erg als de farmaceutische industrie de lessen seksuele voorlichting sponsort in het middelbaar onderwijs (met nadrukkelijke vermelding van de eigen anticonceptiepil)?

In beide voorbeelden zien we dat de markt leidt tot een bedreiging van wat je de integriteit van de betreffende sfeer zou kunnen noemen. Het gaat niet meer alleen om sportieve prestaties, respectievelijk de inhoud van de lessen, het gaat ook om geld. In de voorbeelden van sport en onderwijs wordt geld gebruikt om organisaties te financieren of zelfs winstgevend te maken. In andere gevallen die Sandel bespreekt neemt de morele corruptie een andere vorm aan; daar wordt geld gebruikt als prikkel om mensen iets te laten doen of juist niet te laten doen. Denk aan kinderen die betaald krijgen om hun kamer op te ruimen, hun huiswerk te doen, of een boek te lezen. Het kan best werken (sterker: hoe meer je betaalt, des te groter is de kans dat de prikkel inderdaad effect heeft), maar je leert zo niet dat huiswerk maken en bedden opmaken morele verplichtingen zijn die je nu eenmaal hebt als kind, en je leert niet dat lezen leuk en bijzonder kan zijn, of lekker ontspannend als je huiswerk klaar is en je kamer opgeruimd. Ook bij volwassenen kan de transformatie van een morele norm tot een regel met een financiële prikkel verkeerd uitpakken. Sandel beschrijft een kinderdagverblijf waar sommige ouders hun kinderen regelmatig pas na sluitingstijd kwamen halen. Het bestuur van de crèche besloot een boete in te voeren om aan dat gedrag een eind te maken, maar de boete werkte averechts. Het werd vanaf toen als legitiem beschouwd om je kind een half uur later te komen halen want ouders 'betaalden er immers voor'. In de Nederlandse gezondheidszorg gaan soms geluiden op – zowel bij huisartsen als bij politici – om patiënten flink bij te laten betalen als zij een beroep doen op de huisartsenpost die dienst doet buiten kantoortijd. Patiënten mogen in principe alleen naar de

huisartsenpost als zij last hebben van een medisch probleem dat niet kan wachten tot hun eigen huisarts weer dienst heeft. Dat is de thans geldende norm. Als er een hoge eigen bijdrage wordt ingevoerd zouden de twee effecten van Sandel kunnen optreden. De eigen bijdrage zou voor arme patiënten een drempel kunnen zijn die hen weerhoudt van een terecht bezoek aan de huisartsenpost. Voor rijkere patiënten zou de eigen bijdrage juist drempelverlagend kunnen werken ('Ik had met dit probleem tot maandagochtend kunnen wachten, maar ik dacht: ik betaal gewoon die eigen bijdrage voor de extra service om dit in het weekend te kunnen laten behandelen'). Die laatste houding wordt nog verder aangemoedigd wanneer huisartsen – als in het voorbeeld van Anna – de door hen verleende zorg zelf ook vooral gaan zien als een dienst waarmee zij veel geld kunnen verdienen.

### *Walzer, Jacobs en Barber*

De thematiek in *What Money Can't Buy* figureert prominent in het werk van diverse andere politiek filosofen. Het klassieke boek in dit verband is *Spheres of Justice* van Michael Walzer uit 1983. Walzer betoogt daarin dat een westerse, liberale samenleving als de onze bestaat uit een groot aantal verschillende maatschappelijke sferen. In elk van die sferen wordt iets verdeeld, een *social good*, in termen van Walzer, en bij elk van die sferen hoort een verdelingscriterium, passend bij dat *social good*. Liefde en affectie, in de gelijknamige sfeer, worden verdeeld in betrekkelijke willekeur, en dat vinden we niet moreel verkeerd. Mannen worden sneller verliefd op mooie vrouwen en dat accepteren we als een feit des levens (we vinden niet dat er van staatswege plastische chirurgie moet worden aangeboden om alle vrouwen evenveel kans te geven op de liefde van een leuke man). Hoger onderwijs moet meritocratisch worden verdeeld. IJverige, getalenteerde studenten zouden moeten kunnen studeren, ongeacht hun ras, geslacht, religie of het inkomen van hun ouders. Gezondheidszorg hoort te worden verdeeld naar medische behoefte; als meer mensen hulp nodig hebben, hoort de dokter te kijken wiens situatie het meest urgent is. Een slagaderlijke bloeding gaat voor een gebroken been en een gebroken been gaat weer voor een gekneusde enkel (Trappenburg, 1997). Gewone consumptiegoederen ten slotte (gebakjes, Ipads, flatscreen televisies en Chanel-tassen) worden verdeeld volgens de wet van vraag en aanbod in de sfeer van de markt.

