

2. De morele rol van de arts¹

2.1 *Wat we allemaal niet willen*

In de medisch-ethische literatuur, maar ook in gewone mensengesprekken over goede en slechte artsen figureren een aantal stereotype beelden van dokters die wij niet aan het ziekbed willen hebben. Het eerste is dat van de arts die alleen de ziekte ziet en niet de zieke, die de patiënt beschouwt als een disfunctionerend biologisch organisme ('Ik moet nog even kijken naar die botbreuk op zaal 8'). Een zekere professionele distantie tussen arts en patiënt is onvermijdelijk en noodzakelijk, al was het maar voor de geestelijke gezondheid van de arts, die zich niet kan veroorloven al te zeer persoonlijk betrokken te zijn bij het leed van al zijn patiënten. Distantie mag echter niet leiden tot gebrek aan respect (een arts mag niet, terwijl de patiënt zelf goed aanspreekbaar is, over diens hoofd heen, zijn toestand doornemen met familieleden; hij hoort medische handelingen met de patiënt te bespreken, begrip te tonen voor de moeilijke situatie waarin veel patiënten verkeren enzovoort).

Het tweede algemene schrikbeeld is dat van de arts die zich opstelt als marktkoopman, ofwel de wijd verbreide angst voor 'Amerikaanse toestanden'. Hier moeten we denken aan artsen die de medische behandeling graag een beetje rekken om hun eigen inkomsten te maximaliseren en die contractueel willen vastleggen dat zij niet aansprakelijk zijn voor de eventuele kwalijke gevolgen van hun medisch handelen. Maar ook aan artsen die een zeer ver doorgevoerde 'u vraagt, wij draaien' mentaliteit propageren, die zich in geen enkel opzicht mede verantwoordelijk voelen voor beslissingen die hun patiënten nemen, die zelfs de morele verantwoordelijkheid voor hun eigen handelen afwentelen op de patiënt. (Men denke aan de abortus-arts die onlangs in een documentaire van het televisieprogramma Zembra verklaarde: "Als een vrouw een abortus wil omdat het buiten regent, dan help ik haar."²)

¹§ 2.1 en 2.2 zijn gebaseerd op een paper geschreven met M.T. Hilhorst (M.T. Hilhorst en M.J. Trappenburg, 'Professional Role Models and their Relation to Lifestyles', paper voor BIOMED 2-project Communicable diseases and lifestyles, Cremona, mei 1996).

²Zie NN, 'Inspecteur: artsen schenden abortuswet', in: *NRC Handelsblad*, 17-1-1997, p.

Het derde schrikbeeld is dat van de ambtenaar-arts die zijn kennis en kunde in dienst stelt van het heersende politieke regime. Een navrant voorbeeld van de ambtenaar-arts vormden psychiaters in de Sovjet Unie, die zich bereid toonden medische categorieën een politieke inhoud te geven. ('U bent geestelijk gestoord, want u bent het niet eens met het politieke bewind.') Minder bedreigend en dichterbij huis zijn de ambtenaar-artsen die tot taak hebben werknemers te keuren op arbeidsongeschiktheid. Waar dezen zich vroeger bereid toonden werknemers arbeidsongeschikt te verklaren als werkgever en werknemer het erover eens waren dat de WAO voor de betreffende werknemer een geschikte afvloeiingsroute zou zijn, daar werken zij tegenwoordig mee aan een regime dat mensen arbeidsgeschikt verklaart als zij theoretisch in staat zijn bonsai boompjes te kweken. Of, om een minder vaak gehoord voorbeeld te noemen: planten te stekken. Neem het schrijvende verhaal van een afgekeurde onderwijzer, onlangs opgetekend in *CNV Opinie*: "Ger Kessels (53) heeft dertig jaar op een basisschool gewerkt. In 1981 krijgt hij een hartinfarct, maar daarna kan hij nog tot 1992 normaal doorwerken. Dan komen de hartklachten weer terug.(...) In 1994 wordt hij volledig afgekeurd en begin 1995 wordt hij alweer volgens de nieuwe normen herkeurd (...). Nu besluit de keuringsarts dat Kessels nog maar vijftig procent arbeidsongeschikt is omdat hij nog wel plantenstekker of dossiervormer kan worden. Kessels leest voor uit de functieomschrijving plantenstekker: 'Pakt een doosje moedermateriaal en haalt de deksel eraf. Heeft in de ene hand een pincet (20 cm lang) en in de andere hand een lancet (20 cm lang). Pakt met de pincet een moederplantje en legt dit op het werkblad. Bestudeert het uiterlijk en de vorm. Beslist welke delen de eigenschappen van een stek hebben.' Het pakken, openen, sluiten en wegzetten van de doosjes kost de plantenstekker volgens de omschrijving tien procent van zijn werktijd, aan het bestuderen en beslissen besteedt hij twintig procent."³ Klaarblijkelijk doen de successieve keuringsartsen

1.

³Inger Bierman, 'Dat ik pijn heb, doet er kennelijk niet toe. Slechts een op de vijf herkeurde WAO'ers weer aan het werk', in: *CNV Opinie*, jrg. 6, nr. 9, nov. 1996, pp. 7-9, p. 7. Zie over de WAO-keuringen door de tijd heen: Romke Jan van der Veen, *De sociale grenzen van beleid. Een onderzoek naar de uitvoering en effecten van het stelsel*

waar Kessels mee te maken heeft gehad simpelweg datgene wat op het tijdstip van keuring politiek opportuun is. Wet is wet, beleid is beleid.

Wat is nu het afschrikwekkende aan de ambtenaar-arts? Schuilt dat in het politieke bewind in kwestie (de Sovjet Unie, opeenvolgende versies van de WAO) of is het feit dat artsen zich ondergeschikt maken aan politieke belangen op zich al angstaanjagend, ongeacht de inhoud van die belangen?

Neem eens aan dat op zekere dag Nederland wordt geregeerd door politici die uw favoriete rechtvaardigheidstheorie zijn toegedaan. Het land wordt bestuurd door utilitaristen die het grootste geluk nastreven voor het grootste aantal mensen. Of door politici die zweren bij John Rawls' rechtvaardigheidstheorie en die elke beleidsmaatregel beoordelen op de vraag of de sociaal-economisch zwaksten daarop vooruit zullen gaan. Of door aanhangers van Daniel Callahan die menen dat het leven een 'biografisch geheel' zou moeten vormen waarbinnen de ouderdom een belangrijke plaats heeft, en die van oordeel zijn dat dit het best kan worden gerealiseerd door ouderen een morele voorbeeldfunctie toe te kennen. In de utilitaristische samenleving zouden ambtenaar-artsen misschien verplicht worden productieve werknemers eerder te behandelen dan huisvrouwen of gepensioneerden, vanuit de gedachte dat economische groei direct leidt tot meer nut of meer geluk voor het grootste aantal mensen. Utilitaristische artsen zouden waarschijnlijk ook veel meer tijd gaan besteden aan de preventie van ziekten ten koste van curatieve activiteiten, die veelal minder nut opleveren. Ambtenaar-artsen in de Rawlsiaanse samenleving zouden zich wellicht op politiek bevel in dienst moeten stellen van de sociaal-economisch zwakkeren (wier gezondheidstoestand, zoals alle artsen weten, vaak negatief afsteekt bij die van de beter gesitueerden in de maatschappij). En ambtenaar-artsen onder Callahan zouden ouderen wel eens een operatie kunnen ontzeggen, om hen in staat te stellen een moreel voorbeeld te zijn voor nieuwe generaties.

