

Je geld of je autonomie

Vanouds kleven er aan het bestaan als professional (arts, onderwijzer, advocaat) twee grote voordelen. Professionals beschikken over gespecialiseerde kennis, die de gemiddelde burger niet in huis heeft en waar deze toch zo nu en dan gebruik van moet maken. Professionals hebben om die reden ten eerste een redelijk tot heel behoorlijk inkomen en ten tweede een grote mate van autonomie. Die autonomie geldt zowel de individuele professional (de arts is baas in eigen spreekkamer, de onderwijzer in zijn klaslokaal en de advocaat in haar kantoor) als de professie als collectief. Professionals worden vooral beoordeeld door vakbroeders en hebben in principe niet veel te maken met inmenging van buitenaf.

Beide privileges kunnen onder druk worden gezet. De samenleving kan besluiten dat een goed inkomen verdedigbaar is, maar dat de professional niet hoeft te baden in weelde. De samenleving kan de professionele autonomie ook sterk inperken. Zij kan de professional binden aan richtlijnen die samen met of helemaal door buitenstaanders worden opgesteld. Zij kan eisen dat de professional verantwoording aflegt voor zijn handelen. Zij kan de professie prestatiecontracten opleggen, of proberen invloed uit te oefenen op beslissingen in de klas of in de spreekkamer.

Onderwijzers hebben altijd veel meer druk van buitenaf moeten verduren dan medici, zo valt te lezen in het mooie boek *Zorg en de staat*, van Abram de Swaan. De salarissen in het onderwijs zijn bescheiden en de hoeveelheid van buitenaf opgelegde taken, verplichtingen en verantwoordingsprocedures heeft al menige leerkracht tot wanhoop gedreven. De Swaan wijt alle leken-bemoeienis in deze sector aan het feit dat de kennis van onderwijzers onvoldoende exclusief is. Van onderwijs denkt iedereen verstand te hebben en dat maakt deze professie tot een makkelijke prooi.

Bij de medische professie ligt dat heel anders. Hoeveel internetkennis de mondige patiënt ook tot zich neemt, hij zal nooit echt weten hoe een dotteroperatie in zijn werk gaat, hoe je een metastase herkent en wat er allemaal komt kijken bij een botbreuk. Niettemin zijn ook de privileges van artsen in de afgelopen decennia ter discussie gesteld.

In de jaren zeventig en tachtig werd door opeenvolgende kabinetten geprobeerd om de inkomens van medisch specialisten aan banden te leggen, met behulp van de Prijzenwet, met behulp van een Tijdelijke Wet inkomens vrije beroepsbeoefenaren en door het incorporeren van specialistische hulp in het ziekenhuisbudget, waardoor, zo was de hoop, de kosten van die medisch-specialistische hulp minder hard zouden stijgen.

In de jaren negentig en in het begin van de 21^{ste} eeuw werd vooral getracht de medisch-professionele autonomie in te perken. Dokters moeten hun handelen steeds meer baseren op openbaar toegankelijke richtlijnen. Zij moeten hun prestaties meetbaar en transparant maken, zodat zij op grote websites van de overheid, de zorgverzekeraar of de patiëntenvereniging met elkaar vergeleken kunnen worden. Zij moeten accepteren dat niet ieder duur geneesmiddel dat zij willen voorschrijven door de directie van hun ziekenhuis ter beschikking wordt gesteld aan de patiënt. Zij moeten accepteren dat zorgverzekeraars zich gaan bemoeien met hun voorschrijfgedrag. Ze mogen niet meer zelf bepalen welk medicijn voor hun patiënt het beste is, zij moeten daarvoor – op instigatie van de zorgverzekeraar – per se het door hun beroepsgroep vastgestelde medicijn kiezen, of juist het door de zorgverzekeraar goedkoopst bevonden geneesmiddel. Als het nieuwe zorgverzekeringsstelsel gaat functioneren zoals oorspronkelijk de bedoeling was zullen we mogelijk gaan zien dat artsen ook geen eigen verwijsbeleid meer kunnen volgen. Huisartsen zullen hun patiënten niet altijd kunnen doorverwijzen naar de gerenommeerde specialist of het ziekenhuis dat zij hadden willen aanbevelen, zij moeten zich er eerst van vergewissen dat die specialist of dat ziekenhuis wel zijn gecontracteerd door de zorgverzekeraar van de patiënt.

Het lijkt logisch dat artsen zich met hand en tand verzetten, zowel tegen aanvallen op hun inkomen als tegen de aantasting van hun professionele autonomie. Misschien zou het gevecht om de professionele autonomie nog wel feller zijn dan dat om het eigen inkomen, zo dacht ik tot voor kort. Die professionele autonomie is immers verknoopt met het belang van de patiënt, om wie het toch allemaal heet te draaien in de gezondheidszorg.

Het nieuws van afgelopen woensdag heeft mij echter aan het twijfelen gebracht. In het OESO rapport *Health at a Glance* valt te lezen dat Nederlandse huisartsen twee keer zoveel verdienen als huisartsen in België en veel meer dan hun vakbroeders in Zweden, Frankrijk, Duitsland, het Verenigd Koninkrijk en Zwitserland. Alleen hun collega's in de Verenigde Staten hebben een nog hoger inkomen. Nederlandse medisch specialisten, zo voegde de NRC daar aan toe, hebben waarschijnlijk het hoogste inkomen van alle dokters ter wereld.

Het is de politiek kennelijk beter gelukt om de medisch-professionele autonomie in te perken dan om de inkomens van artsen op een acceptabel niveau te houden. Het is mogelijk dat de politiek veel meer energie heeft besteed aan het inperken van de autonomie dan aan loonmatiging voor medici, maar er is ook een andere interpretatie denkbaar. Het zou ook kunnen zijn dat artsen voor hun inkomen harder hebben gevochten dan voor hun autonomie. Die interpretatie stemt mij niet vrolijk over de medische professie.