

Podium voor Bio-ethiek

Thema: Zorgen om marktwerking

De onvermijdelijke ambiguïteit van de marktwerking in de zorg
Hans Maarse

Marktwerking in de zorg: duur, bureaucratisch en demotiverend.
De beloftes van marktwerking
Evelien Tonkens

Marktwerking in de zorg: Te veel markt en te weinig vertrouwen in de professional
Mirjam Plantinga

Marktwerking, regulering en beroepsethiek
Jolanda Dwarswaard

Hoe de markt al lang in de zorg zit
Gert Olthuis

Markt en zorg: een contradictio in terminis
Doeke Post

Promovendi-column:
Too good to be true? Why ethicists need to assess the plausibility of technological promises
Federica Lucivero

Colofon

De NVBe streeft naar (1) stimulering van de bio-ethiek (humane, dier- en natuurethiek) in relevante sectoren, (2) contacten tussen vertegenwoordigers uit verschillende vakgebieden, instellingen en organisaties die betrokken zijn bij bio-ethische kwesties, (3) erkenning van de waarden van een open discussie over bio-ethische problemen in wetenschap en samenleving, (4) presentatie van discussies in de bio-ethiek in Nederland.

Het Podium voor Bio-ethiek (voorheen de Nieuwsbrief) van de vereniging draagt bij aan deze doelen door publicatie van bio-ethisch nieuws (van binnen en buiten de vereniging) en bondige, voor een breed publiek toegankelijke, interdisciplinaire bijdragen over bio-ethische kwesties.

Het Podium voor Bio-ethiek verschijnt vier keer per jaar en wordt toegezonden aan leden van de NVBe. Het Podium voor Bio-ethiek, mededelingen uit de Vereniging en bio-ethische informatie verschijnen ook op www.nvbe.nl

Redactieadres

Secretariaat NVBe (mw. Annemieke Brouwers)
t.a.v. Nieuwsbrief-redactie
Postbus 196
9700 AD Groningen
e-mail: nvbe@med.umcg.nl

Redactie

Drs. Carla Bal, drs. Dorine Bauduin, dr. Marianne Boenink,
drs. André Krom, dr. Heleen van Luijn,
dr. Niels Nijsingh, dr. Lieke van der Scheer, dr. Frans Stafleu,
drs. Boukje van der Zee.

Opmaak

drs. Ger Palmboom.

Instructie voor bijdragen

Bijdragen in overeenstemming met de doelstelling van Het Podium voor Bio-ethiek zijn van harte welkom. Voor suggesties en vragen kunt u zich wenden tot de redactie via het e-mailadres. Artikelen bij voorkeur rond de 1500 woorden, boekbesprekingen en verslagen van congressen, conferenties, etc. maximaal 500 woorden.

Bij voorkeur geen uitgebreide literatuurverwijzingen. Bijdragen kunt u per e-mail sturen naar het redactieadres.

De redactie behoudt zich het recht voor bijdragen te weigeren of in te korten.

Bestuur NVBe

dr. Henk van den Belt, dr. Heleen van Luijn (penningmeester),
dr. Lieke van der Scheer, drs. Margreet Stolper,
dr. Donald van Tol, prof. dr. Dick Willems (voorzitter)

WWW.NVBE.NL

Lid worden?

Iedereen die op een of andere manier (op academisch niveau) betrokken is bij de levenswetenschappen en de ethische reflectie daarop, kan lid worden van de Nederlandse Vereniging voor Bio-ethiek (NVBe).

Neem contact op met het secretariaat:

Nederlandse Vereniging voor Bio-ethiek
mw. Annemieke Brouwers
(bereikbaar op dinsdag, donderdag en vrijdag)
p/a Rijksuniversiteit Groningen
GWZ - Metamedica
Postbus 196
9700 AD Groningen
Tel: 050 3637818
E-mail: nvbe@med.umcg.nl.

Inhoudsopgave

Thema: Zorgen om marktwerking

- 2 **Redactioneel**
Niels Nijsingh en Lieke van der Scheer, themaredactie
- 4 **De onvermijdelijke ambiguïteit van de marktwerking in de zorg**
Hans Maarse
- 7 **Marktwerking in de zorg: duur, bureaucratisch en demotiverend. De beloftes van marktwerking**
Evelien Tonkens
- 10 **Marktwerking in de zorg: Te veel markt en te weinig vertrouwen in de professional**
Mirjam Plantinga
- 13 **Marktwerking, regulering en beroepsethiek**
Jolanda Dwarswaard
- 16 **Hoe de markt al lang in de zorg zit**
Gert Olthuis
- 19 **Markt en zorg: een contradictio in terminis**
Doeke Post

Promovendi-column:

- 22 **Too good to be true? Why ethicists need to assess the plausibility of technological promises.**
Federica Lucivero

Algemeen

- 23 **Zicht op CEG signalementen**
Marieke ten Have
- 24 **Berichten van het Rathenau Instituut**
Ingrid Geesink

Uit de Vereniging

- 3 **Oproep recensies**
- 26 **Aankondiging volgende nummer: Themanummer IAB-congres 'Thinking Ahead'**

Themanummer: Zorgen om marktwerking

“Marktwerking is niet de bron van alle kwaad, maar vereist meer bedachtzaamheid dan in het verleden is betracht”, aldus Peter Giesen in de Volkskrant van 6 juni jl. De insteek van dit citaat geeft al aan welke reserves het mechanisme van de markt als reguleringsmechanisme bij sommigen oproept. Het is makkelijk - te makkelijk - om dit verzet weg te zetten als louter ideologisch gemotiveerd: staat versus markt, links versus rechts. Zonder twijfel ligt er ook een ideologisch meningsverschil ten grondslag aan verschillen van inzicht over de wenselijkheid van marktwerking in de zorg (en andere publieke beleidsterreinen), maar zoals blijkt uit het nummer dat voor u ligt, achter deze ideologische zwart/wit tegenstelling gaan complexe morele en maatschappelijke vraagstukken schuil.

Maar laten we beginnen met vast te stellen wat wordt verstaan onder marktwerking. Wat wordt er eigenlijk verhandeld op die markt? Wie concurreert er met wie en waar is het voor bedoeld? Welke argumenten voor en tegen worden gegeven? Hierbij laten we ons grotendeels leiden door het zeer informatieve filmpje over marktwerking en een argumentenkaart op de website van de Argumentenfabriek (<http://www.argumentenfabriek.nl/zorg>) en door Hans Maarse in “Marktvorming in de zorg: keuzevrijheid, solidariteit, toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid” (2011).

Marktwerking wordt door Hans Maarse opgevat als een middel om het presteren van de zorg te verbeteren. De overheid laat daarbij bepaalde zaken over aan de vrije concurrentie, de markt zo u wil, en verbiedt of verbiedt andere elementen. We hebben in Nederland dus gereguleerde marktwerking. Het is de bedoeling dat deze marktwerking de prijs - kwaliteit verhouding verbetert en zorgaanbieders prikkelt om te vernieuwen en zo de beste zorg leveren.

Marktwerking speelt zich af tussen de drie hoofdrolspelers: de burgers of zorgvragers, de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders (artsen, tandartsen, fysiotherapeuten etc.).

Zorgvragers zijn verplicht zich te verzekeren voor

het basispakket, waarvan de inhoud door de overheid is bepaald. De vrijheid die zorgvragers hebben zit hem in de keuze van zorgverzekeraar. Die zorgverzekeraars concurreren met elkaar door middel van prijsverschillen en service en proberen zo de gunst van de zorgvragers te winnen. Zij zijn verplicht iedereen een basispakket te bieden, mogen mensen met een hoog ziekterisico niet weigeren en mogen de premie niet aanpassen aan het ziekterisico.

Niet de zorgvragers maar de zorgverzekeraars kopen zorg in bij zorgaanbieders. Zij onderhandelen over kwaliteit en hoeveelheid. Hier heerst ook concurrentie omdat niet alle zorgverzekeraars en zorgaanbieders een contract met elkaar hoeven af te sluiten. Zorgverzekeraars kunnen kiezen voor die instelling of hulpverleners die zij het beste achten.

Omdat zorgvragers zelf hun zorgaanbieders mogen kiezen, strijden ook dezen om de gunst van de zorgvragers. Het idee is dat deze concurrentie zorgaanbieders prikkelt tot innovatie en tot een goede prijs/kwaliteit verhouding. Innovatieve zorgaanbieders staan sterk in de onderhandelingen met de zorgverzekeraars.

Marktwerking in de zorg is het sturingsinstrument dat de laatste decennia is gekozen om problemen waarin de aanbodgestuurde zorg was verzeild geraakt, het hoofd te bieden. Verantwoordelijkheden tussen de overheid, zorgvragers en zorgverzekeraars en zorgaanbieders worden geherdefinieerd tot gereguleerde marktwerking. Het idee is dat de overheid zich beperkt tot het formuleren van de algemene beleidskaders en spelregels waaraan de marktpartijen zich te houden hebben. Dat wordt nodig geacht om de publieke belangen –de solidariteit, toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg – te beschermen. Aan de andere kant krijgen zorgvragers, zorgverzekeraars en zorgaanbieders meer vrijheid van handelen en ook de daarbij horende verantwoordelijkheid.

De opgave is dus een goed evenwicht te vinden tussen marktwerking en regulering of, in een andere bewoording, tussen vrijheid en beheersing. De vraag die wij onze auteurs voorleggen is wat volgens hen een goede balans tussen marktwerking en regulering is en waarom, en of ze ideeën hebben hoe die balans concreet vorm moet krijgen.

Het eerste artikel is van Hans Maarse die de am-

biguïteit van de marktwerking in de zorg onderzoekt. Hij signaleert toenemende marktwerking op verschillende terreinen in de zorg, maar laat ook zien dat deze toename een beperkt bereik heeft. Het gevolg is een tamelijk diffuus systeem. Maarse benoemt verschillende oorzaken van deze ambiguïteit.

Evelien Tonkens gaat nog eens na wat ook alweer de beloftes waren bij de invoering van marktwerking en vraagt zich af wat van de keuzevrijheid, efficiëntie, kostenbeheersing, transparantie en kwaliteit terecht kwam. Voor haar mag de balans vrijwel geheel doorslaan naar regulering door de overheid. En daarbij moet niet concurrentie, maar samenwerking en afstemming centraal staan, gericht op zuinige omgang met schaarse middelen.

Mirjam Plantinga betoogt dat de relatie tussen zorgvrager en zorgaanbieder, de professional, door marktwerking tot een financiële transactie verwordt en daardoor leidt tot wantrouwen in de professional, een daling van de kwaliteit van zorg en een stijging van de zorguitgaven. Ze bepleit naast het domein van de markt ook een krachtige staat en een grote rol van de samenleving.

Jolanda Dwarswaard onderzocht of de door marktwerking geïntroduceerde concurrentie gevolgen heeft voor de beroepsethiek van artsen en vraagt zich af wat haar bevindingen moeten betekenen voor een goede verhouding tussen marktwerking en regulering. Zij betoogt dat marktwerking – een vorm van – regulering is. Volgens haar moet zorgaanbieders niet aangesproken worden als concurrenten, maar gestimuleerd worden tot het verlenen van zinnige en zuinige zorg.

Gert Olthuis bespreekt aan de hand van *Zorgmarkt*, een tijdschrift over ondernemen in de zorg verschillende soorten van ondernemerschap in de zorg. Hij geeft drie concrete voorbeelden waarop de markt aanwezig is in de zorg en laat zien welke interessante bio-ethische kwesties daarbij aan de orde komen.

Doeke Post besluit dit themanummer met een scherpe en polemische aanval op de ideologie van de marktwerking in de zorg: “De marktprincipes werken in deze complexe omgeving nauwelijks.” Post stelt voor een ‘derde weg’ te bewandelen gebaseerd op solidariteit in plaats van op concurrentie.

Elk van de genoemde auteurs benoemt zo op zijn of haar eigen wijze de verschillende zorgen om markt-

werking. We vroegen ook (inmiddels demissionair-) minister Schippers, die belast is met het verder invoeren van marktwerking in de zorg, om een bijdrage. We wilden haar – of een medewerker – graag de gelegenheid geven kort en bondig uit te leggen *voor welk probleem* marktwerking een oplossing is en *waarom* het dat is. Daarbij zou het interessant zijn te vernemen waarom de, in dit Podium ingebrachte bezwaren tegen marktwerking in de zorg, eerder problemen zouden kunnen veroorzaken dan oplossen. Het is jammer dat het ministerie van VWS die uitnodiging niet heeft aangenomen.