Naar mijn idee zijn ook deze laatste drie maatschappijbeelden griezelig en wel om twee redenen. Ten eerste omdat er iets moet worden kapotge-

van sociale zekerheid, diss. RUL, Stenfert Kroese, Leiden 1990.

maakt om daar te komen. Wat er moet worden vernietigd is het eigen morele gezichtspunt van de arts. Een arts is van origine, qua arts, geen Rawlsiaan, geen utilitarist en geen Callahan-adept. Hij zou daartoe moeten worden omgevormd. Het kan natuurlijk zijn dat de arts er enorm op vooruit zou gaan door dat proces. Een bekende kritiek op de medische professie luidt dat zij behept is met een grote (morele) eenzijdigheid: zij zou eenzijdig gericht zijn op het welbevinden van individuele patienten en eenzijdig gericht op curatie.⁴ Bij de keuze voor ambtenaar-artsen zouden we deze eenzijdigheid verlaten, ten gunste van de veel bredere, allebelangen-afwegende blik van de politicus. Maar, als gezegd: het loutere feit dat we daarmee een bepaald moreel gezichtspunt bewust kapot maken vind ik problematisch. Morele tradities, morele opvattingen verdwijnen natuurlijk wel vaker, doorgaans als gevolg van brede maatschappelijke ontwikkelingen: modernisering, industrialisering, individualisering. Daar valt niet echt iets tegen te doen, en soms is het geleidelijke verdwijnen van bepaalde morele gezichtspunten alles bijeen genomen, achteraf bezien, een goede zaak. Met het verdwijnen van de feodale, middeleeuwse maatschappij kwam een einde aan de loyaliteit tussen heer en vazal en op den duur ook aan wat bekend stond als het 'noblesse oblige', de verplichtingen horend bij een adellijke komaf. Ik denk dat de maatschappij daarop vooruit is gegaan, ook in moreel opzicht. De opkomst van 'de moderne tijd' heeft, met name in West-Europa, geleid tot ontkerkelijking en secularisatie. Ook dat lijkt mij alles bijeen genomen winst; als niet-gelovige heb ik een sterke voorkeur voor seculiere morele principes. Als iemand mij evenwel op enig moment had voorgesteld om bewust het feodale morele gezichtspunt kapot te maken of om het christelijk geloof of het christelijke morele gezichtspunt te vernietigen, dan zou ik dat niet hebben toegejuicht. Het bewust kapot maken van een moreel gezichtspunt is *prima facie* verkeerd, zou je kunnen zeggen. Diegenen die vinden dat het toch moet gebeuren moeten daar hele goede argumenten voor hebben en de bewijslast ligt bij hen (bewaren is beter dan vernietigen, tenzij het tegendeel overtuigend wordt aangetoond).

⁴Eric Freidson, *Professional Dominance. The Social Structure of Medical Care*, Atherton Press, New York 1970, p. 152.

Het tweede argument waarom een overschakeling naar Rawlsiaanse/utilitaristische/Callahaniaanse artsen in een Rawlsiaanse/utilitaristische/Callahaniaanse maatschappij riskant lijkt, is een variant op het klassieke argument van Karl Popper. Popper beschrijft in het eerste deel van *The Open Society and Its Enemies* wat er allemaal niet deugt aan Plato's Politeia, een samenleving waarin 'de besten', de filosoof-koningen, regeren op basis van hun inzicht in Het Ware, Het Goede en Het Schone. Een van Poppers bezwaren is gelegen in het feit dat de Politeia moet beginnen 'met een schone lei'. Een heleboel bestaande instituties, vaste gewoonten en normatieve tradities zullen moeten worden weggevaagd om bestuur op basis van Kennis der Absolute Dingen mogelijk te maken. Om dat te gaan doen moet je wel heel zeker weten dat het ideaal wat je wilt realiseren de moeite waard is en de moeite waard zal blijven. Popper wijst deze schone-lei aanpak af: "What I criticize under the name Utopian engineering recommends the reconstruction of society as a whole, i.e. very sweeping changes whose practical consequences are hard to calculate, owing to our limited experiences."⁵ Hij pleit in plaats daarvan voor "piecemeal social engineering". Piecemeal social engineers hebben geen blauwdruk van de perfecte maatschappij in het hoofd, zij hoeven niet met een schone lei te beginnen; hun plannen en hun aanpak zijn veel bescheidener: "[B]lueprints for piecemeal engineering are comparatively simple. They are blueprints for single institutions, for health and unemployed insurance, for instance, or arbitration courts, or anti-depression budgeting, or educational reform. If they go wrong, the damage is not very great, and a re-adjustment not very difficult."⁶ Ik denk dat in sommige gevallen de complete herinrichting van één specifieke institutie ook al te ver gaat, met name daar waar die institutie goed lijkt te functioneren en een plausibele normatieve logica heeft. Een complete normatieve heroriëntatie doorvoeren in grote en belangrijke instituties als het onderwijs of de gezondheidszorg kan alleen daar waar deze instituties evident

⁵K.R. Popper, *The Open Society and Its Enemies. Vol. I. The Spell of Plato*, Routledge & Kegan Paul, London 1986 (oorspr. dr. 1945), p. 161.

⁶Popper, a.w., p. 159.

disfunctioneren. Het herinrichten van dergelijke instituties als zij goed functioneren, alleen maar omdat men denkt dat een volledig Rawlsiaanse/utilitaristische/Callahaniaanse samenleving nog beter is, riekt naar het door Popper veroordeelde utopisme. Er is niets mis met een beetje Rawls, een beetje utilitarisme of zelfs een beetje Callahan, maar een groot-scheepse invoering van die beginselen in goed functionerende instituties die vanouds een andere normatieve logica hanteren is onverstandig.

2.2 *Het morele gezichtspunt van de arts*

We willen dus blijkbaar geen artsen die zich opstellen als technisch-ingenieur, we willen geen medische handelaars en geen ambtenaar-artsen, zelfs niet in een maatschappij met onze ideale politici. Wat dan wel?