Walzer betoogt vervolgens dat de politiek tot taak heeft andere maatschappelijke sferen te beschermen tegen de sfeer van de markt, die naar zijn aard imperialistisch is. Alles kan immers worden verhandeld als je daar niet tegen optreedt: seks, nieren, baby's, zetels in de gemeenteraad, voorrang in het ziekenhuis, stembiljetten voor de verkiezingen, strafvermindering bij de rechter, of een hoog cijfer voor een tentamen. Alles zou kunnen worden verhandeld, maar dat moeten we niet gaan doen, zegt Walzer en de twee redenen die hij daarvoor geeft komen precies overeen met de twee categorieën van Sandel. Infiltratie van marktprincipes in andere maatschappelijke sferen leidt ten eerste tot cumulatieve ongelijkheid. Het is niet erg dat sommige mensen meer geld hebben dan anderen, als die inkomensongelijkheid maar beperkt blijft tot de sfeer van consumptieve goederen. Ongelijkheid wordt oneerlijk als geld ook kan worden gebruikt om zorg, onderwijs en politieke invloed te kopen. Marktprincipes buiten de sfeer van de markt zijn daarnaast in strijd met onze gedeelde waarden, onze *shared understandings*, in termen van Walzer. Wij zijn het erover eens dat baby's, nieren, stembiljetten, voorrang bij de dokter en strafvermindering niet te koop zouden moeten zijn, en het is waardevol dat we het daarover eens zijn. De politiek moet onze gedeelde overtuigingen beschermen tegen corruptie.

Sociologe Jane Jacobs betoogt in haar boek *Systems of Survival* dat er twee manieren zijn waarop gemeenschappen van mensen hun leven vormgeven: handel en politiek. De spelregels en ethische codes die horen bij de ene manier zijn heel anders dan de normen en waarden van de andere. Zo gaat het in de handel (*the commercial moral syndrome*) om competitie, efficiency en ondernemingszin. In de politiek (*the guardian moral syndrome*) ligt de nadruk op kracht, hiërarchie, eer en loyaliteit. Bij Jacobs zien beide syndromen er nogal onaangenaam uit. 'Allebei die syndromen zijn verschrikkelijk,' zegt een van haar protagonisten (*Systems of Survival* is geschreven in de vorm van een dialoog). 'Het ene is hebzuchtig, op de penning, heidens, consumentistisch, met een misdadige minachting voor het algemeen belang. Het andere lijkt wreed, genadeloos, oneerlijk en machtsgeil. Er zitten in allebei ook wel goede dingen, maar die worden verpest door de slechte.' (Jacobs, 1992, p. 53)

Bij politiek filosoof Benjamin Barber (2007) is ook sprake van twee soorten ethiek, maar bij hem gaat het om een goede en een slechte. Er is enerzijds de goede

ethiek van gelijk burgerschap in democratisch bestuurde, politieke gemeenschappen. Er zijn anderzijds de waarden van het steeds verder oprukkende kapitalistische consumentisme. Bij burgerschap gaat het om publieke discussies over het algemeen belang, om complexe afwegingen, om investeringen in langetermijnidealen als een schoon leefmilieu, om vasthoudendheid en doorzettingsvermogen. In de consumentenethiek gaat het om individuele preferenties, om instant behoeftebevrediging; het moet allemaal snel, simpel en zo goedkoop mogelijk.

Wat al deze filosofische auteurs gemeen hebben is een grote bezorgdheid om de toenemende invloed van de markt in ons leven.