Desalniettemin denken we dat de artikelen in dit Podium voor Bio-ethiek een kritisch perspectief bieden, dat recht doet aan de complexiteit van de verflechting van zorg en markt.

Niels Nijsingh en Lieke van der Scheer
Themaredactie

Uit de Vereniging

Oproep recensies

Wilt u een publicatie op het terrein van de bio-ethiek recenseren voor het Podium voor Bio-ethiek? Heeft u zelf een voorstel? Richt u zich tot Lieke van der Scheer, Lieke.vanderScheer@utwente.nl. We kunnen namens de redactie een recensie-exemplaar aanvragen.

Recensies mogen ca. 500 woorden beslaan.

Is uw email adres bij ons bekend?

Willen alle leden van de NVBe hun e-mailadres willen doorgeven aan Annemieke Brouwers, m.a.j.brouwers@umcg.nl? Zij kan u dan bereiken voor het doorgeven van informatie vanuit de NVBe. De adressen worden niet beschikbaar gesteld aan derden.

Thema: Zorgen om marktwerking

De onvermijdelijke ambiguïteit van de marktwerking in de zorg

Hans Maarse

De invoering van marktwerking in de zorg kwam eind jaren tachtig op de politieke agenda, toen de Commissie Dekker haar rapport *Bereidheid tot Verandering* (1987) uitbracht met daarin een schets van een nieuw zorgstelsel, gebaseerd op het model van *gereguleerde marktwerking*. Dit model komt erop neer dat de overheid aan de ene kant kiest voor marktwerking om de zorg doelmatiger, innovatiever en kwalitatief beter te maken en ook veel meer op de behoeften van de zorggebruiker afgestemd ('vraagsturing'), maar aan de andere kant wil voorkomen dat een aantal *publieke belangen* worden uitgehouden, in het bijzonder de solidariteit in de financiering van de zorg alsmede de toegankelijkheid en betaalbaarheid ervan. Betaalbaarheid vervult in dit verband een voorwaardelijke functie: als de zorgkosten uit de hand lopen, zullen solidariteit en toegankelijkheid onder toenemende druk komen te staan (Maarse, 2011).

De bereidheid tot verandering viel echter tegen, marktwerking in de zorg bleek zowel politiek als maatschappelijk uiterst controversieel. Begin jaren negentig was de markthervorming dan ook zo goed als 'politiek dood'. Het zou tot de eeuwwisseling duren voordat zij, mede onder invloed van de 'wachlijstcrisis', weer op de politieke agenda terugkeerde. Pas in 2006 leverde de markthervorming de eerste zichtbare resultaten op in de vorm van nieuwe wetgeving, in het bijzonder de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG).

Enkele voorbeelden

In een aantal opzichten is tegenwoordig duidelijk sprake van marktwerking. Een kleine bloemlezing ter illustratie.

- Verzekeraars concurreren om de gunst van de consument. De hoogte van de nominale premie is een belangrijk instrument in de concurrentieslag. Dit jaar is ongeveer 6% van de verzekerden naar een andere verzekeraar overgestapt.
- De tarieven van de tandheelkundige zorg zijn in 2012 vrijgegeven.
- Ongeveer 70 procent van het ziekenhuisbudget valt vanaf 2012 onder het regime van de vrije prijsvorming. In 2011 lag dit percentage nog op ongeveer 30% en in 2008 op ongeveer 20%. De prijsvorming betreft een cruciaal onderdeel van de onderhandelingen tussen ziekenhuizen en verzekeraars.
- Het aantal Zelfstandige Behandelingscentra (ZBC's) is van ongeveer 30 in 2000 naar 200 in 2011 gestegen. Hierdoor is de concurrentie op een aantal terreinen van medisch-specialistische zorg toegenomen.
- Het schrappen van voorzieningen uit het pakket van de basisverzekering versterkt de marktwerking. De patiënt moet nu immers zelf voor de kosten van de geschrapte voorzieningen opdraaien.

De marktwerking in de zorg moet echter niet worden overschat. In diverse opzichten kent zij slechts een beperkt bereik. Ook hier een aantal voorbeelden ter illustratie.

- Bepaalde onderdelen van de zorg worden van marktwerking uitgesloten, enerzijds omdat toelating van marktwerking als onethisch wordt beschouwd (bijvoorbeeld orgaandonatie), anderzijds omdat de voorziening onder alle omstandigheden beschikbaar moet zijn (bijvoorbeeld de eerste hulp in het ziekenhuis).
- De tarieven van de huisartsen- en medisch-specialistische zorg worden (grotendeels) gereguleerd door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).
- Het overgrote deel van de zorgkosten betalen burgers niet uit eigen middelen, maar via hun verzekeraar. Zij hoeven de financiële kosten van een behandeling dus niet tegen de baten ervan af te wegen.
- Winstuitkering door ziekenhuizen en instellingen voor langdurige zorg is tot dusver verboden. Recentelijk heeft de overheid overigens een voorstel ingediend

dat winstuitkering aan private investeerders onder strikte voorwaarden mogelijk moet maken.

- De overheid stelt jaarlijks een budgettaire kader voor de totale zorg en diverse zorgsectoren op. Budgettaire overschrijdingen worden in een later jaar door middel van kortingen gecompenseerd. In 2011 hebben overheid, verzekeraars en ziekenhuizen een bestuursovereenkomst getekend, waarin zij afspreken de reële groei van de uitgaven voor de periode tot 2015 te beperken tot 2,5% per jaar.
- Voor marktarrangementen die tegen extra betaling een versnelde toegang tot zorg mogelijk maken bestaat nauwelijks maatschappelijk draagvlak. Al gauw worden dergelijke initiatieven met de kwalificatie 'tweedeling in de zorg' afgeserveerd. De Nederlandse zorg wordt, zeker ook in vergelijking tot een aantal buurlanden, gekenmerkt door een sterk egalitaristische cultuur. Iedereen is in de zorg gelijk, alleen verschillen in zorgbehoefte tellen.

Ambigüiteit

Samenvattend kunnen we concluderen dat de marktwerking in de zorg beslist niet moet worden overschat. Er is sprake van een nogal diffuus of ambigu systeem dat de Raad van State ooit typeerde als 'bureaucratisch gesimuleerde concurrentie'. Enerzijds is sprake van marktwerking, anderzijds gelden er ook allerlei beperkingen. Deze ambigüiteit lijkt alleen maar toe te nemen, ondanks de pogingen van Minister Schippers om nu flink door te pakken, getuige onder meer haar beslissing de ruimte voor vrije prijsvorming in de ziekenhuiszorg meer dan te verdubbelen. Zo is de concrete betekenis van de publieke belangen in de zorg lang niet altijd helder. Wanneer is bijvoorbeeld het publieke belang van toegankelijkheid in het geding? Wanneer is sprake van een onbetaalbare zorg? Daar komt nog bij dat publieke belangen in de praktijk met elkaar op gespannen voet kunnen staan (WRR, 2012). Zo kan een fusie tussen twee zorginstellingen vanuit het oogpunt van de concurrentie ongewenst zijn, maar vanuit het oogpunt van de kwaliteit van zorg juist gewenst. Terwijl de Nederlandse Mededingingsautoriteit grote bezwaren koestert, is de Inspectie voor de Volksgezondheid juist positief. De logica van de markt met haar nadruk op concurrentie kan dus botsen met de logica van de zorg met haar nadruk op samenwerking

(WRR, 2012). Er bestaat geen eenduidig antwoord op de vraag hoe met een dergelijke botsing om te gaan. Wanneer is samenwerking wel toegestaan en wanneer niet? Deze vraag blijkt in de praktijk een bron van onzekerheid, ondanks een poging van de Nederlandse Zorgautoriteit en de Nederlandse Mededingingsautoriteit om helderheid te verschaffen. Samenwerking gaat alleen boven concurrentie als de zorggebruiker daar aantoonbaar belang bij heeft, maar wanneer is aan deze voorwaarde voldaan?

De toename van de ambigüiteit valt ook uit recente wetgevingsinitiatieven af te leiden. Zo wil Minister Schippers winstuitkering mogelijk maken om daarmee private partijen voor investeringen in de zorg te paaien, maar daarbij gelden zoveel beperkingen dat de vraag rijst of private partijen investeringen in de zorg interessant genoeg vinden. De Minister moet wel met allerlei voorwaarden komen om de diepgewortelde weerstand tegen het winstmotief in de ziekenhuiszorg te overwinnen. Een ander voorbeeld betreft het wetsvoorstel om fusies in de zorg aan allerlei nadere regelgeving te binden. De Inspectie voor de Volksgezondheid zou zelfs de bevoegdheid moeten krijgen om met het oog op de kwaliteit van de zorg defusering (opsplitsing) op te leggen. Een laatste illustratie van toenemende ambigüiteit betreft de discussie over de honorering van zorgbestuurders.

Drie verklaringsmodellen

Hoe valt de ambigüiteit van de marktwerking in de zorg te verklaren? Ter beantwoording van deze vraag maken we gebruik van drie modellen, te weten het rationele model, het politieke model en het institutionele model. Deze modellen zijn complementair ten opzichte van elkaar.

Vanuit het *rationele* model is van belang dat het in de zorg gaat om een zoektocht naar een goede balans tussen marktwerking enerzijds en een aantal publieke belangen anderzijds. Enerzijds ruimte voor keuzevrijheid, bilaterale overeenkomsten en andere vormen van marktgedrag, anderzijds echter ook allerlei beperkingen aan dat gedrag om publieke belangen te beschermen en onethisch geachte toestanden te voorkomen. Met het oog op deze publieke belangen worden bepaalde delen van de zorg zelfs geheel van marktwerking uitgesloten. Ervaring opdoen met

marktwerking via een stapsgewijze invoering en toepassing van tijdelijke vangnetten past ook goed binnen het rationele verklaringsmodel. Een voorzichtige strategie biedt immers goede mogelijkheden om op adequate wijze met onzekerheid om te gaan en risico's te beperken.

Marktwerking is echter meer dan een kwestie van rationeel design in de vorm van een 'optimale oplossing'. Het is ook een *politiek* proces. De keuze voor marktwerking houdt op zich al een politieke keuze in. Deze keuze blijkt in de praktijk controversieel en sommige politieke partijen, zoals de SP, zouden als zij het voor het zeggen hadden de marktwerking het liefst voor een groot deel terugdraaien. De zorg is voorts een politiek en maatschappelijk uitermate gevoelige sector. Veranderingen zijn vaak controversieel en kunnen vaak enkel worden gerealiseerd door middel van een incrementalistische aanpak. Verder spelen in de markthervorming ook allerlei private belangen van bijvoorbeeld verzekeraars, ziekenhuizen, huisartsen, werkgevers- en werknemersorganisaties, patiëntenorganisaties et cetera mee. Al deze partijen proberen hun belangen zo goed mogelijk te behartigen. Onderhandelingen en compromisvorming spelen dan ook een belangrijke rol in de markthervorming en helpen de ambiguïteit van de marktwerking te verklaren. Ook het geleidelijke invoeringsproces heeft een politieke component. Een dergelijke benadering blijkt soms de enige mogelijkheid om een stap voorwaarts te zetten.

Tenslotte heeft de ambiguïteit van de marktwerking ook een institutionele achtergrond. Diepgewortelde cognitieve en normatieve opvattingen hebben altijd een belangrijke rol gespeeld. De Zorgverzekeringswet moest zodanig worden opgezet dat de publieke belangen van solidariteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid werden gewaarborgd. Zonder respect voor de 'legacy of the past' zou de wetgeving zowel politiek als maatschappelijk kansloos zijn geweest. Ook de institutionele verhoudingen tussen de diverse spelers in de zorg laten zich niet van de ene op de andere dag veranderen. Er blijkt sprake van een grote mate van institutionele reproductie of padafhankelijkheid.

Wat mogen we voor de toekomst verwachten? Zal de ambiguïteit verminderen door een duidelijke keuze voor meer of juist minder marktwerking? Over het antwoord op deze belangrijke vraag kan men slechts

speculeren. Indien we de drie verklaringen echter naast elkaar leggen, dan is er geen enkele reden te veronderstellen dat de ambiguïteit van de marktwerking zal verminderen. Dat heeft niet alleen alles te maken met het feit dat in de zorg naar een goed evenwicht tussen allerlei belangen moet worden gezocht, maar ook met de noodzaak van compromisvorming tussen conflicterende belangen, de aanwezigheid van diepgewortelde opvattingen en verhoudingen en, last *but not least*, het nog altijd controversiële karakter van de marktwerking in politiek en samenleving. Pleidooien voor een coherente en eenduidige strategie klinken goed, maar hebben daarom weinig kans van slagen. De ambiguïteit is onvermijdelijk!