Onlangs publiceerde William Sullivan een belangwekkende studie over 'professionalisme' in de Verenigde Staten. Sullivan constateert dat er in Amerika twee 'professionele tradities', twee manieren van denken over professies bestaan. In de eerste worden professionals (advocaten, architecten, artsen) beschouwd als beroepsbeoefenaren die een bepaalde technische kunde bezitten, die de toegang tot hun eigen gelederen mogen bewaken (professionele autonomie), en die niet, althans niet in eerste instantie, winst-georiënteerd zijn. Dit is een tamelijk beperkte opvatting van wat het behoren tot een professie betekent. Deze traditie is in de Verenigde Staten steeds meer de boventoon gaan voeren, betoogt Sullivan. Professionals die gesocialiseerd zijn in deze traditie zijn echter niet in staat constructieve oplossingen te bieden voor een groot aantal belangrijke moderne problemen. Sullivan beschrijft de queeste van Deborah Prothrow-Smith, een arts die tijdens haar werk geconfronteerd werd met het probleem van geweld onder jonge zwarten in een Amerikaans getto. Prothrow-Smith constateerde dat de professionele antwoorden van zowel het 'medisch systeem' als het 'juridische systeem' op dit maatschappelijk probleem tekort schoten. Artsen beperkten zich tot het weer oplappen van de slachtoffers van het geweld en juristen bepaalden zich ertoe de daders achter de tralies te krijgen. Prothrow-Smith bepleit een integrale, overkoepelende, multidisciplinaire aanpak van de problemen, een aanpak die zij rubriceert onder de noemer 'public health.' Sullivan: "It is to public health, then, that Prothrow-Smith urges

we should turn to pursue the problem of removing the scourge of youth violence through a major commitment to prevention. (...) In public health or social medicine, widespread youth violence is understood as tied to a failure of the moral ecology. Treatment requires that distraction, despair, and aggression must be grasped as results of a breakdown of connection and trust in order to focus on building the social bonds which can support attention and responsibility, both among the underclass poor and between them and the mainstream institutions of society. (...) The role of professional expertise (...) is being redefined away from providing discrete technical intervention."⁷ Deze oplossing van Prothrow-Smith is een goed voorbeeld van het door Sullivan bepleitte 'civic professionalism', een meer en meer in het slop geraakte andere manier van denken over professionele verantwoordelijkheid, een traditie die met name voortborduurde op het werk van denkers als John Dewey. De 'civic professional' is iemand met een open oog voor complexe maatschappelijke wantoestanden, iemand die zich niet beperkt tot vergeefs gesleutel aan de deelproblemen die hem passeren in zijn hoedanigheid van technisch professional, iemand die in staat is moreel leiderschap te geven aan een gemeenschap. Lezend in Sullivan rijst het beeld op van de dorpsdokter in een kleine gemeenschap waar mensen naar toe gaan, niet alleen als zij ziek zijn, maar ook als hun zoontje gepest wordt op school, als hun man aan de drank is, hun broer ontslagen of de boerderij failliet. Zo'n dokter die dan niet zou reageren met 'Wat moet ik daar aan doen, vrouw Bongers?' maar die aanbiedt te gaan praten met de meester van Pimmetjes klas, met meneer Bongers, de baas van de broer of met de directeur van de bank om uitstel van betaling te krijgen. Iemand met een grote dosis praktisch inzicht, sociale vaardigheden en moreel gezag in het dorp. Hij is toevallig arts, maar hij had even goed dominee of maatschappelijk werker kunnen zijn, hij laat zich niet belemmeren door de schotten die zijn professie begrenzen.⁸

⁷William M. Sullivan, *Work and Integrity. The Crisis and Promise of Professionalism in America*, HarperCollins, New York 1995, p. 154, 234-235.

⁸Illustratief is Sullivan's beschrijving van opnieuw Prothrow-Smith: "Besides her work as physician, teacher, administrator, and citizen, Prothrow-Smith is a mother of two school-age children and the wife of a minister. In fact, her familial and religious

Ik heb van twee kanten moeite met dit beeld van de professional die zichzelf een brede verantwoordelijkheid aanmeet voor het maatschappelijk welzijn. Van de kant van de professional: ik herinner mij nog goed hoe ik mij als tweedejaars rechten-student aanmeldde als vrijwilligster bij de rechtswinkel in Den Haag. Ik stelde mij voor dat ik hier grote en kleinere juridische kwesties in ogenschouw zou nemen en kreeg in plaats daarvan te horen dat de rechtswinkel had gekozen voor een veel bredere aanpak van de problemen van 'mensen in achterstandswijken'. Er zou vooral veel gedemonstreerd worden begreep ik, en er zouden petities worden opgesteld en we gingen veel overleggen met wethouders. Ik trok mij haastig terug uit de aanmeldingsprocedure en ik bleek daarin niet alleen te staan. De meeste juristen worden jurist om rechtskundige puzzels op te lossen en cliënten te verdedigen. Had men bredere ambities, dan zou men kiezen voor de politiek of voor het buurtopbouwwerk. Er is geen reden aan te nemen dat dit voor artsen anders ligt; zouden zij zich hebben willen wijden aan de woningnood, de vrouwenstrijd of de jeugdcriminaliteit, dan zouden zij een ander vak hebben gekozen.

Maar ook van de kant van de patiënt bevalt de brede professionele opzet mij niet: artsen die zich gaan bemoeien met de niet-medische kant des levens maken naar mijn idee primair inbreuk op de privacy van de zieke. Ik sluit niet uit dat er artsen zijn als de dokter van mevrouw Bongers die zoveel talenten hebben dat zij kunnen fungeren als de morele ruggengraat van hun gemeenschap. Ik heb met eindeloos ontzag Bert Keizers *Het refrein is Hein* gelezen, waarin de auteur (medicus en filosoof) verslag doet van zijn belevenissen als arts in een verpleeghuis.⁹ Keizer slaagt erin zijn patinten meer te geven dan medische zorg. Hij zegt zinnige dingen over sterven en dood, hij toont begrip voor ingewikkelde familieverhoudingen, biedt iets van humor en onderhoudt met sommige patinten een soort vriendschapsrelatie. Als 'civic professionalism' als regel dit type artsen zou opleveren werd het de moeite waard om het te propage-

commitments are deeply interwoven with her professional and civic advocacy. Her private life and her public involvements seem to flow together and mutually strengthen each other." (Sullivan, a.w., p. 156)

⁹Bert Keizer, *Het refrein is Hein. Dagen uit een verpleeghuis*, SUN, Nijmegen 1994.

ren. Dat is evenwel vermoedelijk niet het geval. De meeste professionals en professionals in spe zijn doodgewone mensen, die je beter niet kunt opzadelen met een beeld van de ideale arts à la Keizer of Sullivan. Als je sterft in een verpleeghuis is een arts à la Keizer beter dan een gewone arts, die niet meer doet dan je zo goed en zo kwaad als het gaat nog een beetje medische hulp bieden. Die gewone arts is echter weer verre te prefereren boven een medicus die je op je sterfbed zou komen lastigvallen met scheurkalenderwijsheden of met gedichten van Nel Benschop.