### **3 Markt in de politiek**

Bovenstaande filosofische redeneringen klinken plausibel en niet al te ingewikkeld. Wat heeft de politiek – in Nederland, maar ook in heel veel andere landen – dan beziend, waarom heeft men op zoveel terreinen besloten om vormen van marktwerking in te voeren of daar op z'n minst mee te experimenteren? Het is belangrijk om ons te realiseren dat dit niet te maken had met wijzigende visies op de betekenis van zorg, onderwijs of politie. Er zijn maar heel weinig politici die ooit hebben verkondigd dat het hier eigenlijk gewone consumptiegoederen betrof – de een koopt een Chanel-tas, de ander een auto en weer een ander besteedt haar geld liever aan chemotherapie of een vwo-opleiding voor haar kinderen. Evenmin is het ooit heel nadrukkelijk de bedoeling geweest om rijke mensen de kans te geven meer publieke goederen te kopen – rijke mensen kunnen een mooier huis kopen, en een betere auto; natuurlijk moeten ze dan ook een betere chirurg kunnen betalen als ze kanker hebben. Het vermarktingsprogramma dat sinds de jaren tachtig van de twintigste eeuw opgeld doet in de westerse wereld, had twee andere hogere doelen:

- Het eerste doel was het op orde brengen van de overheidsfinanciën door de verzorgingsstaat te verkleinen, te saneren of te versoberen.
- Het tweede doel was het realiseren van kwalitatief betere, meer klantgerichte dienstverlening in de publieke sector.

Beide doelen lijken tegenstrijdig, maar men geloofde (en gelooft vaak nog) dat ze zijn te verenigen door zorgvuldig ingebedde en georkestreerde marktwerking.

Organisaties in de publieke sector – het ambtenarenapparaat van ministeries en gemeenten, maar ook scholen en ziekenhuizen – waren vaak bureaucratisch ingericht, met veel regels en voorschriften om een zorgvuldige verslaglegging en de gelijke behandeling van burgers te garanderen. Een dergelijke inrichting botst met waarden als snelheid, individueel maatwerk en klantvriendelijkheid. Moeten we niet eens toe naar een andere vorm van organiseren? Je zou bijvoorbeeld kunnen denken aan prestatie-afspraken tussen politici en ambtelijke organisaties: zoveel productie tegen zoveel budget. Inventieve ambtenaren, zorgverleners en schoolbestuurders zouden binnen het hun toegemeten budget nieuwe manieren van werken kunnen introduceren zonder daarbij te worden gehinderd door ‘wetten en praktische bezwaren’. De klassieke tekst waarnaar politici verwijzen in dit verband is *Reinventing Government* van David Osborne en Ted Gaebler uit 1992.

Gun ambtenaren en werknemers in de publieke sector de speelruimte om innovatief en ondernemend te zijn en burgers (klanten!) zullen beter worden bediend. Op deze manier uitgelegd en ingezet gaat het om creatieve ambtenaren en professionals die moeten worden verlost uit hun keurslijf. Marktwerking wordt echter ook vaak met een minder complimenteuze redenering verdedigd. Dan betoogt men:

- Op de markt doen leveranciers hun best voor hun klanten. Niet omdat zij zulke goede mensen zijn, maar omdat zij weten dat klanten anders overlopen naar de concurrentie.
- Wat we dus moeten hebben in de publieke sector is keuzevrijheid voor klanten (burgers, patiënten, bewoners, studenten) enerzijds en concurrentie tussen aanbieders anderzijds.

In de woorden van Julian Le Grand (2003), beleidsadviseur en hoogleraar aan de London School of Economics, moeten we ervan uitgaan dat niet alle ambtenaren en professionals *knights* zijn, ridders die uit zichzelf hun uiterste best doen voor de burger en de patiënt. Sommigen zijn dat wel natuurlijk, maar velen zijn eigenlijk *knaves*, schurken, mensen die primair gericht zijn op hun eigen belang. Het gedrag van die schurken moet je met prikkels in de goede richting sturen. Het stimuleren van



concurrentie (op prijs, of op kwaliteit, door middel van bijvoorbeeld prestatie-indicatoren) kan een goede prikkel zijn.

Marktwerking in de publieke sector is in de meeste landen conditioneel ingevoerd: met prikkels, binnen budgetten, met regels en beperkende randvoorwaarden. Veel van die beperkende voorwaarden hadden als inzet om de ongelijkheid tussen rijk en arm binnen de perken te houden. Tekenend in dit verband is dat een deel van de architecten van marktwerking programma's een linkse politieke achtergrond hadden, denk aan Tony Blair in Engeland of de paarse coalitie onder leiding van PvdA premier Wim Kok (1994-2002).

Wat betekent dit voor de bezwaren vanuit de filosofie? Kun je een beetje markt invoeren? Of is dat net zoiets als een beetje zwanger?