Prof. Dr. Hans Maarse is hoogleraar beleidswetenschap aan de Maastricht University binnen de faculteit Health, Medicine and Life Sciences.

Literatuur:

- Maarse, J. (2011). *Markthervorming in de zorg. Een analyse vanuit het perspectief van de keuzevrijheid, solidariteit, toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid*. Maastricht: Datawyse.
- Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. (2012). *Publieke zaken in de marktsamenleving* (WRR-rapport 87). Amsterdam: Amsterdam University Press (te downloaden via www.wrr.nl).

Thema: Zorgen om marktwerking

Marktwerking in de zorg: duur, bureaucratisch en demotiverendⁱ

De beloftes van marktwerking

Evelien Tonkens

Wat was ook weer de gedachte achter meer markt in de zorg? De pleitbezorgers gaven zes argumenten. In dit artikel gaat Evelien Tonkens na wat er van terecht gekomen is, legt de vinger op een aantal denkfouten en eindigt met de vraag hoe het beter kan.

“Kunnen we een cliënt ook zeggen te gaan stoppen met een behandeling (mede) vanwege financiële redenen en waar ligt de grens? Kunnen we bepaalde groepen niet meer in behandeling nemen omdat van te voren reeds te zien is dat daar verlies op wordt geleden, wie bepaalt dat, hoe communiceer je dat? Kunnen we groepen naar ons toe trekken omdat ze markttechnisch interessant zijn en hoe doen we dat dan?” Aldus enkele leidende vragen voor een discussie in 2010 over marktwerking binnen een GGZ-instelling. Treffende voorbeelden van de wijze waarop normen over goede zorg onder invloed van marktwerking aan het schuiven zijn (Van Sambeek et al 2011).

Wat was ook weer de gedachte achter meer markt in de zorg? En wat is er van terecht gekomen? De pleitbezorgers brachten zes argumenten naar voren. Ten eerste klantvriendelijkheid: op de markt zou de vraag van de klant leidend zijn. (VWS 2001, RVZ 2004) ‘Zorgaanbieders houden (...) nog te weinig rekening met de wensen van de zorggebruiker’. (RVZ 2003, p.9) Een nieuw stelsel moest ze daartoe dwingen. De markt zou dat doen, zoals de markt ook bedrijven tot klantvriendelijkheid dwong. Ten tweede beloofde de markt ervoor te zorgen ‘dat de zorg doelmatig verleend wordt

en er een permanente druk is tot kostenbewustzijn.’ (VWS 2001, p.27) Concurrentie tussen aanbieders zou hen ertoe dwingen zo goedkoop mogelijk te ‘produceren’, met kostendaling tot gevolg. Voorts beloofde de markt keuzevrijheid, doordat instellingen met elkaar concurreren en nieuwe aanbieders vrij zouden zijn om zich op de markt aan te bieden. Deze keuzevrijheid zou aantrekkelijk zijn voor de klant en bedreigend voor de aanbieders, die daarom hun uiterste best zullen doen om zo goed mogelijk te presteren tegen zo laag mogelijke kosten. De markt beloofde ten vierde transparantie: aanbieders zouden bij de klant in beeld willen komen en daarmee duidelijkheid verschaffen over wat ze te bieden hebben tegen welke prijs. Transparantie zou een middel zijn tot een optimale prijs-kwaliteit verhouding maar ook een waarde in zichzelf. Mondige, bewuste klanten willen zelf aanbieders kunnen vergelijken. Ten slotte beloofde de markt kwaliteitsverbetering. Klanten zouden die aanbieder kiezen die de beste prestaties tegen de laagste prijs levert, zoals ze dat ook op andere delen van de markt doen.

Wat ervan terecht kwam

Wat komt er van bovengenoemde beloften terecht? Van klantvriendelijkheid is mogelijk deels sprake. In elk geval geven artsen zelf aan dat ze meer aandacht aan de wensen van patiënten besteden (Dwarswaard et al 2011, Vosters 2010). Anderzijds heeft marktwerking geleid tot een stormachtige schaalvergroting, die vooral in de AWBZ-zorg de klantvriendelijkheid niet heeft verhoogd. Tussen de vele loketten, doorkiesnummers, doorverwijzingen, informatielijnen en subafdelingen is het vaak een hele kunst om een echte hulpverlener te vinden.

Ook niet direct klantvriendelijk is het dat artsen en instellingen worden aangespoord om makkelijkere en dus goedkopere patiënten te verkiezen boven moeilijkere patiënten, die risicovollere of langdurigere behandelingen behoeven, of – in het geval van bijvoorbeeld de thuiszorg- verder weg wonen en dus meer reistijd vereisen. Ook minder klantvriendelijk is het dat verzekeraars aan (huis)artsen beperkingen opleggen ten aanzien van het aantal doorverwijzingen, en aan de geneesmiddelen die zij mogen voorschrijven. Vooral bij dure (ziekenhuis)geneesmiddelen poogt de verzekeraar hier invloed op uit te oefenen.

Keuzevrijheid

Het is voor werking van het stelsel cruciaal dat de patiënt tussen zorgverzekeraars kiest, en daarmee hun concurrentieverhouding onderstreept. De zorgverzekeraar moet vervolgens namens de patiënt de beste, maar goedkoopste, zorgaanbieders kiezen. De keuzevrijheid van patiënten betreffende ziekenhuis en arts vervalt echter. Alleen wie een hogere premie of (een deel van) de kosten van de behandeling kan betalen, behoudt volledige keuzevrijheid voor zorgverlener en zorginstelling. Natuurlijk kun je van verzekeraar veranderen als deze de verkeerde keuzen voor je maakt, maar het is wel steeds een package-deal: mogelijk contracteert een andere verzekeraar wel de gewenste huisarts, maar dan weer niet het gewenste ziekenhuis.

Efficiëntie en kostenbeheersing

Ook van efficiëntie komt weinig terecht, doordat de overheid verantwoordelijk blijft voor de betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit. Naarmate de overheid de uitvoering verder uit handen geeft, moet ze meer geld en energie steken in controle, die vanaf grotere afstand en moeilijker is. Marktwerking leidt ook tot kostenverhoging, doordat het gepaard gaat met een sterke toename van bureaucratie, van uitgaven voor reclame, aanbestedingsprocedures en, in de top, door zogenaamd marktconforme salarissen. Ook is het duur om in één gebied meerdere concurrerende organisaties actief te laten zijn, omdat daarmee de reisafstand naar patiënten per zorgverlener sterk stijgt. Maar bovenal is het duur om iedereen naar maximale productie, en dus omzet, te laten streven.

Transparantie

De beoogde transparantie van marktwerking valt ook tegen. De keuze-informatie is ondoorzichtig, en dat zal ook niet zo gemakkelijk veranderen. Niet alleen omdat de informatie zelf erg complex is en dus niet zo gemakkelijk transparant te maken. Complexe diensten laten zich bovendien niet gemakkelijk langs één meetlat vergelijken. Bovendien hebben marktpartijen zelf helemaal geen belang bij transparantie en pogen zij deze dus tegen te gaan door rookgordijnen op te trekken en zo de overzichtelijkheid van vergelijkingen te beperken.

Kwaliteit

En de kwaliteitsverhoging dan? De markt meet kwaliteit af aan productiecijfers, vergroting van het marktaandeel en klanttevredenheid. Maar hoezo zou veel zorg ook goede zorg zijn? Vaak is juist weinig zorg goede zorg. Denk aan de poortwachtersfunctie van de huisarts: een goede huisarts 'produceert' juist weinig. En klanttevredenheid is een aspect van kwaliteit, omdat het iets zegt over de bejegening van patiënten; het zegt echter nog niets over medisch-inhoudelijke kwaliteit.

In de AWBZ-zorg stijgt het risico op verbroken zorgrelaties door marktwerking. Je vertrouwde instelling gaat failliet of is in het kader van aanbestedingsprocedures buiten de aanbesteding gevallen. Je vertrouwde hulpverlener wordt je daarmee afgenomen, en je moet maar zelf gaan uitzoeken hoe je een nieuwe krijgt. Die nieuwe doet het werk onder slechtere arbeidsvoorwaarden, want de aanbesteding is gewonnen doordat deze instelling bezuinigt op personeelskosten. Er is een forse verschuiving van vast naar tijdelijk of oproepcontract. Grote wisselingen in patiënten en personeel leiden tot administratieve wanorde. Daardoor krijgt een bejaarde steeds de verkeerde personen, die zelf ook in verwarring zijn en dus een kort lontje hebben, maar waar je wel aardig tegen moet zijn.. Zou dat bedoeld zijn met kwaliteitsverhoging?

De allergrootste deceptie van marktwerking is dat het in zowel professionals als patiënten het slechtste oproept. De professional wordt alsnog de egoïstische geldwolf die geen oog heeft voor de patiënt. De patiënt wordt de grootmondige burger die voor zichzelf het beste en meeste eist, zonder zich om het algemeen belang te bekommeren. Oriëntatie op het algemeen belang in een context van schaarste is effectief weggeorganiseerd. De aan het begin van dit artikel aangehaalde discussievragen.

Waarom 'werkt' marktwerking niet in de publieke sector?

Waarom is marktwerking hier een plaag? Immers, op veel terreinen werkt de markt toch prima, waarom hier dan niet? Vanwege drie elementaire denkfouten betreffende de verhouding tussen de markt en de publieke sector, in het bijzonder de zorg.

De eerste denkfout is, dat de overheid iets

daadwerkelijk op afstand kan plaatsen, wanneer ze verantwoordelijk blijft voor zulke basale zaken als betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit. Met marktwerking krijgt de overheid meer verantwoordelijkheid maar minder macht over de zorg. Zij kan daarop nog slechts indirect invloed uitoefenen, via bevordering van transparantie en concurrentie. Zij ziet zich genoodzaakt om steeds meer controle-mechanismen te installeren, teneinde van haar grote afstand toch controle te houden. Men stapelt toezicht op toezicht (WRR 2004), met meer bureaucratie en mistigheid en een grotere roep om toezicht tot gevolg. Wel de verantwoordelijkheid, niet de macht is een traditioneel vrouwelijke positie die niet voor niets door feministen met kracht is afgewezen.

Proces of product?

De tweede denkfout is dat zorg bestaat uit heldere, goed afgebakende en beprijzbare producten. Zorg is geen afbakenbaar product, maar een open en onvoorspelbaar proces (Mol 2006, p.28) Het vereist een gigantische bureaucratische operatie om van een proces een product te maken. Het proces moet worden opgeknipt in deeltjes die elk hun eigen noemer hebben, hun eigen begin- en eindpunt, hun eigen prijskaartje. Zorg is ingebed in relaties en kan daarom niet goed afgebakend worden in producten zonder in die relaties in te grijpen en daarmee het zorgproces te verstoren. Diagnose en behandeling moeten direct vastgesteld worden terwijl deze vaak niet duidelijk zijn of soms is het benoemen niet meteen bevorderlijk voor het genezingsproces. Het opsporen en (durven) benoemen van problemen is vaak zelf deel van het zorgproces. Bij een patiënt met 'vage klachten' kan bijvoorbeeld pas na veel onderzoek blijken wat het probleem is. Een patiënt met psychische klachten die seksueel misbruikt is legt dat probleem vaak niet meteen op tafel.

Een derde fundamentele denkfout is de veronderstelling dat een situatie van overvloed en dus overcapaciteit in de zorg mogelijk en wenselijk zou zijn. Voor marktwerking is een situatie van overvloed noodzakelijk omdat er alleen dan concurrentie en daarmee keuzevrijheid, prijsverlaging en efficiëntie mogelijk zijn. Professionals worden 'geprikkeld' tot maximale 'productie' en dus overbehandeling: ze worden geacht zoveel mogelijk klanten aan te trekken en die zoveel

mogelijk te behandelen. Mondige zorgconsumenten eisen dat ook, want zij willen zoveel mogelijk waar voor hun premiegeld. Tegen deze overconsumptie zijn alleen de meest autoritaire ingrepen opgewassen, namelijk: schrappen in het pakket.

In de jaren zeventig was autoritair gedrag de steen des aanstoets die de weg vrijmaakte voor de markt. De markt zou niet autoritair zijn. Nu zijn we weer terug bij autoritair ingrijpen, maar dan in anonieme - en dus minder als autoritair herkende- vorm.

Hoe moet het dan wel?