Ik zou willen pleiten voor medici die voldoen aan de criteria van Sullivans eerste morele traditie. Sullivan beschrijft een crisis in de Amerikaanse professies, waar de hierboven beschreven professionele onmacht jegens complexe maatschappelijke wantoestanden een onderdeel van is. De overige crisisverschijnselen die hij signaleert (professionals denken veel te veel aan geld en status, professionals genieten nog maar weinig vertrouwen bij het 'publiek') hebben te maken met het feit dat professionals ook falen wanneer hen de maat wordt gemeten volgens die eerste morele traditie. Een advocaat die zijn eigen portemonnee zwaarder laat wegen dan het lot van zijn cliënten voldoet niet aan de normen van de beperkte professionele opvatting. Voor een arts die medische beslissingen ondergeschikt maakt aan financiële motieven geldt precies hetzelfde. Om dergelijke uitwassen te bestrijden is een radicale overgang naar 'civic professionalism' helemaal niet nodig.

Een werkbare morele opdracht voor gemiddelde artsen luidt als volgt:

- Gij zult u naar beste vermogen inzetten voor alle patinten die zich tot u wenden om medische hulp.
- Gij hebt te maken met mensen, niet met machines, dus gij zult menselijke omgangsvormen in acht nemen. Gij zijt echter niet geroepen de problemen van 'heel de mens' op te lossen. Gezondheid is geen toestand van volledig fysiek, psychisch en sociaal welbevinden, wat de Wereldgezondheidsorganisatie hierover ook moge beweren. Gij zijt er voor medische problemen in veel beperktere zin.
- Gij zijt geen zakenman. Het mag zo zijn dat de bakker goed brood verkoopt om veel geld te verdienen, van de arts wordt een andere

attitude verwacht. De arts moet zo goed mogelijk presteren omwille van zijn patiënten.

-Gij zijt geen politicus. Het is niet aan de arts politieke afwegingen te maken; gij zijt er voor uw patiënten, niet voor de politieke gemeenschap als geheel. Dat het genezen van individuele patiënten van een afstand bezien minder oplevert dan het bestrijden van armoede of het tegengaan van milieuvervuiling is uw zaak niet. Gij zijt onvoorwaardelijke loyaliteit verschuldigd aan de zieke. Burger zijn doet gij maar weer in uw eigen tijd.

2.3 *De arts en de politieke gemeenschap*

Waar komt bovenstaande morele opdracht aan de arts vandaan of, geformuleerd in het jargon van morele theorieën: waarop berust de geldigheid van die morele opdracht?¹⁰ Voor een deel is die morele opdracht een interpretatie van de morele code zoals deze in de loop der eeuwen, vanaf Hippocrates, door de medische professie zelf ontwikkeld is.¹¹ Voor een ander deel berust zij op gedeelde waarden in onze sa-

¹⁰Methodologisch wordt hier gekozen voor de benadering van Michael Walzer. Walzer betoogt dat er twee manieren zijn van filosofie bedrijven. De eerste is die van de filosoof die (universele) morele waarheden ontdekt ergens 'out there'; de andere manier is die van de filosoof die zijn medeburgers houdt aan principes die zij - blijkens de door hen gekozen institutionele arrangementen - zelf al aanhangen. "Another way of doing philosophy is to interpret to one's fellow citizens the world of meanings that we share." Walzer kiest voor deze tweede methode. (Michael Walzer, *Spheres of Justice. A Defence of Pluralism and Equality*, Basic Books, New York 1983, p. xiv.) Wat ik dus probeer te geven is mijn interpretatie van de gedeelde waarden in Nederland. Dit verklaart ook mijn nogal lichtzinnig gebruik van het voornaamwoord 'we' (als in: 'wat we allemaal niet willen'). Als het overgrote deel van de Nederlandse burgers mijn interpretatie van wat 'we' vinden niet deelt (als men bijvoorbeeld graag een gezondheidszorg wil naar Amerikaans voorbeeld) zal ik mij ernstig moeten beraden over mijn interpretatie van onze gedeelde waarden.

¹¹Vgl. Robert M. Veatch, 'Medical Ethics: An Introduction', in: Robert M. Veatch (ed.), *Medical Ethics*, Jones and Bartlett Publishers, Boston, 1989, pp. 1-26 en H.M. Dupuis, 'Ontwikkelingen in de medische ethiek. Van artsencode naar ethiek van de gezondheidszorg', in: I.D. de Beaufort en H.M. Dupuis (red.), *Handboek Gezondheids-ethiek*, Van Gorcum, Assen 1988, pp. 21-27.

menleving. Dat zij voortvloeit uit de ethische traditie binnen de medische professie is makkelijk aantoonbaar; de meeste bepalingen zijn rechtstreeks terug te vinden in diverse artsencodes. Een kleine bloemlezing:

Uit de eed van Hippocrates: "De geneeskundige behandeling zal ik aanwenden ten nutte der zieken naar mijn vermogen en oordeel".

Uit de Verklaring van Genève opgesteld door de World Medical Association: "My colleagues will be my brothers; I will not permit consideration of religion, nationality, race, party politics or social standing to intervene between my duty and my patient".

Uit de 'International code of medical ethics: "A doctor must practice his profession uninfluenced by motives of profit."

Uit de Europese medisch ethische code: "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 menselijke persoon, ongeacht leeftijd, ras, religie, nationaliteit, sociale status, politieke overtuiging of enig ander kenmerk (...). Bij de uitoefening van de geneeskunde staan de medische belangen van de zieke voorop. (...) De arts zal bij de uitoefening van zijn beroep nooit zijn persoonlijke filosofische, morele of politieke overtuiging aan de patiënt opdringen."¹²

Dat de morele opdracht voor artsen berust op breed gedeelde waarden in de samenleving is lastiger te bewijzen. Daartoe moeten we te rade gaan bij wat je zou kunnen omschrijven als 'de morele logica van instituties.' De inrichting van ons systeem van gezondheidszorg berust voor een groot deel op politiek-maatschappelijke keuzen. Kijken wij naar dat systeem, dan lijkt het erop dat wij het zodanig hebben willen vormgeven dat de medische professie de morele opdracht uit de artsencodes ook daadwerkelijk kan vervullen. Bezien wij het volgende lijstje van institutionele argumenten:

-De toetreding tot het artseneroep is beperkt. Er is een *numerus fixus* aan medische faculteiten, er zijn vestigingsregels voor huisartsen, de professie wordt door een geheel van regels en procedures in staat gesteld de toetreding tot de eigen gelederen beperkt te houden. Dit

¹²De genoemde codes staan alle afgedrukt in De Beaufort en Dupuis (red.), a.w.

maakt het onderhouden van collegiale betrekkingen met mede-artsen gemakkelijk (in een systeem van vrije toetreding is concurrentie haast niet te vermijden).

-De wet respecteert de onvoorwaardelijke loyaliteit van artsen jegens hun patiënten: artsen hoeven hun beroepsgeheim in rechtszaken niet te verbreken.

-Het Nederlandse systeem van ziektekostenverzekeringen stelt artsen in staat patiënten te behandelen zonder onderscheid te maken naar sociale status. Minder draagkrachtige patiënten zijn verplicht verzekerd via het ziekenfonds zodat de arts ook hen naar beste vermogen kan behandelen, zonder dat dit voor arts of patiënt dramatische financiële consequenties heeft.