#### **4 Een beetje markt**

Een beetje markt. Wie de literatuur eropna leest moet concluderen dat dit vroeger helemaal niet ongewoon was. Barber beschrijft in *Consumed* het vroege kapitalisme, bekend uit het klassieke boek van Max Weber, *Die protestantische Ethik und der Geist des Kapitalismus*. Het kapitalisme dat ontstond aan het eind van de middeleeuwen ging niet over spijkerharde concurrentie en ongebreidelde consumptie. De vroege kapitalisten werkten hard omdat zij dit zagen als hun Bijbelse opdracht, zij waren zuinig en spaarzaam en beschouwden financieel succes als een bewijs van goddelijke goedkeuring. Zij haalden niet uit de Bijbel dat zij elkaar op leven en dood kapot moesten beconcurreren. Er was sprake van marktwerking, maar binnen duidelijke grenzen.

Na de Tweede Wereldoorlog ontstonden in de westerse wereld twee soorten kapitalisme. Er was de Angelsaksische variant, gebaseerd op harde concurrentie, enerzijds en de Rijnlandse variant, of het Rijnlandse model anderzijds. Dat laatste model hield in dat werkgevers afspraken maakten, met werknemers maar ook met elkaar. Door die afspraken werd de concurrentie getemperd. Voor de prijzen van consumptiegoederen was dat niet optimaal, die bleven aan de hoge kant. Voor de aandelenkoers van bedrijven was het ook niet ideaal; de koers steeg niet zo hoog als in Angelsaksische landen. Maar voor de lonen van werknemers was het uitstekend.

In landen met het Rijnlandse model werden niet alleen afspraken gemaakt over lonen en prijzen, ook op andere terreinen bestonden gemengde systemen gebaseerd op *gentlemen's agreements* (Reich, 2008; De Deken, 2013). Het Nederlandse zorgstelsel van vlak na de oorlog was een mengvorm van een publiekrechtelijk ziekenfondsstelsel met wettelijk verplichte, inkomensafhankelijke premies voor twee derde van de bevolking en een particulier verzekeringsstelsel voor ruwweg het overgebleven een derde deel van de bevolking. Tussen de particuliere zorgverzekeraars werd tot eind jaren zeventig van de vorige eeuw maar beperkt geconcurrereerd. Men vond het onkies om ronduit te proberen zoveel mogelijk jonge, gezonde verzekerden aan zich te binden (Companje, 2008, p. 520).

Om verschillende redenen zijn dergelijke gemengde constructies nu echter niet of veel minder houdbaar. Politiek econoom Robert Reich betoogt in zijn boek *Supercapitalism* dat de meeste mensen, economisch gezien, twee of drie zielen in zich verenigen. Zij zijn consument, werknemer en soms nog aandeelhouder. In landen met het Rijnlandse model werd in de vorige eeuw tot aan het eind van de jaren zeventig, begin jaren tachtig in goed overleg rekening gehouden met de belangen van ons als werknemers. In landen met het Angelsaksische model werd minder, maar toch ook enigszins rekening gehouden met die belangen, omdat vakbonden dat afdwongen door middel van stakingen. Maar sinds de jaren tachtig is de macht van de vakbonden in Engeland en Amerika gebroken. In Rijnlandse landen menen veel politici, beleidsmakers en economen dat hun land de Angelsaksische kant uit moet om te kunnen concurreren in een globaliserende economie. Dat betekent dat afspraken tussen bedrijven voortaan *not done* zijn; die worden gezien als kartelvorming en kartelvorming is niet in het belang van de consument (in ons) die zijn goederen en diensten liefst zo goedkoop mogelijk afneemt (denk in Nederland aan het optreden van de Nederlandse Mededingings Autoriteit). Bedrijven hebben veel minder ruimte om 'half-kapitalistisch' te werk te gaan. In een land als Nederland is het bovendien zelfs voor de overheid lastig om een eenmaal ingevoerde marktwerking af te zwakken, omdat Nederland gebonden is aan regels van de Europese Unie, die van mening is dat landen moeten kiezen. Ofwel je kiest voor publieke voorzieningen (zorg, sociale zekerheid, elektriciteit, water), ofwel je kiest voor de markt, maar dan zit je daar ook aan vast. Je kunt niet de stroomvoorziening liberaliseren en vervolgens besluiten dat je wel wilt dat deze 'in