Hoe moet het dan wel? We kunnen inspiratie putten uit Scandinavië en uit ons vroegere ziekenfonds. Het ideale stelsel is een collectieve verzekering voor iedereen in handen van de overheid. De overheid verdeelt het beschikbaar gestelde geld en is verantwoordelijk voor organisatie van de regionale samenwerking. Niet concurrentie maar samenwerking en afstemming staan centraal, gericht op zuinige omgang met schaarse middelen. Samen zijn de zorgaanbieders verantwoordelijk voor de regio. Vernieuwing wordt gestimuleerd naar Scandinavisch model: wie meent van hetzelfde beschikbare geld per patiënt meer of betere zorg te kunnen leveren, mag dat proberen. Het stelsel is daarmee gericht op innovatie maar ook op terughoudendheid en zuinige omgang met schaarse collectieve middelen.

Prof. Dr. Evelien Tonkens is bijzonder hoogleraar Actief Burgerschap aan de afdeling Sociologie van de Universiteit van Amsterdam en lid van de Raad van Toezicht van het Meander Medisch Centrum in Amersfoort.

Noot

- ⁱ Dit is een sterk ingekorte versie van gelijknamige artikel dat eerder verscheen in Tonkens, E., (2008), *Mondige burgers, getemde professionals: Marktwerking en professionaliteit in de publieke sector*. Amsterdam: Van Gennep.

Literatuur:

- Dwarswaard, J. , M, Hilhorst and M. Trappenburg (2011) *The Doctor and the Market: About the Influence of Market Reforms on the Professional*

Medical Ethics of Surgeons and General Practitioners. *The Netherlands Health Care Analysis* 19:388–402.

Mol, A. (2006) *De logica van het zorgen. Actieve patiënten en de grenzen van het kiezen*. Van Gennep, Amsterdam.

RVZ (2003) *Van patiënt tot klant*.

RVZ, (2004) *Tot de klant gericht*.

Sambeek, N. van, E. Tonkens & C. Bröer (2011) Sluipend kwaliteitsverlies in de geestelijke gezondheidszorg. Professionals over de gevolgen van marktwerking. *Beleid en Maatschappij* 2011 (38) 1, pp. 47-38.

VWS (2001) *Vraag aan bod*.

Tonkens, E. (2008) *Mondige burgers, getemde professionals. Marktwerking, vraagsturing en professionaliteit in de publieke sector*. Amsterdam, Van Gennep

WRR (2004) *Bewijzen van goede dienstverlening*. Amsterdam University Press, Amsterdam

Vosters, B. (2010) *Doktersjassen en aktetassen. Een onderzoek naar de effecten van marktwerking op de professionaliteit van medisch specialisten. Masterscriptie sociologie, UvA Amsterdam*

Thema: Zorgen om marktwerking

Marktwerking in de zorg: Te veel markt en te weinig vertrouwen in de professional

Mirjam Plantinga

Marktwerking zet de relationele, menselijke kwaliteit van zorg onder druk. De relatie tussen professional en patiënt verwordt tot een financiële transactie. Dit leidt tot wantrouwen jegens de professional, een daling van de kwaliteit van zorg en een stijging van de zorguitgaven. Er zal een middenweg gevonden moeten worden tussen vertrouwen en verantwoording.

Is het wenselijk dat de markt in alle domeinen van de samenleving binnendringt? Michael Sandel en Debra Satz vinden van niet. In hun recent uitgebrachte publicaties (Sandel, 2012; Satz, 2010) gaan zij in op de morele grenzen van marktwerking. Zij betogen onder meer dat marktwerking problematisch kan zijn omdat het de morele of intrinsieke waarde van op de markt te verhandelen diensten aan kan tasten. Ook Grahame Lock wijst op de morele grenzen van markten waarin niets meer een intrinsieke waarde heeft en alles in termen van financieel rendement wordt gemeten. Dat doet hij in het interview met Tobias Reijngoud, opgenomen in de bundel 'Weten is meer dan meten'. In deze bundel beschrijft Reijngoud de weerslag van 14 interviews met opinieleiders over de economisering van de samenleving (Reijngoud, 2012). Economisering behelst volgens Reijngoud verschillende aspecten. Twee hiervan wil ik in deze bijdrage centraal stellen: de opkomst van de markt als model voor de aanpak van maatschappelijke vraagstukken en de opkomst van het 'managerialisme': de toepassing van managementtechnieken in de publieke sector en de hiermee samengaande focus op resultaatgerichtheid en meetbaarheid.

Sinds de jaren '90 is aan de markt een prominere rol toegekend in de vormgeving van veel, voorheen publieke, sectoren, zoals de gezondheidszorg. Door mechanismen die kenmerkend zijn voor het ordeningsprincipe markt te introduceren in de gezondheidszorg, in het bijzonder het aspect van concurrentie en de financiële prikkels die daarvan uitgaan, zou de efficiëntie kunnen toenemen en zouden de zorguitgaven kunnen dalen. De introductie van marktwerking heeft deze verwachtingen echter niet waargemaakt. De gemiddelde zorguitgaven zijn de afgelopen tien jaar verdubbeld en deze stijging wordt slechts voor een klein deel verklaard door de vergrijzing (Berenschot & van der Geest, 2012). Een groot deel van de stijging van de zorguitgaven wordt verklaard door een toename van de productie; door een toenemend gebruik van zorg. Moeten we hieruit de conclusie trekken dat de introductie van marktwerking in de gezondheidszorg heeft gefaald? De politiek lijkt te zeggen van wel. Marktpartijen daarentegen verwijten juist de overheid dat de regulering onvoldoende is en dat de markt daardoor zijn werk niet goed kan doen. Volgens Evelien Tonkens combineert de geregleerde marktwerking in de huidige gezondheidszorg het slechtste van de markt en het slechtste van de overheid: 'De zorg wordt én aangezet tot productie én wordt bureaucratisch' (Reijngoud, 2012, blz. 155). De oplossing dient volgens haar dan ook gevonden te worden in de logica van het professionalisme. Wie de zorgprofessional dwingt om te opereren via de wetten van de markt, ontkent volgens Tonkens de eigenheid van de professionele logica.

De patiënt als business case

Wanneer de patiënt als business case dient te worden gezien, zal de patiënt niet langer centraal staan, maar de verschillende behandelingen of Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) die van toepassing kunnen zijn op die patiënt. De relatie tussen professional en patiënt verwordt hiermee tot een financiële transactie. Het is problematisch voor de patiënt zelf, voor de professional wiens werk wordt aangetast, maar ook voor de maatschappij als geheel wanneer niet de zorg maar de zorgproductie centraal komt te staan. Immers de omzet in een markt wordt bepaald door het volume maal de prijs. Om toch voldoende omzet te genere-

ren wordt bij een lage prijs ingezet op een zo groot mogelijk volume. Dat zien we ook in de zorg. Als dit niet wordt afgeremd leidt dit maatschappelijk gezien tot grote problemen. Een groot volume is daarbij misschien nog wel problematischer dan een hoge prijs, want dit betekent een toename van medicalisering.

Marktwerking zet niet alleen aan tot maximale productie maar de drang naar meetbaarheid die gepaard gaat met marktwerking zet bovendien de relationele, menselijke kwaliteit van de zorg onder druk. Eén van de redenen hiervoor is volgens Marian Verkerk dat de neiging bestaat om de zorg vooral te beperken tot handelingen waarvan de effecten meetbaar zijn en 'het effect van menselijke aandacht is weliswaar invoelbaar, maar lastig meetbaar' (Reijngoud 2012, blz. 176). Zorgprofessionals komen dan ook alleen bij patiënten vanwege medische redenen, niet om menselijke aandacht te geven. Daar is geen geld voor en dus geen tijd. Dat is een wezenlijke verschromping van de zorg.

De invoering van marktwerking in de thuiszorg heeft laten zien dat het noch de kwaliteit van zorg, noch de arbeidsvreugde van zorgprofessionals, noch de prijs ten goede komt wanneer de zorg wordt opgeknipt in kleine productie-eenheden die in vooraf vastgestelde kaders van minutieuze tijdseenheden uitgevoerd dienen te worden tegen een zo laag mogelijke prijs. De vraag is bovendien of we een samenleving willen waar we zo met mensen omgaan. Een samenleving waar mensen langer dan noodzakelijk een luier om moeten omdat er onvoldoende tijd is om ze naar de wc te begeleiden en een samenleving waar mensen niet meer gedoucht worden omdat dit teveel tijd in beslag neemt. Zo'n samenleving verdringt de moraal en het miskent het relationele karakter van het verlenen van zorg.

Zorg is niet te vergelijken met een brood dat je de ene dag bij de ene bakker haalt en de andere dag bij de andere bakker omdat het daar net in de aanbieding is of omdat de kwaliteit daar toch beter is. De kwaliteit van zorg wordt bepaald door de relatie die de professional met de patiënt opbouwt. De professional die gaandeweg leert hoe de betreffende persoon het liefste behandeld wil worden, zodat die dat niet elke dag hoeft uit te leggen. Het is dan ook niet voor niets dat er wordt gepleit voor het terugkomen van de

wijkverpleegkundige en dat de mogelijkheid van het inkopen van zorg met een persoonsgebonden budget (PGB) populair is. Immers een PGB maakt het mogelijk om zorg te ontvangen van een vaste en vertrouwde persoon, aangepast aan de persoonlijke behoeften en omstandigheden van de zorgvrager, op momenten dat de zorgvrager er behoefte aan heeft en niet op het moment dat het de zorginstelling past.

Het kan anders

Kan het ook anders? Ja dat kan. Volgens Berenschot en van der Geest (2012) bewijst de comeback van de wijkverpleegkundige dat professionele autonomie en vakbekwaamheid niet alleen kunnen leiden tot een betere dienstverlening, maar ook tot een grotere clienttevredenheid, arbeidsvreugde en doelmatigheid. Ook de Thuiszorgorganisatie Buurtzorg laat zien dat het goed mogelijk is om de zorg te laten verlenen door hoog opgeleide wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden in kleine autonome 'Buurtzorgteams'.¹ Het St. Elisabeth Ziekenhuis in Tilburg past de visie van 'menslievende zorg' toe en heeft zich tot doel gesteld het liefste ziekenhuis van Nederland te worden vanuit de gedachte dat echte aandacht voor patiënten efficiënter werkt, voor een beter resultaat zorgt en meer voldoening geeft.²

Natuurlijk zijn er in de marges mogelijkheden om marktmechanismen in de zorg in te voeren, bijvoorbeeld ten aanzien van zorgproducten als genees- en hulpmiddelen. Wellicht dat de prijzen voor deze zorgproducten verantwoord naar beneden zouden kunnen gaan. Maar is dit ook mogelijk voor zorgproducten waar de prijs voornamelijk wordt bepaald door de inzet van personeel? Is het mogelijk dat de prijs van de kosten van de handen aan het bed naar beneden gaat? Kan dit zonder dat de kwaliteit naar beneden gaat? Ik zou daar grote vraagtekens bij willen stellen. In het primaire zorgproces dient bovendien niet de winst, maar de kwaliteit van de zorg centraal te staan. Erkenning voor het relationele karakter van de zorg is hierbij cruciaal. Zoals Hans Achterhuis in de bundel van Reijngoud stelt is het idee dat een vrije markt zichzelf reguleert een utopie. Een evenwichtige benadering erkent naast het domein van de markt ook een krachtige staat en een grote rol van de samenleving. De balans is doorgeschoten naar te veel markt en te weinig aan-

dacht voor en vertrouwen in de professional.

Vroeger was vertrouwen (de arts weet wat het beste is) het uitgangspunt. Professionals werden gezien als 'knights', als dienaars van het publieke belang (Le Grand, 2004). Nu lijkt wantrouwen het mantra en dient alles tot in detail verantwoord te worden. Professionals worden gezien als 'knaves', als werknemers die in eerste instantie zijn geïnteresseerd in het najagen van hun eigen belang. De intrinsieke motivatie van professionals staat hierdoor onder druk. Er zal een middenweg gevonden moeten worden tussen vertrouwen en verantwoording.

Dr. Mirjam Plantinga is als postdoc onderzoeker ethiek verbonden aan het Universitair Medisch Centrum Groningen en houdt zich daar onder meer bezig met healthy ageing.

Noten

¹ www.buurtzorgnederland.com

² www.liefziekenhuis.nl

Literatuur

Berenschot, L. & Van der Geest, L. (2012), *Integrale zorg in de buurt: Meer gezondheidsresultaat per euro*, Utrecht: Nyfer.

Le Grand, J. (2004), *Motivation, Agency, and Public Policy: Of Knights & Knaves, Pawns & Queens*, Oxford: Oxford University Press.