-Al enige tijd doet onze politieke gemeenschap haar best artsen minder zakenman en meer arts te laten zijn door opeenvolgende plannen om het zogeheten verrichtingensysteem voor medisch specialisten af te schaffen. Onder het regime van dat verrichtingensysteem worden specialisten per medische handeling betaald, hetgeen ertoe kan leiden dat van tijd tot tijd zal worden behandeld omdat dit bijdraagt aan het inkomen van de arts, niet omdat het in het belang is van de patiënt. Zou men specialisten laten werken tegen een vast salaris (loondienst) of binnen een vast budget, dan doet dit perverse effect zich niet voor.¹³

-Een van de uitkomsten van de maatschappelijke discussie rond de keuzen in de zorg was dat bij de verdeling van schaarse middelen niet mocht worden gelet op andere dan medische criteria. Zo is in de Wet op de orgaandonatie vastgelegd dat bij de verdeling van organen alleen rekening mag worden gehouden met de bloed- en weefselovereenkomst tussen de donor en de ontvanger van het orgaan en met de medische toestand van de ontvanger. Criteria als maatschappelijk nut, burgerlijke staat en aantal kinderen van de patiënt mogen niet worden meegewogen.¹⁴ Dat wij van oordeel zijn dat andere dan medische

¹³De afschaffing van het verrichtingensysteem wordt beschouwd als een van de grootste prestaties van minister Borst-Eilers. Vgl. Guus Schrijvers, 'Twee jaar paars volksgezondheidsbeleid. Een tussenbalans', in *Socialisme & Democratie*, jrg. 54, nr. 2, febr. 1997, pp. 63-66.

¹⁴Artikel 18, lid 3, Wet op de Orgaandonatie (Staatsblad 1996, nr. 370).

criteria in de gezondheidszorg geen rol horen te spelen bleek ook uit de opwinding over de zogeheten bedrijvenpoli's waar zieke werknemers buiten de wachtlijst om worden geholpen. Minister Borst verklaarde desgevraagd dat de Wet Tarieven Gezondheidszorg instrumenten biedt om op te treden tegen de tweedeling in de zorg die zou kunnen ontstaan door de bedrijvenpoli's. Ziekenhuizen zouden hun extra inkomsten uit de bedrijvenpoli, als onrechtmatig verdiende gelden, terug moeten geven.¹⁵

De artsencodes wijzen in de richting van de door mij geformuleerde morele opdracht aan de arts; de gedeelde waarden in onze samenleving zoals deze zijn neergeslagen in de institutionele ordening lijken die morele opdracht te ondersteunen. Zo klinkt het wel erg mooi. Kan er niet met evenveel recht worden beweerd dat de institutionele ordening heel andere waarden weerspiegelt? Bezien wij een tweede lijstje van institutionele arrangementen:

-Vanouds bestaat er in de Nederlandse gezondheidszorg een tweedeling tussen arm en rijk, tussen ziekenfondsverzekerden enerzijds en particulier verzekerden aan de andere kant. De pogingen van ex-staatssecretaris Simons om deze tweedeling te doorbreken en een volksverzekering in te voeren stuitten op breed verzet, zowel in 'het veld' als daarbuiten.

-De privatisering van de Ziektewet en de Wet op de arbeidsongeschiktheid duidt erop dat de Nederlandse politiek de ziekte en gezondheid van werknemers beschouwt als een zaak waar vooral werkgevers voor verantwoordelijk zijn. De politiek lijkt daarmee een andere tweedeling in de gezondheidszorg (die tussen werknemers en niet buitenshuis werkenden) te sanctioneren. De onstuitbare opkomst van de bedrijvenpoli's onderstreept deze ontwikkeling.

-Particuliere ziektekostenverzekeraars laten de hoogte van de premie vrijwel altijd afhangen van de leeftijd van de cliënt en soms ook van

¹⁵Vgl. NN, 'Borst tegen voorrang voor werknemer in ziekenhuis', in: *de Volkskrant*, 16-8-1996, p. 3 en Jet Bruinsma, 'Robin Hood strompelt de bedrijvenpoli binnen', in: *NRC Handelsblad*, 7-9-1996, p. 47.

diens gezondheidstoestand en zijn leefwijze. De politiek lijkt deze praktijk gewoon te accepteren.

Wat zijn nu onze 'echte' morele opvattingen? Weerspiegelt het eerste rijtje institutionele arrangementen onze echte opvattingen en is het tweede rijtje een bewijs van ons onvermogen om de samenleving consistent, conform die opvattingen vorm te geven? Of is het andersom? Weerspiegelt het tweede rijtje onze huidige, nieuwe, moderne opvattingen over de gezondheidszorg terwijl het eerste rijtje de weerslag vormt van ideeën daaromtrent uit het verleden? Naar mijn idee geeft het eerste rijtje een beter beeld van wat wij vinden dan het tweede en wel omdat arrangementen in het tweede rijtje vrijwel nooit in morele termen worden verdedigd. Tegenstanders van de plannen Simons hebben veel argumenten gebruikt om de volksverzekering voor ziektekosten tegen te houden, maar hebben, zover ik weet, nooit aangevoerd dat het ethisch juist is dat de gezondheidszorg in Nederland in twee delen is opgesplitst. De discussie ging vooral over de haalbaarheid van de door Simons beoogde stelselherziening. Van de privatisering van Ziektewet en WAO werden heilzame effecten verwacht: vooral op het begrotingstekort en op de hoogte van de collectieve lastendruk, maar ook op het ziekteverzuim en het aantal WAO-gerechtigden. Het idee was dat werkgevers oneigenlijk ziekteverzuim zouden tegengaan en bovendien zouden proberen voor arbeidsongeschikt verklaarde werknemers een plaatsje in het bedrijf te vinden. Van verschillende zijden is erop gewezen dat een en ander zou leiden tot 'selectie aan de poort' (keuring van aspirant-werknemers op gezondheidstoestand) en tot arrangementen als de eerder genoemde bedrijvenpoli's. Beide effecten zijn echter nimmer door voorstanders van de privatiseringsoperatie als moreel wenselijk naar voren gebracht en nu zij zich voordoen worden zij veelal veroordeeld en niet alsnog goedgepraat.¹⁶ Zelfs uitgesproken voorstanders de bedrijvenpoli voeren niet aan dat het moreel juist is dat productieve werknemers sneller door de arts worden geholpen dan mensen die geen rechtstreekse bijdrage leveren aan

¹⁶Doeke Post, 'Hypocrisie vanuit de politiek over bedrijvenpoli's', in: *Trouw*, 9-7-1996, p. 11.