Nederlandse handen blijft'. Daar steekt de EU een stokje voor. Als je wilt dat zorgverzekeraars en ziekenhuizen private ondernemers zijn die winst mogen maken, betekent dit dat ziekenhuizen en zorgverzekeraars ook kunnen worden opgekocht en verhandeld door buitenlandse firma's, die een snelle slag willen slaan. Als ziekenhuizen met elkaar moeten concurreren, dan mogen zij niet met elkaar de markt gaan verdelen: ziekenhuis A de pancreasoperaties, ziekenhuis B transplantaties en ziekenhuis C complexe hartchirurgie. Ook al zouden ze dat doen omdat A, B en C in die verschillende vormen van chirurgie nu eenmaal het beste zijn. Dat is een onwenselijke verstoring van de markt, want dan heeft de consument die een transplantatie nodig heeft geen andere optie dan ziekenhuis B. Marktwerking heeft veel weg van een geest die, eenmaal uit de fles, daar nooit meer in terug wil. Dat maakt de vragen waar Jos, Marieke en Anna uit de inleiding mee worstelen des te prangender. Marktwerking leidt tot ongelijkheid en marktwerking verandert de betekenis van aangeboden goederen en diensten, aldus de filosofen uit paragraaf 2. Voor politici die deze consequenties niet accepteren lijkt er niet veel anders op te zitten dan de marktwerking terug te draaien, *sadder and wiser*. Bewegingen in die richting zien we ook optreden in de zorg. Het kabinet Rutte-Asscher legt de nadruk op kostenbeheersing en budgetbewaking in de zorg – beleidsinstrumenten die zich moeilijk laten combineren met marktwerking (het is moeilijk, zo niet onmogelijk om te gaan ondernemen, groeien, of uitbreiden, als er bovengrenzen zijn aan de omzet die je mag draaien). Ook wordt er sterk gestuurd op concentratie van zorg: ziekenhuizen zouden alleen zorg moeten leveren waar zij goed in zijn; niet elk type zorg hoeft overal te worden aangeboden. Aan een of twee centra voor kinderkanker/Whipple operaties/hart long transplantaties hebben we genoeg. Dat beleid zal de kwaliteit van zorg mogelijk ten goede komen, maar de keuzevrijheid van de patiënt zeker niet. Tenslotte stuurt de politiek op kostenbeheersing via verzekeraars. Verzekeraars zouden voor hun verzekerden zorg moeten inkopen bij een beperkt aantal zorginstellingen en dokters, tegen een gunstige prijs. Hun verzekerden zouden vervolgens alleen bij die instellingen en dokters terecht kunnen. Ook dit staat haaks op nagestreefde keuzevrijheid voor de consument, oftewel de vrije artskeuze. Het is niettemin goed voorstelbaar dat de ingezette marktwerking, de retoriek van keuzevrijheid, concurrentie, de eerstkomende jaren nog wel zullen rondwaren in de zorg (en elders in de publieke sector). De opkomst van de marktwerking wordt

meestal zo eind jaren tachtig geplaatst. Er volgden lange jaren van politieke discussie en een reeks van kleine deelmaatregelen voordat in 2006 het huidige zorgstelsel werd ingevoerd. Een dergelijke langjarige verandering is niet in een paar maanden terug te draaien. Dilemma's als die van Jos, Marieke en Anna zullen op korte termijn zeker niet verdwijnen. En dus is het belangrijk dat zorgprofessionals zich afvragen hoe zij zich tot de marktelementen in hun sector moeten verhouden. Wat te doen?

Ten eerste lijkt het verstandig dat professionals van tijd tot tijd expliciet reflecteren op de morele eigenheid van de zorg. Nascholingscursussen, dagen van de beroepsvereniging (KNMG, Nederlands huisartsengenootschap, Vereniging van verpleegkundigen en verzorgenden), symposia en jubileumbijeenkomsten zouden hiervoor kunnen worden gebruikt. Op oudere werknemers die de periode voor de marktwerking, de hoogtijdagen en de ingezette bescheiden koerswijziging kunnen overzien, rust hier een speciale verantwoordelijkheid.