Reijngoud, T. (2012), *Weten is meer dan meten: Spraak makende opinieleiders over de economisering van de samenleving*, Hilversum: Lias.

Sandel, M. J. (2012), *What money can't buy: The Moral Limits of Markets*, New York: Farrar, Straus and Giroux.

Satz, D. (2010), *Why some things should not be for sale: The Moral Limits of Markets*, New York: Oxford University Press.

Thema: Zorgen om marktwerking

Marktwerking, regulering en beroepsethiek

Jolanda Dwarswaard

Het gezondheidszorgbeleid is in de afgelopen decennia gericht geweest op het introduceren van meer marktwerking in de zorg. Voor het beantwoorden van de vraag die centraal staat in dit themanummer, wat is de goede verhouding tussen marktwerking en regulering, is van belang om empirisch te bekijken wat de gevolgen zijn van veranderingen in het sturingsmechanisme van de Nederlandse gezondheidszorg. In mijn bijdrage focus ik op de rol van dokters en hun beroepsethiek in het zorgstelsel gebaseerd op (gereguleerde) concurrentie.

Andere rol voor dokters en patiënten

Dokters¹ krijgen in het gezondheidszorgbeleid een rol toebedeeld die past in een zorgmarkt. Kortweg komt die rol erop neer dat men onderling moet concurreren om de gunst van de patiënt. Inspelen op de wens van de patiënt en het leveren van patiëntgerichte zorg zijn daarvoor belangrijk. De patiënt zou zich op zijn beurt moeten opstellen als een kritische zorgconsument. Als zorgconsument moet je bewust je zorgverlener en verzekeraar kiezen en word je gewezen op je rechten als patiënt. Deze rolverdeling is beduidend anders dan in een aanbodgericht systeem. In deze bijdrage zal ik op basis van mijn empirisch onderzoek (Dwarswaard, 2011) uiteenzetten wat dit idee over concurrentie en mondige patiënten doet met de beroepsethiek van artsen. Vervolgens zal ik bespreken wat deze bevindingen betekenen voor de goede verhouding tussen marktwerking en regulering.

Veranderende beroepsethiek

In de professiesociologie is weinig aandacht voor de dynamiek van beroepsethiek. Beroepsethiek wordt in deze wetenschappelijke discipline op twee manieren

betekenis gegeven (Matthews, 1991). Enerzijds zijn er wetenschappers die beroepsethiek beschouwen als waarborg voor het goede handelen van de professional (zie onder andere Parsons, 1951 & Freidson, 2001). Beroepsethiek is dan beschreven als het handelen in belang van de patiënt. Anderzijds zijn er wetenschappelijke stromingen die beroepsethiek beschouwen als middel om de concurrentie te verkleinen en de macht van de desbetreffende professie te vergroten (zie onder andere Freidson, 1970 & Larson, 1977). De laatste stroming, beroepsethiek als machtsmiddel, benadrukt vooral dat professionals niet echt in het belang van de patiënt handelen, maar dat dit argument wordt gebruikt als middel om hun eigen rol te monopoliseren. In beide stromingen is er sprake van een beperkte opvatting van beroepsethiek, namelijk in de vorm van een expliciete ethische code. De precieze inhoud van de beroepsethiek komt nauwelijks ter sprake. Wat het bijvoorbeeld betekent om te handelen in het belang van de patiënt is geen object van studie. Het lijkt daarmee een statische component, die weliswaar voor verschillende doeleinden kan worden ingezet maar niet wezenlijk verandert. Mijn onderzoek naar de veranderingen in de beroepsethiek van (huis)artsen² laat zien dat beroepsethiek³ wordt beïnvloed door de manier waarop de zorg wordt gestuurd (zie voor een uitgebreide uiteenzetting hiervan Dwarswaard, 2011). Het blijkt dat de invoering van marktwerking in de zorg het voor dokters moeilijker heeft gemaakt om tegen de zorgvraag van de patiënt in te gaan. Daarnaast heeft dit marktwerkingsbeleid er ook voor gezorgd dat het creëren van vraag van de patiënt belangrijker is geworden.

Ingaan tegen de zorgvraag wordt moeilijker

Als poortwachter in de gezondheidszorg was de huisarts lange tijd pleitbezorger van zinnige en zuinige zorg. Terughoudendheid was één van de belangrijkste beroepsethische normen van de Nederlandse huisartsgeneeskunde. Om schade aan de patiënt te voorkomen, maar ook om de kosten in de zorg in de hand te houden. Vanaf de jaren zeventig is de boodschap van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) dat onnodig handelen moet worden voorkomen. Huisartsen dragen in de jaren '80 en '90 uit dat het belangrijk is om terughoudend te zijn in de zorgverlening, bij patiënten mogen geen "irreële ver-

wachtingen van de gezondheidszorg worden gewekt”. (Rutten, 1988:298)

In zekere zin zijn huisartsen met deze instelling bondgenoten van de overheid wiens beleid er eveneens op gericht is de zorgkosten in bedwang te houden. Maar dit bondgenootschap verdwijnt wanneer de overheid langzaam marktwerking begint in te voeren. Huisartsen vrezen dat hun terughoudende beleid niet langer houdbaar is en dat “u vraagt, wij draaien” een belangrijk adagium in de gezondheidszorg wordt. De norm dat je terughoudende zorg moet verlenen blijkt inderdaad onder druk komen te staan. Een huisarts beschrijft wat zijn huidige overwegingen zijn als een patiënt graag bloedonderzoek wil laten doen.

Vroeger was je dan duidelijk, wat wil je hiermee precies bereiken? Heeft het meerwaarde? Anders heeft het ook geen zin om dat te doen. Nu zeg je wat sneller: ok, de patiënt wil dat. Van mijn bord gaat het niet. Doe je dat niet, dan heb je misschien een ontevreden patiënt die weer wegloopt. Ik win er ook niet mee om het te doen. Waarvoor zou ik eigenlijk zo streng moeten zijn?

(interview huisarts)

We zien in dit citaat een huisarts die worstelt met zijn taak. Zijn professionele opvatting botst met de lekenopvatting, maar tegelijkertijd wordt hij er ook op gewezen dat hij in moet spelen op de vraag van de patiënt en loopt hij het risico dat de patiënt overstapt en hij daarmee inkomsten verliest. Ook chirurgen geven aan dat de focus op de vraag van de patiënt mogelijk tot spanningen kan leiden. Het kost bijvoorbeeld veel meer tijd om iemand te overtuigen dat een operatie niet nodig is, dan aankondigen te gaan opereren. Bovendien levert het laatste ook nog een verrichting op die gedeclareerd kan worden. Mijn onderzoek laat niet zien dat er ook daadwerkelijk een verruiming van het indicatiegebied te zien is. De nadruk op patiëntgerichte zorg levert echter wel een dilemma op waar artsen mee worstelen. Een chirurg verwoordt dit als volgt.

Iedereen roept dat er meer patiëntgerichte zorg moet komen. Dus ik ben politiek correct bezig [als ik opereer], ik verdien er meer aan, ik vind het veel leuker om te opereren, dan een uur te gaan zitten praten. Dus welke incentive heb ik nog om aan de patiënt uit te leggen dat het echt niet hoeft.

(interview chirurg)

Creëren van zorgvraag door dokters

Naast het inspelen op de zorgvraag heeft het nieuwe zorgstelsel er ook aan bijgedragen dat dokters meer zijn gaan nadenken over hun zorgaanbod en hun diensten ook in de markt zetten door middel van reclame. De nieuwe financieringsstructuur, waarbij huisartsen voor een deel worden betaald voor de verrichtingen die ze doen, zorgt ervoor dat huisartsen soms verrichtingen doen die ze voorheen overbodig vonden.

Een ECG levert evenveel op als zien van vijf patiënten. [...] Toen dacht ik dat moet ik inderdaad wel gaan doen. [...] Toch vind ik dat wel lastig. Had ik die ECG ook gemaakt als ik dat apparaat niet zelf in de praktijk had gehad? Het moet wel zinvol zijn, maar je merkt dat het een glijdende schaal kan zijn.

(interview huisarts)

Hoewel sommige huisartsen ook reclame zijn gaan maken is dit meer opgepakt door chirurgen. Het maken van reclame was verboden volgens de beroeps-ethiek. De Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMA) dwong de KNMG in 2002 om dit verbod te schrappen, omdat een verbod op reclame wordt gezien als monopolistisch gedrag en dat mag niet in een stelsel dat is gebaseerd op (gereguleerde) concurrentie. Chirurgen geven aan dat het nu belangrijker is “om jezelf echt neer te zetten”, om aan “PR te doen”, “jezelf te profileren” en “reclame te maken” (interviews chirurgen). Chirurgen beschrijven verschillende manieren waarop zij de aandacht van patiënten willen trekken. Ze proberen bijvoorbeeld bovenaan te komen wanneer iemand googlet op een liesbreukoperatie. Ook wordt er reclame gemaakt in de stad of in huis aan huisblaadjes.

We hebben onlangs een deel van de stad volgehangen met reclames. Krantjes worden uitgedeeld. Om mensen te laten zien dat wij bepaalde zaken als speerpunten hebben. Daarmee probeer je extra patiënten binnen te krijgen.

(interview chirurg)

Kortom, naast het tegemoet komen aan de eisen van de kritische zorgconsument wordt er door middel van reclame of het aanbieden van bepaalde verrichtingen door de aanbieder van zorg ook nog vraag gecreëerd.

Betekenis veranderende beroeps-ethiek

Het bovenstaande laat zien dat het stimuleren van het

inspelen op de vraag van de patiënt en de concurrentie tussen dokters leidt tot een verandering in de beroepsethiek. Voor huisartsen is hun beroepsethische norm om terughoudend te zijn in de zorgverlening minder prominent geworden en is de norm om in te spelen op de wens van de patiënt belangrijker geworden. Het is niet zo dat het een door het andere is vervangen, maar er vinden wel verschuivingen plaats in de wegging van deze normen. Het verbod op het maken van reclame is niet langer onderdeel van de beroepsethiek. Niet alle artsen maken daar evenveel gebruik van en de ideeën over de wenselijkheid ervan lopen uiteen. Maar ook hier is een verschuiving zichtbaar. Door die reclame wordt vervolgens vraag bij de patiënt gecreëerd. Het aanspreken van artsen en patiënten op hun rol als marktpartij heeft er daarmee voor gezorgd dat het idee dat je zinnig en zuinig om moet springen met de collectieve middelen meer op de achtergrond is komen te staan.

Als we de zorg alleen zouden afrekenen op patiëntvriendelijkheid zouden dergelijke ontwikkelingen alleen maar toe te juichen zijn. Voor de betaalbaarheid, en daarmee ook voor de solidariteit, is het echter geen goede ontwikkeling. De zorg wordt er duurder van, het is niet altijd noodzakelijke zorg die wordt verleend en daarmee geen betere zorg. De beroepsethische norm van huisartsen om terughoudend te zijn met de zorg, en hun rol als poortwachter, is van groot belang voor de betaalbaarheid van zorg. Huisartsen kunnen deze rol niet alleen vervullen. Specialisten in de tweede lijn moeten zich dezelfde basishouding aanmeten. Ook zij moeten zich bewust zijn van de kosten van de zorg.

Verhouding marktwerking en regulering

Wat betekent dit voor de verhouding tussen marktwerking en regulering? Belangrijk hierbij is op te merken dat de markt en de overheid geen eigenstandige domeinen zijn, die los van elkaar bestaan. In vele sectoren zien we dat er, zelfs wanneer het beleid gericht is op deregulering, vaak tegelijkertijd nieuwe en andere vormen van regulering worden geïntroduceerd (WRR, 2012). Welbeschouwd is marktwerking óók een manier om de zorg te reguleren. Het is daarom niet zinvol om beide reguleringsmechanismen los van elkaar te zien en in een discussie te zoeken naar voor-

standers of tegenstanders van marktwerking. Kiezen voor marktwerking betekent niet dat er geen sprake zou zijn van regulering en daarmee is marktwerking versus regulering een schijntegenstelling. Deze discussie zouden we dan ook niet meer moeten voeren. Het is veel belangrijker om te bekijken op welke wijze waarop de actoren in de gezondheidszorg worden aangesproken. Welke verwachtingen spreken er uit het gezondheidszorgbeleid en welke incentives worden daarvoor ingezet? Dat zijn de cruciale vragen. Mijns inziens zullen dokters, en zorgaanbieders in het algemeen, niet langer moeten worden aangesproken als met elkaar concurrerende partijen die moeten strijden om de gunst van de patiënt. In plaats daarvan zou moeten worden benadrukt dat men zinnig en zuinig om moet gaan met de beschikbare gezondheidszorgmiddelen. Dit betekent bijvoorbeeld dat je als arts niet altijd kunt ingaan op de wensen van de patiënt. Het maakt daarbij niet uit of dit nu marktwerking of regulering wordt genoemd.