het bruto nationaal product. Doorgaans wijzen zij erop dat er via de bedrijvenpoli extra wordt geïnvesteerd in de gezondheidszorg, dat die extra zorg niet gaat ten koste van huisvrouwen en gepensioneerden, dat, integendeel, werknemers in het weekend, buiten de reguliere werktijden behandeld kunnen worden, zodat huisvrouwen en gepensioneerden zelfs eerder aan de beurt zijn, omdat zij nu niet meer samen met werknemers op één lange wachtlijst staan. Tekenend is de uitspraak van een woordvoerder van de werkgeversorganisaties in reactie op de uitspraken van minister Borst dat de bedrijvenpoli zou leiden tot een tweedeling in de Nederlandse gezondheidszorg: "Woordvoerder R. Blijlevens (...) vindt dat Borst haar energie beter kan steken in het oplossen van de wachtlijstproblemen. 'Het is nu tijd voor praktische oplossingen, niet voor principiële discussies', aldus Blijlevens."¹⁷

Discussies over de gezondheidszorg lijken plaats te vinden tegen een bepaalde morele achtergrond, die zelf niet ter discussie staat. Het morele achtergrondidee luidt dat voor de arts, respectievelijk in de gezondheidszorg mensen gelijk zouden moeten zijn. Of, preciezer gezegd, dat het er in de gezondheidszorg niet om gaat wie je bent en wat je bent, het gaat er alleen om hoe ziek je bent. Dat het ziekenhuis bij binnenkomst van een nieuwe patiënt begint met het vaststellen van diens verzekeringsstatus op een ponsplaatje is op zichzelf geen probleem, maar het moet niet meer gaan zijn dan een administratieve handeling. Dat wij sommige dingen via de AWBZ en andere via het ziekenfonds, de particuliere polis of door middel van een eigen bijdrage van de patiënt laten betalen vinden we ook geen probleem, zolang het er niet toe leidt dat sommige mensen noodzakelijke medische zorg mislopen. (Men denke aan de recente discussies over het kunstgebit dat uit het ziekenfondspakket verdween, maar dat men daar onmiddellijk weer in terug wilde stoppen toen bleek dat bejaarde ziekenfondsverzekerden zich geen gebit meer konden permitteren.)

Een goede moreel-politieke discussie gaat over de manier waarop morele achtergrondprincipes uitgewerkt zijn en moeten worden in

¹⁷NN, 'Borst tegen voorrang voor werknemer in ziekenhuis', in: *de Volkskrant*, 16-18-1996, p. 3.

maatschappelijke arrangementen. Voor de gezondheidszorg is de meest logische uitwerking van het morele achtergrondprincipe een National Health Service zoals deze bijvoorbeeld in Canada bestaat:¹⁸ artsen werken tegen een vast salaris, de gezondheidszorg wordt gefinancierd via de belastingen en ieder die zich meldt aan de poort van de zorginstelling wordt beoordeeld op zijn medische toestand. Met de financiering van medische behandelingen heeft de patiënt idealiter niets te maken. Dat wij deze meest logische uitwerking in Nederland niet hebben is jammer, maar niet onoverkomelijk. Een iets minder logisch consistente uitwerking (met AWBZ voorzieningen, ziekenfondsen, particuliere verzekeraars en ponsplaatjes) hoeft geen afbreuk te doen aan het achtergrondprincipe.

Wij moeten er echter wel voor waken dat deze minder logisch-consistente uitwerking van het morele achtergrondprincipe geen eigen leven gaat leiden en ons niet in de weg gaat zitten bij het oplossen van nieuwe morele problemen.

2.4 Van oude principes en nieuwe problemen

Het morele achtergrondprincipe is dat van gelijkheid in de gezondheidszorg. Behandeling vindt plaats naar rato van medische behoefte. Het achtergrondprincipe heeft in Nederland zijn beslag gekregen in een ingewikkeld stelsel van zorgvoorzieningen die op allerlei verschillende manieren gefinancierd worden. Nu doet zich het probleem voor dat, laten we zeggen, de kosten van de gezondheidszorg zodanig stijgen dat de politiek zich ernstig zorgen gaat maken. De vraag of dat terecht is en waarom die hoge kosten een probleem zijn laten we even terzijde. We leven ons in in het probleem van de politiek. Nu kunnen er twee dingen gebeuren. De politiek kan haar probleem oplossen door het systeem van

¹⁸Of in het Verenigd Koninkrijk. De alarmerende verhalen over de gezondheidszorg daar hebben te maken met het feit dat er veel te weinig geld wordt besteed aan de NHS (6% van het bruto nationaal product, waar dat in Nederland plm. 10% is), niet met de structuur van de NHS als zodanig. Vgl. J.W.M. Collaris en J.J.M. de Klein, 'Keuzen in de zorg; een Europees probleem?', in: *Kiezen en delen 2*, Achtergrondstudies in opdracht van de commissie Keuzen in de zorg, Den Haag 1991.

de gezondheidszorg te bekijken met het morele achtergrondprincipe uitdrukkelijk als leidraad. Dat is de moreel gewenste aanpak. Met het morele achtergrondprincipe als richtsnoer kun je verschillende oplossingen verzinnen voor het kostenprobleem: bezuinigen op de inkomens van artsen, bezuinigen op de inkomens van verplegend personeel, minder mooie ziekenhuizen bouwen, ziekenhuizen laten specialiseren zodat niet elk ziekenhuis elke ziekte hoeft te kunnen behandelen, meedenken met artsen over de vraag of alle door hen verrichte handelingen wel medisch noodzakelijk zijn, de geneesmiddelenindustrie onder controle proberen te krijgen en zo meer. Al deze maatregelen zijn in de geest van het morele achtergrondprincipe, kunnen althans worden ingevoerd zonder dat achtergrondprincipe geweld aan te doen.

De politiek kan echter ook het morele achtergrondprincipe buiten beschouwing laten en het stelsel van gezondheidszorgvoorzieningen *sec* bekijken (of erger nog: eens heel anders bekijken, met een frisse blik bijvoorbeeld, een frisse blik die het systeem van de gezondheidszorg ziet als een economische sector met een uitgesproken lage productiviteitsgroei of als een slecht functionerende markt). Moreel gezien is dat een verkeerde optiek. Men kijkt dan naar de institutionele ordening die een onvolmaakte afspiegeling is van het morele achtergrondprincipe, men stelt zich vervolgens de eenvoudige vraag hoe we, gezien die institutionele ordening, het makkelijkst kunnen bezuinigen op de gezondheidszorg. Men komt dan licht uit op maatregelen als: inperking van het ziekenfondspakket, beperking van het aantal behandelingen dat wordt vergoed (fysiotherapie, psychotherapie, in vitro fertilisatie), beperking van het soort behandelingen dat wordt vergoed, invoering van eigen bijdragen voor ziekenfondspatiënten enzovoort. Door dergelijke bezuinigingen komt het morele achtergrondprincipe van de gezondheidszorg in de knel. Er zijn misschien best goede redenen denkbaar om een limiet te stellen op, bijvoorbeeld, het aantal te vergoeden in vitro fertilisaties, maar als die limiet alleen geldt voor ziekenfonds verzekerden (en er is geen goede manier denkbaar om particuliere polissen ook in die richting aan te passen), dan schept dit ongelijkheid in de gezondheidszorg. Eigen bijdragen voor ziekenfonds patiënten kunnen nog verdedigd worden met het argument dat particulier verzekerden vrijwel altijd zelf bij betalen aan de

kosten van medische behandelingen, maar als het moeten betalen van een eigen bijdrage voor ziekenfonds verzekerden ertoe leidt dat zij van bepaalde medische behandelingen verstoken blijven (denk maar weer aan het kunstgebit), dan komen we opnieuw in strijd met het morele achtergrondprincipe.¹⁹