Ten tweede is het belangrijk dat professionals zich realiseren dat hun bazen (managers, zorgbestuurders) de marktwerking aan den lijve voelen en er daarom moeilijk weerstand aan kunnen bieden. Zij moeten onderhandelen met zorgverzekeraars, zij moeten beslissen over investeringen in een nieuwe parkeergarage om patiënten te trekken of te behouden en zij moeten die parkeergarage afwegen tegen betere dokters of meer handen aan het bed. Het is van belang dat bazen hierbij tegengas krijgen vanuit de werkvloer. Veel zorgprofessionals zijn constructief en empathisch ingesteld en zullen niet van nature geneigd zijn tegen te spreken. Om de zorg te behoeden voor een verder oprukkende markt, is het toch van belang dat dit gebeurt. Jolanda Dwarswaard laat in haar proefschrift zien dat chirurgen hier relatief goed in zijn. Sinds de markt zijn intrede deed in de zorg kunnen ziekenhuizen veel verdienen aan maagverkleiningsoperaties. Dwarswaard citeert een jonge chirurg: 'We hebben heel vaak discussies (...): waarom gaat die mevrouw voor een maagband? Dat is geen goede indicatie. Zij heeft psychiatrisch gewoon veel te veel klachten. Die moeten eerst andere dingen gaan doen. (...) Wij zijn daar heel streng in naar onze bazen toe. De bazen zeggen vaak: zet maar op de lijst. Wij vragen continu: Waarom? Waarom?' (Dwarswaard, 2011, p. 220)

Ten slotte is het van belang dat professionals vertellen hoe marktprikkels uitpakken in de praktijk. Door ingezonden stukken te sturen naar de krant, door mee te doen aan praatprogramma's op tv of door mee te discussiëren op internet. De politiek heeft niet de bedoeling gehad zorg tot consumptiegoed te verklaren of zorg onbereikbaar te maken voor arme mensen. Als dit toch gebeurt moet dat bekend worden zodat tijdig kan worden bijgestuurd of ingegrepen. Een professional die gewoon zijn of haar werk doet is prima, maar een professional die daarnaast reflecteert op de morele betekenis van zijn werk en zijn morele verantwoordelijkheid durft te nemen, is nog heel veel beter.

### **Leessuggesties**

H. Achterhuis (2010). *De utopie van de vrije markt*. Rotterdam: Lemniscaat.

M. Hilhorst (2004). Goeddoen met winst maken. Naar een economisering van zorg en beroepsethiek? In Centrum voor Ethiek en Gezondheid (2004), *Economisering van zorg en beroepsethiek*. Zoetermeer: CEG.

H. Maarse (2011). *Markthervorming in de zorg. Een analyse vanuit het perspectief van de keuzevrijheid, solidariteit, toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid*. Maastricht: NWO/Maastricht University.

### **Referenties**

Barber, B. (2007). *Consumed. How markets Corrupt Children, Infantilize Adults, and Swallow Citizens Whole*. London/New York: Norton & Company.

Companje, K.P. (2008). Het ziekenfondsenbesluit en de gevolgen voor de verzekering van zorg, 1940-1986. In K.P. Companje (Red.), *Tussen volksverzekering en vrije markt. Verzekering van zorg op het snijvlak van sociale verzekering en gezondheidszorg 1880-2006* (pp. 477-536). Amsterdam: Aksant.

- Deken, J. de (2013). De economie: nationale en transnationale inbedding van markten. In J.W. Duyvendak et al. (Red.), *Sociale kaart van Nederland. Over instituties en organisaties* (pp. 83-98). Den Haag: Boom/Lemma.
- Dwarswaard, J. (2011). *De dokter en de tijdgeest. Een halve eeuw veranderingen in de beroepsethiek van huisartsen en chirurgen*. Den Haag: Boom/Lemma.
- Dwarswaard, J., Medard, H., & Trappenburg, M. (2011). The Doctor and the Market. About the Influence of Market Reforms on the Medical Professional Ethics of GPs and Surgeons in the Netherlands. *Health Care Analysis*, 19, 388-402.
- Jacobs, J. (1992). *Systems of Survival. A Dialogue on the Moral Foundations of Commerce and Politics*. London: Hodder & Stouhgton.
- Le Grand, Julian (2003), *Motivation, Agency and Public Policy. Of Knights, Knaves, Pawns and Queens*, Oxford: Oxford University Press.
- Regerakkoord Kabinet Rutte-Asscher, via <http://www.rijksoverheid.nl/regering/regerakkoord/zorg-dichtbij>
- Reich, R. (2008). *Supercapitalism: The Transformation of Business, Democracy, and Everyday Life*. New York: Knopf.
- Sandel, M. (2012). *What Money Can't Buy. The Moral Limits of Markets*. London: Allen Lane/Penguin.
- Trappenburg, M. (1997). Defining the Medical Sphere. *Cambridge Quarterly of Health Care Ethics*, 6(4), 416-434.
- Walzer, M. (1983). *Spheres of Justice. A Defence of Pluralism and Equality*. New York: Basic Books.