Dr. Jolanda Dwarswaard is Universitair Docent bij het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit Rotterdam. Ze is tevens als senior onderzoeker verbonden aan het Kenniscentrum Zorginnovatie van de Hogeschool Rotterdam.

Noten

- ¹ Daarbij moet worden opgemerkt dat het in de beleidsdocumenten vaak nauwelijks gaat over dokters, maar dat er meestal wordt geschreven over zorgaanbieders. Hetgeen niet wegneemt dat de zorg uiteindelijk wordt verleend door dokters (en vele andere zorgprofessionals die in deze bijdrage niet aan bod komen, maar daarmee niet minder belangrijk zijn).
- ² Het betreft een vergelijkend onderzoek tussen huisartsen en chirurgen waarin is gekeken welke invloed maatschappelijke ontwikkelingen in de afgelopen halve eeuw hebben gehad op de beroepsethiek van beide beroepsgroepen. Door middel van een tijdschriftanalyse en interviews is dit onderzocht. Beide bronnen worden in deze bijdrage aangehaald.
- ³ Beroepsethiek vat ik op als het geheel van normen die gelden binnen een drietal relaties (a) de relatie tussen dokter en patiënt; (b) de relatie tussen dokters onderling en (c) de relatie tussen dokter en maatschappij.

Literatuur

- Dwarswaard, Jolanda. 2011. *De dokter en de tijdgeest. Een halve eeuw veranderingen in de beroepsethiek van huisartsen en chirurgen*. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.
- Freidson, Eliot. 1970. *Professional dominance: the social structure of medical care*. New York: Atherton Press.
- Freidson, Eliot. 2001. *Professionalism: the third logic*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Larson, M.S. 1977. *The rise of professionalism*. California: University of California Press.
- Matthews, R.C.O. 1991. The Economics of Professional Ethics: Should the Professions be More Like Business? *The Economic Journal* 101:737:750.
- Parsons, Talcott. 1951. *The social system*. New York: The Free press.
- Rutten, G.E.M. 1988. Hoesten bij de huisarts: naar een rationeel beleid. *Huisarts en Wetenschap* 31(1988):293-299.
- WRR. 2012. Publieke zaken in de marktsamenleving. [internet]. Te bereiken via: <http://www.wrr.nl/publicaties/publicatie/article/publieke-zaken-in-de-marktsamenleving/>.
- Aangehaald op 29 mei 2012.

Thema: Zorgen om marktwerking

Hoe de markt al lang in de zorg zit

Gert Olthuis

Wanneer we in de media lezen over gezondheidszorg en marktwerking, dan is er over het algemeen sprake van een weinig juichende stemming. Een greep recente artikelen uit artsenblad *Medisch Contact*: ‘Marktwerking haalt hart uit de zorg’ (15 okt. 2009), ‘Marktwerking is zorgvershraling’ (1 dec. 2009), ‘Marktdenken bedreigt het artsenvak’ (4 feb. 2010), ‘Burger verliest invloed op zorglandschap’ (7 okt. 2011), ‘Markt geeft volle wachtkamers’ (30 mrt 2012). Of neem reacties op minister Schippers’ wetsvoorstel dat ziekenhuizen toestaat privaat kapitaal aan te trekken en winst uit te keren. Uit een enquête van *Medisch Contact* (30 mrt 2012) blijkt dat driekwart van de medisch specialisten dat voorstel niet ziet zitten. “Een arts is niet op aarde om winst te maken,” zegt darmchirurg Lange er over in *NRC Handelsblad* (28 mrt 2012). Tot slot doet ook de WRR (2012) een duit in het zakje. Het vormgeven van marktwerking in de zorg aan de hand van diagnose-behandel-combinaties in ziekenhuizen en zorgzwaartepakketten in de V&V-sector pakte in de praktijk anders uit dan beoogd, concludeert de Raad. DBC’s en ZZP’s leidden volgens de Raad tot een wel heel specifieke invulling van wat ‘kwaliteit van zorg’ is. Wat veelal ongenoemd blijft in beschouwingen over marktwerking, is dat de markt al lang aanwezig is in de zorg. De zorg is al een markt met volop ondernemerschap. Ik schets eerst een beknopt beeld van wat dat ondernemen inhoudt. Vervolgens noem ik drie meer concrete voorbeelden waarop de markt al in de zorg is en noem daarbij enkele bio-ethische kansen.

Ondernemen in de zorg

Sinds een aantal jaren lees ik *Zorgmarkt*, een tijdschrift over ondernemen in de zorg.¹ Als de full colour

portretten van glimmende en glunderende bestuurders, managers en directeuren op de cover van het magazine representatief zijn, dan wordt de zorg vooral gemanaged en bestuurd door blanke mannen (één vrouw in 2011). Maar dit terzijde. Boeiend is vooral de inhoud van het blad. Want wie dagelijks bezig is met patiëntenzorg op microniveau en ziet dat de discussies over zorg en marktwerking zich met name afspelen op macroniveau, krijgt via *Zorgmarkt* een prachtige en leerzame blik op hoe gezondheidszorg wordt georganiseerd op mesoniveau, op het niveau van instellingen en organisaties. En daar is de markt al lang niet meer weg te denken.

Zorgmarkt gaat dus over ondernemen in de zorg. Maar wat is ondernemen eigenlijk? Het (online) woordenboek van Van Dale houdt het kort. Ondernemen is 'op zich nemen' of 'beginnen te doen'. En een onderneming? Dat schept meer helderheid: 'een op winst gericht bedrijf dat voor eigen risico werkt'. Vrij vertaald naar de zorg: ondernemen in de zorg is winst halen (of quitte spelen) met een eigen initiatief waarbij je als zorginstelling of maatschap van artsen zelf de kosten draagt.

En wat zijn nu de domeinen in de zorg waarop het interessant is om als zorginstelling te gaan ondernemen? De themanummers van *Zorgmarkt* lichten een tipje van de sluier op. Tussen december 2010 en mei 2012 verschenen er acht en ze zijn grofweg in drie groepen in te delen. Een eerste groep van drie nummers richt zich op het ondernemen zelf, en dan met name de financiële kant ervan. Want, zo zagen we, een ondernemer wil winst maken en moet op de centen letten. Dat maakt het relevant om uitgebreid aandacht te besteden aan thema's als 'financiën' (Hoe kom je uit de rode cijfers?), 'baten in de zorg' (zorg levert gezondheidswinst en economische groei op) en 'rendement van zorg' (Hoe verhoog je efficiency?).

Een tweede groep themanummers focust op de infrastructuur en ondersteunende diensten van zorginstellingen. Zo is vastgoed en nieuwbouw een hot issue. Want wat betekent nieuwbouw voor de strategische positie van een ziekenhuis op de regionale patiëntenmarkt? En waarom is het juist nu interessant om bouwplannen in de *care*-sector ten uitvoer te brengen? Een ander themanummer in deze categorie gaat over ICT. De ontwikkeling van EPD's is hier een onvermijdelijk onderwerp. En dan gaat het niet over

het landelijke EPD dat de politieke gemoederen in Den Haag onlangs bezig heeft gehouden, maar over geavanceerde lokale elektronische dossiers die ziekenhuizen inkopen of zelf ontwikkelen. Tot slot is er een themanummer over personeelsbeleid, of HRM. Verschillende vragen komen daarin voorbij: Hoe voorkom je ziekteverzuim bij je medewerkers? En – heet hangijzer in de zorg – hoe beperk je personeelstekorten? Of, als zogenaamde flexpoolers hiaten in het personeelsbestand moeten opvangen, hoe kan dat dan kosteneffectief?

Een laatste groep van themanummers richt zich op het organiseren van patiëntenzorg. Zo is er een themanummer waarin de grootste doelgroep van de gezondheidszorg centraal staat: oudere mensen. Om zorg voor ouderen goed te regelen, zo wordt in dit nummer gesteld, moet deze worden toegesneden op de vier fasen van veroudering. Bij vitale ouderen is er namelijk sprake van een beperkte ziektelast; bij multimorbiditeit zijn er meerdere chronische ziekten en moeten complicaties voorkomen worden; kwetsbare ouderen kampen met functionele beperkingen; en (pas!?) bij afhankelijke ouderen is er een zorgbehoefte en is het doel kwaliteit van leven. Een ander nummer in deze categorie gaat over kwaliteit van zorg. Hierin wordt een kijkje genomen in een Zweedse regio waar de zorgkwaliteit toonaangevend is. Er is tevens aandacht voor de merites van ketenzorg (minder dubbel werk of miscommunicatie) en voor de actualiteit van 'zorgzaamheid' (een rondetafelgesprek met zeven heren) en menslievende zorg.

Markt en zorg: enkele bio-ethische kansen

Het voorgaande overzicht geeft een beeld van wat ondernemers op de zorgmarkt zoal bezighoudt. Om het beeld van hoe de markt al lang zijn plek heeft in de zorg wat meer te concretiseren, zoomen we verder in. In deze paragraaf passeren drie voorbeelden de revue. Daarin gaan zorginstellingen zelf de markt op, geven ze ruimte aan marktactiviteiten of gaan ze te rade bij andere markten om de eigen organisatie te verbeteren. Telkens zijn er interessante bio-ethische kwesties aan de orde.

1. Materialen

Zorginstellingen gaan voortdurend zelf de markt op om medische materialen, apparaten en toepassingen

aan te schaffen. Neem bijvoorbeeld de magazijnen van OK-complexen. Die liggen boordevol: van kunstheupen tot diverse soorten hechtdraad en van pacemakers tot stapels verbandgaasjes. Al deze zaken moeten worden ingekocht, het liefst voor een schappelijke prijs. Vooral bij duurder medische producten vergt dat enige organisatie. Zo'n inkoopproces is complex, waarbij allerlei overwegingen rond integriteit en machtsverhoudingen een prominente rol spelen (Boonen & Olt-huis, 2011). Iets anders is de afvoer van al dat materiaal na gebruik. De afvalzakken op OK's zijn fors. Terwijl het voor iedere burger normaal is papier, plastic, gft en restafval te scheiden, staat dit in ziekenhuizen nog in de kinderschoenen. Duurzaam gedrag en beleid moeten nog ontwikkeld worden (zie ook het vorige nummer van *Podium voor Bio-ethiek* over duurzaamheid).

2. Zorgboulevards

Op de tweede plaats huisvesten zorginstellingen en met name ziekenhuizen zelf marktactiviteiten. Hedendaagse ziekenhuizen lijken steeds meer op NS-stations waar talloze voorzieningen tot de beschikking van de reiziger staan. Die kan voor zijn koffie soms kiezen uit maar liefst vijf verschillende aanbieders. Ook 'zorgboulevards' in ziekenhuizen veranderen langzaam in heuse winkelstraten. Nu zijn niet de gehaaste reiziger of rondhangende scholier de doelgroep, maar de patiënten en andere bezoekers van het ziekenhuis. Men kan er terecht voor koffie en taart in het DE-café, voor een snelle maaltijd (weekaanbieding: schnitzel met frites en salade), fris of een biertje in de brasserie, voor een gehoorapparaat bij de audicien, en voor een rollator bij de thuiszorgwinkel. Daarnaast zijn er winkels voor bloemen, babykleding, bad- en onderkleding en is er een kiosk voor tijdschriften, cadeautjes, snoep en ijs. Met andere woorden, zodra mensen een ziekenhuis binnenkomen wordt er een beroep op hen gedaan als consument. Paradoxaal – en interessant in bio-ethisch opzicht – is dat de actualiteit van een gezonde leefstijl en preventie van ziekte hier ver te zoeken is. Waarom grijpt een ziekenhuis niet de kans om het goede voorbeeld te geven en de nadruk in het assortiment te leggen op gezonde voeding; verse sappen, een saladebar, etc.? Is daar geen markt voor of valt er te weinig aan te verdienen?