Terug naar Ahmed en naar het parlementaire debat over de Koppelingswet. Na onze rondreis langs goede en slechte artsen, diverse visies op de medische professie en de grondbeginselen van de gezondheidszorg kan het parlementaire debat over de Koppelingswet beter worden begrepen. Op verschillende momenten in het debat over de Koppelingswet wordt het morele basisprincipe (sprekkamergelijkheid of ziekenhuisgelijkheid) expliciet ingeroepen. Het kabinet gaat ervan uit dat de Koppelingswet de toegang tot de gezondheidszorg onaangetast zal laten, men weet zeker dat hulpverleners conform hun beroepseed nimmer zieke mensen in de steek zullen laten enzovoort. Wat men zich niet altijd lijkt te realiseren is hoezeer het ingewikkelde stelsel van zorgvoorzieningen in Nederland, juist ten aanzien van illegalen, toepassing van het morele achtergrond-

¹⁹Lezers die de (filosofische) discussie over de rechtvaardige verdeling van gezondheidszorg hebben gevolgd vragen zich nu vermoedelijk af wat ik vind van het vaak verkondigde idee dat er enerzijds een basispakket zou moeten zijn van medische voorzieningen die voor iedereen toegankelijk zijn en anderzijds een aantal wat luxere voorzieningen waar men zich op de particuliere markt voor kan verzekeren als men dat wenst. Mijns inziens is dat idee in strijd met het medische basisprincipe van behandeling zonder aanzien des persoons. Het idee van zo'n aanvullend pakket is, tegen de achtergrond van het door mij gepostuleerde grondprincipe, alleen moreel verdedigbaar als in het aanvullende pakket voorzieningen worden opgenomen die wij eigenlijk niet als medische zorg beschouwen (neuscorrecties voor Michael Jackson, reageerbuisbevruchting na de menopauze, penisverlenging zonder aanwijsbare noodzaak). Op dat moment is echter de aantrekkelijkheid van het idee van basispakket en aanvullend pakket verdwenen. Vrijwel niemand zou zich verzekeren voor de onzinvoorzieningen in het aanvullende pakket; van een goed werkende markt in aanvullende pakketten zou niets terecht komen. (Vgl. M.J. Trappenburg, *Soorten van gelijk. Medisch-ethische discussies in Nederland*, diss. RUL, Tjeenk Willink, Zwolle 1993, hfdst. 7 en Margo Trappenburg, 'Over de grenzen van de medische sfeer', in: Paul van den Berg en Margo Trappenburg (red.), *Lokale rechtvaardigheid. De politieke theorie van Michael Walzer*, Tjeenk Willink, Zwolle 1994, pp. 83-96.)

principe in de weg staat.²⁰ Zouden wij in Nederland een National Health Service hebben, gefinancierd met belastinggelden en gelijk toegankelijk voor iedereen, dan zou het probleem van Ahmed en de arts zich helemaal niet voordoen. De arts zou geen reden hebben Ahmed te vragen naar zijn verblijfs- of verzekeringsstatus, vanwege het simpele feit dat het begrip verzekering in de gezondheidszorg geen rol zou spelen. In de structuur die in Nederland gekozen is, is je verzekeringsstatus weliswaar niet je morele toegangkaartje tot de gezondheidszorg (je morele toegangkaartje is het achtergrondprincipe van de ziekenhuisgelijkheid), maar wel je praktische entreebewijs. Aanvoeren dat Ahmed en anderen in zijn situatie zich een praktisch entreebewijs kunnen aanschaffen op de particuliere verzekeringsmarkt is net zo onzinnig als roepen dat het ziekenfonds moet worden afgeschaft opdat iedereen zich dan particulier kan verzekeren.²¹

Het zou veel logischer zijn als de politiek, waar zij evident niet wenst dat illegalen worden uitgezonderd van het morele principe van de ziekenhuisgelijkheid, dit beginsel zou vertalen in een reële mogelijkheid zich als illegaal een praktisch entreebewijs te verwerven. Ziekenhuisgelijkheid ongeacht verblijfstitel? Dan ook geen verblijfstoets bij de inschrijving aan het loket van het ziekenfonds. Het lijkt heel simpel en dat is het ook. Maar stel dat men dat, omwille van de consistentie in de Koppelingswet, niet haalbaar acht, stel dat men vast wil houden aan de thans gekozen oplossing van een noodfonds voor medisch noodzakelijke hulp (hulp in acute noodsituaties; medische hulp vallende in gespecificeerde categorieën). Dan nog kan een en ander beter, meer in overeenstemming met het principe van de ziekenhuisgelijkheid worden ingericht, door simpelweg te bepalen dat artsen medische hulp aan illegalen altijd kunnen verhalen op het noodfonds, dat het noodfonds niet

²⁰Uitzonderingen natuurlijk daargelaten. Sommige parlementariërs realiseren zich dit wel, althans tot op zekere hoogte. Zie bijvoorbeeld de opmerkingen van Dittrich (D66) in: HTK, 2 oktober 1996, p. 7-422 en die van Sipkes (GroenLinks) in: HTK, 3 oktober 1996, p. 8-456.

²¹Vgl. Jet Bruinsma, 'Bolkestein blijkt niet tegen, maar vóór het ziekenfonds', in: *de Volkskrant*, 1-3-1997, p. 7.

zal nagaan of de verleende hulp in situatie x of y wel absoluut noodzakelijk was. Aldus wordt in elk geval voorkomen dat een arts zich bij de behandeling van Ahmed zal afvragen of de te verrichten operatie wel zal worden vergoed.

2.5 Samenvatting en conclusie

De ideale arts is een arts die zijn patiënten behandelt zonder acht te slaan op niet-medische criteria als nationaliteit, godsdienst, of politieke overtuiging. De ideale arts handelt volgens het principe van de spreekkamergelijkheid of de ziekenhuisgelijkheid.

Spreekkamergelijkheid of ziekenhuisgelijkheid is niet alleen een beginsel dat artsen jegens patiënten in acht nemen omdat zij dat bij hun toetreding tot de medische professie plechtig hebben beloofd en zij daartoe dus tuchtrechtelijk gehouden zijn. Spreekkamergelijkheid is daarnaast een principe dat door de politieke gemeenschap als geheel wordt onderschreven.

Dat dit zo is blijkt enerzijds uit de institutionele ordening in de maatschappij (die zodanig is dat de arts de spreekkamergelijkheid in acht kan nemen zonder daarmee zichzelf of zijn gezin tekort te doen); het blijkt anderzijds uit de manier waarop die institutionele ordening in de politieke gemeenschap wordt besproken.

De Nederlandse gezondheidszorg is geen logisch-consistente uitwerking van het principe van de spreekkamergelijkheid. Met name het onderscheid tussen particulier verzekerden en ziekenfonds verzekerden vormt een belangrijke inbreuk op dat principe.

Dit hoeft geen probleem te zijn zolang wij, bij het beoordelen van nieuwe morele problemen, de spreekkamergelijkheid als richtsnoer nemen. Als wij ons daarentegen beperken tot discussies over het stelsel zonder ons steeds te realiseren dat het stelsel moreel gezien niet optimaal is, kunnen er gekke dingen gebeuren.

Waar het gaat om de gezondheidszorg voor illegalen lijkt de politiek enerzijds de spreekkamergelijkheid volledig te onderschrijven en anderzijds het stelsel zodanig vorm te willen geven dat dit die spreekkamergelijkheid maar zeer ten dele ondersteunt.

Daarmee maakt men van de spreekkamergelijkheid een beginsel van

artsen en door artsen, een principe dat voortvloeit uit de artseneed en nergens anders uit. Daarmee geeft men artsen al teveel krediet. Het kan sterk worden betwijfeld of artsen op zichzelf, zonder institutioneel-maatschappelijke steun, in staat zouden zijn spreekkamergelijkheid te praktiseren. Anderzijds doet men daarmee zichzelf, de eigen moreel-politieke gemeenschap tekort. Spreekkamergelijkheid is ook 'ons' principe; wij zijn daar net zo aan geëncmitteerd als de medische professie.

Beter zou zijn om de spreekkamergelijkheid daadwerkelijk te effectueren door het ziekenfonds voor illegalen toegankelijk te houden. Waar dat niet mogelijk is zou tenminste moeten worden vastgelegd dat aan illegalen verleende medische hulp altijd verhaalbaar is op het in te stellen noodfonds (zoals aan rechtmatige verblijvende ingezetenen verleende hulp altijd vergoed wordt door ofwel het ziekenfonds, ofwel de particuliere verzekeraar ofwel betrokkene zelf).

Ten aanzien van het onderwijs kan, denk ik, een zelfde soort redenering worden gevolgd. Leerkrachten in het openbaar onderwijs worden geacht hun leerlingen les te geven ongeacht de sociale status, de politieke overtuiging, de etnische afkomst of de godsdienst van hun ouders. Ook dit beginsel van de klaslokaal gelijkheid is niet alleen een soort geloofsbelijdenis van onderwijzers. Het basisonderwijs is gratis toegankelijk en wij proberen het voortgezet en hoger onderwijs zodanig in te richten dat leerlingen met capaciteiten de opleiding van hun keuze kunnen volgen, ongeacht de financiële draagkracht van de ouders. Leerkrachten worden uit belastinggelden betaald, zodat zij geen financiële zaken hoeven te doen met leerlingen of hun ouders.

In de praktijk houden scholen en leerkrachten zich lang niet altijd aan het principe van de klaslokaal gelijkheid. Veel basisscholen gaan er prat op een bepaald type kinderen te trekken ('95% van de ouders van onze leerlingen is hoger opgeleid', '80% van onze leerlingen gaat naar het VWO'), nog steeds wordt bij het beoordelen van de leerprestaties van kinderen de sociale achtergrond van hun ouders meegewogen en bestaan er hardnekkige verhalen over leraren die meisjes anders behandelen dan jongens die hetzelfde presteren. Maar ook hier geldt: deze afwijkingen van het principe van de klaslokaal gelijkheid worden niet in morele

termen verdedigd (zelfs de meest elitaire basisschool zal niet aanvoeren dat rijke kinderen anders moeten worden opgevoed en onderwezen dan arme kinderen of dat kinderen maar beter niet boven hun ouders uit kunnen stijgen op de sociale ladder).

Waar het gaat om de politiek-juridische ondersteuning van het morele achtergrondprincipe lijkt de inrichting van het onderwijs beter geslaagd dan die van de gezondheidszorg. Politiek-juridisch is het zo dat kinderen simpelweg worden ingeschreven zonder lastige vragen en dat de school wordt gefinancierd op het aantal leerlingen dat onderwijs volgt (de boven vermelde inbreuken op deze gang van zaken zijn te wijten aan de school, niet aan de ondersteunende regelgeving). Anders geformuleerd: je morele toegangkaartje tot het onderwijssysteem valt samen met het praktische entreebewijs. Er is geen aparte administratieve entreetoets.

In de eerste versie van de Koppelingswet werd voorgesteld om scholen aan het begin van ieder schooljaar te laten controleren of niet-leerplichtige leerlingen van vreemde komaf beschikten over een geldige verblijfstitel. In feite betekende dat enerzijds een aantasting van het morele beginsel van de klaslokaal gelijkheid en anderzijds de invoering van een praktische entreetoets waar deze voorheen niet bestond. Het is geen wonder dat dit voorstel geen gunstig onthaal vond. In het gewijzigde wetsvoorstel vervalt de praktische entreetoets grotendeels (leerlingen mogen opleidingen die zij zijn begonnen voor hun achttiende verjaardag afmaken, dus zonder tussentijdse controle op verblijfstitel). Niettemin blijft de Koppelingswet een aantasting van de klaslokaal gelijkheid. Kinderen van illegale ouders komen niet in aanmerking voor studiefinanciering en kunnen na hun achttiende geen opleiding meer beginnen.

Zou je een verhaal als het hierboven vertelde nu niet ook kunnen houden over huisvesting en bijstandsverlening door de sociale dienst? Ik denk het niet. Het is geen toeval dat juist voor onderwijs en gezondheidszorg in de Koppelingswet een uitzondering wordt gemaakt. Het recht op huisvesting en het recht op een minimum inkomen zijn van een andere orde. De verstreckers van bijstandsuitkeringen en de verdelers van woonruimte zijn, anders dan artsen en onderwijzers, primair ambtenaren in dienst van de politiek. Er is in de wereld van de bijstand of de woonruimteverdeling

geen equivalent voor de morele principes van de ziekenhuisgelijkheid en de klaslokaalgelijkheid. De normatieve beroepslogica van de bijstandsambtenaar is veel minder ontwikkeld dan die van artsen en onderwijzers. De volgorde van denken, zou je kunnen zeggen, is omgekeerd. Ziekenhuisgelijkheid is een principe van de medische professie waar de politieke gemeenschap zich ook aan heeft gecommitteerd en dat zij krachtig probeert te ondersteunen. Het recht op bijstand of op betaalbare woonruimte daarentegen, is een principe dat de politiek in het leven roept en dat vervolgens wordt geëffectueerd door uitvoerende instanties en ambtenaren.

Hiermee hebben we een antwoord op de vraag naar het waarom van de status aparte van onderwijs en gezondheidszorg in de Koppelingswet. We zijn aan het einde gekomen van de eerste reis. In het volgende deel van dit preadvies gaat het om de vraag of en zo ja, waarom een toelatingsbeleid dat mensen als Ahmed buitensluit überhaupt rechtvaardig zou kunnen zijn.