3. Organisatieprocessen

Ten derde gaan zorginstellingen te rade bij andere

markten om van hen te leren op het gebied van organisatieprocessen. Geïnspireerd door autofabrikant Toyota introduceren ziekenhuizen bijvoorbeeld 'lean' werken in de gezondheidszorg.² Kern van 'lean' is het continu verbeteren van organisatieprocessen zodat alles van waarde ('wat waarde toevoegt') overblijft en vormen van verspilling (wachten, teveel lopen, teveel doen, teveel voorraad, etc.) voorkomen worden. In de praktijk betekent dit dat ziekenhuismedewerkers uitgedaagd worden om voortdurend te reflecteren op en experimenteren met hun werkprocessen en problemen gezamenlijk aan te pakken. Belangrijk hierbij is het letterlijk (met film, foto of in een visgraatdiagram) in beeld brengen van processen om vervolgens samen te analyseren waar het beter kan. Van waarde is vervolgens 'alles wat bijdraagt aan het beantwoorden van de zorgvraag' en lean werken moet idealiter ten gunste komen van de verbanden tussen zorgverleners en patiënten en zorgverleners onderling. Hoewel, zoals u als bio-eticus onmiddellijk ziet, lean werken door en door moreel geladen is, spelen expliciete ethische overwegingen er slechts een marginale rol. Hier ligt een vruchtbaar onderzoeksterrein braak, op het snijvlak van organisatiewetenschappen, bedrijfskunde en bio-ethiek.

Tot slot

Als het gaat om bio-ethiek en zorgorganisaties, wordt er veel aandacht besteed aan het implementeren en continueren van moreel beraad of aan de beroeps-ethiek van artsen en verpleegkundigen. Maar wanneer we de blik richten op de wijze waarop zorginstellingen georganiseerd worden en hoe ondernemingszin enerzijds en allerlei markten anderzijds daarin prominent figureren, dan zien we dat er nog vele andere bio-ethische kwesties het overdenken waard zijn. Het is aan u om die markt op te gaan. De relevante morele vragen liggen er voor het oprapen.

Dr. Gert Olthuis is postdoc-onderzoeker bij de leerstoelgroep Zorgethiek (www.zorgethiek.nu) van Tilburg University. Hij is nauw betrokken bij het Programma Menslievende Zorg (zie Olthuis & Leget, 2012) in het St. Elisabeth Ziekenhuis, ook in Tilburg. Per 1 september 2012 volgt hij Wim Dekkers op als hoofdredacteur van het Tijdschrift voor Gezondheidszorg & Ethiek (TGE).

Noten

Zorgmarkt is een netwerk dat zich richt op managers, bestuurders en toezichthouders in de zorg. Het netwerk bestaat uit het magazine *Zorgmarkt* (10x per jaar), een website, een LinkedIn Group, een e-mailnieuwsbrief (2x per week), een app voor iPhone of iPad, het Jaarcongres *Zorgmarkt* met de verkiezing van de Zorgonderneming van het jaar en de *Zorgmarkt Academy* met seminars en workshops. Zie www.zorgmarkt.net voor meer informatie.

Voor deze passage heb ik gebruik gemaakt van het weblog van manager innovatie Marc Rouppe van der Voort (St. Elisabeth Ziekenhuis) over lean in de zorg: <http://leandenkenindezorg.blogspot.com/>.

Literatuur

- Boonen, M. & Olthuis, G. (2011). De Bermudadriehoek van het inkoopproces. *Zorgmarkt*, 5(5), pp. 13-15.
- Olthuis, G. & Leget, C. (2012). *Menslievende zorg in de praktijk. Berichten uit het St. Elisabeth Ziekenhuis*. Den Haag: Boom/Lemma.
- Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. (2012). *Publieke zaken in de marktsamenleving* (WRR-rapport 87). Amsterdam: Amsterdam University Press (te downloaden via www.wrr.nl)

Thema: Zorgen om marktwerking

Markt en zorg: een contradictio in terminis

Doeke Post

Sinds de Tweede Wereldoorlog is de groei van de zorg voor de overheid een continu aandachtspunt geweest en decennia lang, tot op de huidige dag, is gezocht naar beheersinstrumenten. Een sterke overheidsregulering liet niet het gewenste resultaat zien. Herstructurering, zoals dat in 1974 door staatssecretaris Hendriks werd gerealiseerd, door de zorg in echelons ('lijnen') te ordenen gaf ook geen afremming van de kostengroei. Toen het kabinet-Lubbers in de jaren '80 aantrad werd de commissie-Dekker ingesteld die op een totaal andere toer ging en de concurrentie als beheersinstrument wilde introduceren. Dat is uitgelopen op de nieuwe zorgwet van 2006 waarin de toenmalige minister Hoogervorst de markt als beheersinstrument introduceerde. Concurrentie zou de zorggroei gaan afremmen en de kwaliteit verbeteren, was zijn adagium. Vanuit ervaringen in andere landen was het toen al duidelijk dat juist de markt zou gaan zorgen voor een toenemende kostenpost en een afnemende zorgkwaliteit. De liberale ideologie won het van de rationele wetenschappelijke afwegingen: de markt in de zorg was een feit geworden.

Een analyse

De grote vraag is of markt past bij de kenmerken van de zorg. Hiervoor kijken we eerst naar de complexiteit van de zorgsector met de drie hoofdrolspelers en daartussen de overheid als beleidsbepaler en controleur. Het opvallende is dat, in tegenstelling tot een klassieke 'markt', er drie spelers zijn die onderlinge relaties onderhouden. In een markt is er traditioneel sprake van een vrager en een aanbieder waartussen ook een financiële relatie bestaat. De vrager wil een bepaald



goed, kiest dat zelf uit en betaalt dat ook. In de zorg hebben we te maken met een driehoeksrelatie waarin de spelers alle drie twee gezichten hebben. Het primaire proces is de hulpverleningrelatie: een proces waarin het geld geen rol speelt of liever mag spelen. Zorg dient te worden verleend vanuit betrokkenheid met de zieke. De kosten worden betaald door de third-party-payer, de zorgverzekeraar die enerzijds verzekeraar is voor de verzekerde en anderzijds bekostiger voor de ondernemer. De zorgaanbieder is dus tegelijk hulpverlener en ondernemer. Dat is een lastige positie en we zien daar ook problemen door. De ondernemer heeft de neiging om zoveel mogelijk te doen om geld te verdienen, terwijl de zorgverlener juist probeert op zinnige en zuinige manier hulp te verschaffen, om juist het goede voor de patiënt te zoeken. Die patiënt is gebaat met hulp die past bij zijn klacht; niet meer en niet minder. Binnen het primaire proces gelden de zorgvisieregels: aandacht, respect en, om het in oude woorden aan te geven, barmhartigheid en naastenliefde.

De overheid structureert de andere relaties door invloed uit te oefenen op de omvang van het pakket, de premiestelling en tarieven voor ziekenhuizen en zorgverleners. In mijn boek *De derde weg* wordt deze complexe zorg uitgebreid beschreven. Duidelijk is dat de complexiteit een groot probleem is als het om de beheersing gaat. De marktprincipes werken in deze complexe omgeving nauwelijks.

Wanneer we de marktprincipes analyseren komen we een aantal zaken tegen die contrair zijn aan de grondbeginselen van de zorg en aan de huidige invulling daarvan. Voor de markt geldt dat er een winst-oogmerk is en dat omzetverhoging een vanzelfsprekend is. Immers deelnemers aan de markt streven er steeds naar om elk jaar meer productie te realiseren

en daardoor de winst te vergroten. Concurrentie moet enerzijds zorgen voor lagere prijzen maar moet ook tot die omzetverhoging gaan leiden. Duidelijk is dat we in een markt uitgaan van het productdenken. We zien in de zorg dat er productomschrijvingen komen en er onderhandeld wordt over de hoeveelheid producten. Een typisch kenmerk van een markt is ook dat er geen solidariteit heerst: het is het recht van de sterkste. Rijken kunnen meer kopen dan armen.

In onze gezondheidszorg gaat het debat in de beleidsorganen, bij de overheid en in de politiek momenteel om het geld en niet om de zorg. Vaak wordt dat gedaan onder het mom van kwaliteitsverbetering.

Gevolgen van de markt in de zorg

Een recent onderzoek laat zien dat de concurrentie en de omzetmaximalisatie de kostenstijgingen voor een groot deel teweeg hebben gebracht.² Niet de vergrijzing, zoals Hoogervorst bij de introductie van de zorgwet ons voorspiegelde, is dus de grote kostenvergroter – deze draagt maar voor 15% bij aan de groei – maar het gaat om productiedraaien en het winstbejag. De huidige discussie over het maken van winst in ziekenhuizen en het ook aan aandeelhouders uitkeren, laat zien dat de marktideologie steeds verder gaat. Aandeelhouders willen rente op het geïnvesteerde geld zien. Ze zullen de Raad van Bestuur van de instellingen hierop aanspreken en die zal de medewerkers stimuleren de omzet en de winst te vergroten. Ook het idee van Minister Schippers om patiënten te dwingen naar ziekenhuizen te gaan waarmee de zorgverzekeraar een contract heeft past in dit liberale marktbeleid. De vrije artskeuze wordt opgeofferd om de markt zijn gang te laten gaan. Alleen als de patiënt het zelf wil gaan betalen en een restitutiepolis afsluit, geeft dat toegang tot de zorg van de eigen keuze. We zien hier in principe opnieuw de tweedeling ontstaan die vroeger tussen ziekenfonds en particuliere verzekering bestond. Rijken mogen kiezen, armen worden gedwongen.

De zorg is duidelijk financieel gedreven en dat beïnvloedt ook de kwaliteit in negatieve zin. We zien dat uit het rapport over het Maasstadziekenhuis waarin door een infectie patiënten stierven. De onderzoeksc commissie-Lemstra stelt dat er geen veilige patiëntenzorg was, dat dit ook niet het primaire doel was van de Raad van Bestuur maar dat het ziekenhuis te veel bezig

was met omzetgroei en markt.³ De patiënt betaalde de prijs hiervoor in de zin van afnemende kwaliteit. Het ziekenhuis werd geleid als een bedrijf en niet als een zorginstelling.

Omzetmaximalisatie leidt tot een teveel doen aan onderzoek en interventies, zo is duidelijk aangetoond in de Amerikaanse literatuur die ik in mijn boek over *Iatrogene Ziekten* al in de jaren '80 heb vermeld.⁴ We zien dat nog steeds. De omzet groeit. Er worden steeds meer onderzoeken uitgevoerd en ingrepen gedaan en zeker niet door de forse toename aan zieken. Teveel doen in de zorg leidt vaak tot schade aan de patiënt en daling dus van de kwaliteit.⁵ Bij te veel en onnodig onderzoek worden mensen zieker gemaakt, ook onder andere door het idee dat er wat aan de hand is. In een recente enquête onder medisch specialisten zeggen de meesten dat ze tegen winstuitkering zijn met in hun achterhoofd de toename aan schade voor de patiënt.⁶



The Golden Triangle van Donald W. Light

Hoe dan?

Weer terug naar de overheidsbeïnvloeding? Nee, niet weer de door de overheid geleide zorgsector. Dat werkte niet voldoende om tot beheersing te komen. De markt voortzetten? Nee, dat is een absoluut doodlopende weg, die tot onbeheersbare groei leidt en tot grote problemen in de kwaliteit. Ik pleit voor een derde weg en heb die in mijn boek over dat onderwerp ook heb uitgewerkt. Kort gezegd komt het erop neer dat twee zaken centraal moeten komen te staan.

In de eerste plaats zouden we de gezondheidszorg weer als een beleidsterrein moeten gaan zien waar de solidariteit als basis gaat fungeren, zoals door Donald Light in bijgaand figuur wordt geschetst.⁷ Op de basis van die solidariteit dienen we de verantwoordelijkheid heel centraal te stellen. Dat houdt in dat gezamenlijk wordt gewerkt aan de zorg om de kwali-

teit en de efficiency zo sterk mogelijk te bevorderen. De beroepsgroepen en de zorgverzekeraars dienen samen te werken en niet in voortdurende strijd te verkeren. Kwaliteitsverhoging gaat gepaard met een omzetverlaging omdat overtollige ingrepen verminderen. Zorgverzekeraars moeten gaan investeren in innovaties op dat gebied.

Maar ook van de zorgvragers mag gevraagd worden om verantwoordelijk om te gaan met de zorg en vooral ook om hun leefstijl te verbeteren waardoor er meer aan preventie wordt gedaan. Dat vergt voor de overheid een investering in preventieprogramma's.

Als dat gerealiseerd kan worden is er mogelijkheid om competitie door te voeren: niet op het geld maar op de kwaliteit. De zorgverleners mogen laten zien dat ze kwaliteit leveren en op grond daarvan in rankinglijstjes zo hoog mogelijk verschijnen.

Er zou tevens een herordening plaats moeten vinden waar veel meer op regiogebied de zorg wordt geregeld. Er zijn voorbeelden in de wereld, zoals in Australië waarbij er met regiobudgetten wordt gewerkt. Die budgetten zijn gerelateerd aan de zorgvraag in die regio. Samen verdelen en beheren de zorgaanbieders met de verzekeraars en de patiënten het geld. Het blijkt vanuit mijn eigen observaties in Australië dat de beheersing van de groei goed te realiseren is. Men hield zelfs nog over van het budget en mocht dat besteden aan innovaties. Recentelijk las ik ook dat in Duitsland in het Zwarte Woud geëxperimenteerd wordt met het regiobudget.⁸ En ook daar is het de ervaring dat men de kosten voor eerste- en tweedelijnszorg kan drukken

Daarnaast zal de overheid een bepalende factor moeten blijven. Immers het gaat hier om een publiek terrein, een dienstverlening waarbij kwaliteit en veiligheid belangrijke zaken zijn. De overheid is grondwettelijk gehouden de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden. Dat houdt in dat zij de solidariteit dient te garanderen en te bewaken. Daarbij zal zij de voorwaarden moeten blijven stellen waaraan het veld van de gezondheidszorg dient te voldoen, zowel financieel als kwalitatief.

Een contradictie

Zorg en markt zijn in wezen een contradictie. Toen een kinderarts bij zijn directie werd ontboden en hem

gezegd werd dat zijn omzet te laag was, stelde hij dat hij niet de medische studie had gedaan om omzet te maken maar om kinderen gezond te maken. “Een kind hoort niet in het ziekenhuis, alleen maar als dat niet anders kan”, zo stelde hij. De directie zweeg, had het ‘misschien’ begrepen. Het is een goede zaak dat op dit moment de discussie weer op gang komt om de marktwerking in de zorg te beperken. Het zal de kwaliteit ten goede komen. Ook de kostengroei zal dan minder worden.

Prof.dr. Doeke Post is emeritus hoogleraar Sociale Geneeskunde aan de Universiteit Groningen

Noten:

- ¹ Post, Doeke (2009) *De derde weg Een analyse en toekomstvisie vanuit vijftig jaar ervaring in de zorgsector*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- ² Nyfer (2012) Rapport “Integrale zorg in de buurt”
- ³ Commissie Lemstra maakte een rapport over de Klebsiella infectie in het Maasstadziekenhuis 2012-06-08.
- ⁴ Post, Doeke (1984) *Iatrogene ziekten, een onderzoek naar oorsprong en omvang*. Alphen aan den Rijn: Stafleu.
- ⁵ In het rapport van de cie-Dunning “Kiezen en delen” (1992) over de keuzen in de zorg wordt ook gesteld dat kwaliteitsverbetering de kosten doet dalen.
- ⁶ Visser, Joost (2012) Durfkapitaal voor het ziekenhuis. *Medisch Contact*, 67, pp. 761-4
- ⁷ Light, Donald W. (2000) *Handbook of Medical Sociology*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- ⁸ Maassen, Henk (2012), Geïntegreerde zorg in het Zwarte Woud. *Medisch Contact*, 67, pp. 690-3.

Too good to be true? Why ethicists need to assess the plausibility of technological promises

Federica Lucivero

Science and technology are paramount in defining our social practices. Computers and word processors define the practice of writing books differently from how ink and paper do. Similarly, molecular analyses of blood samples characterize the practice of diagnosing diseases differently from how an oral explanation of symptoms to a doctor does. If new technologies have a role in changing social practices, then they should be politically and socially governed. (Bio)ethicists involved in so-called ELSI projects (studying the Ethical, Legal and Social Issues surrounding new and emerging technologies) know this. Such reflection on future technologies enables our society to understand current technological developments, anticipate their role in our practices in the near-future, and ultimately make more cognizant decisions in the present.

Prospective evaluation is not easy. In our daily lives, we have a hard time anticipating the consequences of our own actions. The task becomes even harder when the consequences depend on a large network of interacting players. The greatest challenge comes when we want to evaluate the desirability of these future consequences. For (bio)ethicists studying new technologies, a future that has not yet been realized turns into an object of analysis and modulation. Emerging technologies are, by definition, “not there yet” and one can only assess their desirability by looking at the current expectations of their future development. Media are crowded with promises of new medical technologies: innovative drug-delivery systems for targeted treatment, portable diagnostic

Promovendi-column

de-VICES for health-monitoring, or artificial tissues for cell regeneration.

However, these expectations surrounding emerging technologies do not provide stable grounds for philosophers and ethicists to ask moral questions about the desirability of these innovations. Sociological and historical studies have shown that high expectations at early stage of technological development often have not materialized their promises. This is the case of genetic tests and their extensive use for diagnostics: the promises for personalized medicine risen at the beginning of the millennium around the Human Genome Project are still largely unrealized. Furthermore, technological promises can be brought to the fore by technology developers for strategic reasons. For example, the vision of a new portable diagnostic device for self-test of cancer can have, in some specific contexts, the role of attracting funding.

Philosophers of technology and applied ethicists cannot take expectations surrounding emerging technologies as descriptions of states of affairs. An epistemological analysis of the quality of these expectations is needed in order to address the future-oriented question of ethical and social implications of emerging technologies. How to assess whether expectations on emerging technologies are *too good to be true*? In my dissertation I address this question by articulating, implementing and justifying an approach to assess the *plausibility* of expectations on new and emerging science and technologies.

Federica Lucivero has completed her PhD dissertation at the Department of Philosophy at University of Twente. Her thesis, analyzing two cases of emerging diagnostic technologies, aims at developing a methodological approach to "Ethical Technology Assessment". She will defend her dissertation 19 July 2012.

Algemeen

Zicht op CEG signalemen-ten

Marieke ten Have

Onlangs is er een nieuw signalement van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG) uitgekomen. Het is een essaybundel met de naam "De mens centraal? Ethische dilemma's bij gezondheidsbeleid met goede zorg voor dier en natuur". De bundel is tot stand gekomen door de samenwerking van drie adviesraden: de Raad voor Dierenaangelegenheden (RDA), de Raad voor de leefomgeving en infrastructuur (Rli) en de Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ).

Doel van de essaybundel is om de aandacht van de medische wereld voor de invloed van omgeving op gezondheid eens om te draaien: wat is de invloed van volksgezondheidszorg op de omgeving? Of, met een concreet voorbeeld: is het gezondheidsadvies om twee keer per week vis te eten wel verstandig als we daarmee de oceanen leegvissen? Zo onderzoeken Marcel Verweij en Mariëtte van den Hoven de vraag of dit soort ethische conflicten wel fundamenteel oplosbaar zijn. Veelal wel, is hun conclusie, maar sommige mogelijk niet, zoals het vraagstuk van het antibioticagebruik; de zorg voor gezondheid en de zorg voor de natuur lijken daar fundamenteel te botsen. Henny van der Windt schetst enkele natuurvisies en laat zien dat die mogelijkheden bieden om natuur en gezondheid samen te laten gaan, zoals in 'plukbossen'. En Katinka Waelbers beschrijft hoe bestaande ethische commissies een rol zouden kunnen spelen in het afwegen van conflicterende belangen van mens, dier en leefomgeving. Zo zou het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen om informatie over het effect van geneesmiddelen op de leefomgeving kunnen vragen. Op 5 april werd de essaybundel aangeboden aan Louise Fresco, tijdens een bijeenkomst met presentaties van Pim Martens, Frans Stafleu en Frauke Ohl. De publicatie en een verslag van de bijeenkomst is te vinden op de website van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid (www.ceg.nl).

Het volgende signalement dat wordt verwacht vanuit het CEG heet “Ethiek en gezondheid: de nabije toekomst” Dit signalement geeft een vooruitblik op de nabije toekomst, en geeft een globaal overzicht van een aantal belangrijke ontwikkelingen en thema’s in de gezondheidszorg, de medische wetenschap en technologie en de ethische vraagstukken die daarmee gepaard gaan. Doel is om een bron van inspiratie te zijn voor de (ethische) beleidsagenda voor de minister van VWS en voor de werkprogramma’s van het CEG, de RVZ en de Gezondheidsraad. Daarnaast richt het signalement zich ook op partijen uit het gezondheidsveld (zoals zorgorganisaties en verzekeraars, de patiëntenbeweging en beroepsgroepen van zorgprofessionals) en het geïnteresseerde publiek. Naar verwachting zal het signalement in de loop van september verschijnen.

Andere thema’s waaraan momenteel wordt gewerkt binnen het CEG zijn:

‘Premiedifferentiatie en solidariteit in verband met (on)gezond gedrag’, ‘Prioritering van patiënten bij epidemieën’ en ‘Zelfmanagement patiënt en professionele autonomie arts’. In een volgende nieuwsbrief zullen we iets vertellen over de inhoud van deze signalementen.

Algemeen

Berichten van het Rathenau Instituut

Ingrid Geesink

Het Rathenau Instituut in Den Haag stimuleert de publieke en politieke meningsvorming over wetenschap en technologie. Daartoe doet het instituut onderzoek naar de organisatie en ontwikkeling van het wetenschapsysteem, publiceert het over maatschappelijke effecten van nieuwe technologieën, en organiseert het debatten over vraagstukken en dilemma’s op het gebied van wetenschap en technologie. Op deze plek komen lopende thema’s en projecten aan de orde en een vooruitblik op zaken die in de pijplijn zitten.

Overal robots

Robotrevolutie vraagt om actie! Onder die kop riep het Rathenau Instituut politici en beleidsmakers op 15 mei op om nu in te spelen op de wereldwijde robotica-revolutie. Als we weten welke taken we in Nederland wel door robots willen laten uitvoeren, en welke niet, kan Nederland optimaal gebruikmaken van de kansen van de wereldwijde robotica-revolutie. Dat is de hoofdboodschap van *Overal robots. Automatisering van de liefde tot de dood* (Boom, 2012), een inventarisatie van roboticaontwikkelingen: thuis, in de zorg, in het verkeer, bij de politie en bij de krijgsmacht.

Nu al worden robots gebruikt voor politietaken en ontmanteling van explosieven. In de toekomst zullen ze ervoor zorgen dat we langer zelfstandig kunnen blijven wonen en zullen ze de wegen veiliger maken. Maar om dit werkelijkheid te laten worden, moet er nog wel veel gebeuren. Lambèr Royackers, Floortje Daemen en Rinie van Est, de auteurs van *Overal robots*, signaleren dat er nog veel kloven bestaan tussen techniekontwikkelaars, beleidsmakers, politici en gebruikers en investeerders. Het Rathenau Instituut pleit ervoor om relevante wetgeving en aansprakelijkheidsregelingen op orde te brengen en na te denken over de ethische vragen en privacy kwesties rondom

robotica. Heldere beleidsvisies vormen een cruciale voorwaarde als Nederland straks over de kansen van de roboticarevolutie wil beschikken. Vooruitlopend daarop adviseert het Rathenau Instituut:

Verbied autonome, bewapende robots. De Nederlandse regering moet streven naar een internationaal verbod op autonome bewapende robots; beslissingen over leven en dood mogen niet geautomatiseerd worden. Een noodzakelijke voorwaarde van het internationale humanitaire oorlogsrecht is dat er altijd iemand verantwoordelijk gehouden kan worden voor een ongewenst gevolg. Er is een nieuwe wapenwedloop gaande op het gebied van bewapende robots. Internationale verdragen kunnen de proliferatie wellicht indammen.

Stel autorobots verplicht. Robotica kan de Nederlandse verkeersveiligheid aanzienlijk verbeteren. Beleidsmakers moeten daarom de verplichte invoer van rijtaakondersteunende systemen als het ISA systeem - een intelligente snelheidsassistent - serieus overwegen.

Denk na over zorgrobots. Een belangrijke voorwaarde voor het succes van robots in de zorg is dat de politiek snel aandacht besteedt aan de gevolgen van slimme robottechnologieën in de leefomgeving: welke taken willen we wel, en juist niet door robots laten verrichten? Welke nieuwe vaardigheden eist dit van verzorgers en patiënten? Denk ook na over privacy- en aansprakelijkheidskwesties.

Het boek *Overall Robots* werd 15 mei gepresenteerd in het Theater aan het Spui in Den Haag, in aanwezigheid van echte robots. De pers pikte de publicatie goed op, met berichtgeving in landelijke dagbladen, vakbladen en op de radio.

Voorgeprogrammeerd

Ook de nodige media aandacht was er voor 'Voorgeprogrammeerd: hoe internet ons leven leidt.' Voor dit nieuwe boek doken Rathenau onderzoekers Christian van 't Hof, Jelte Timmer en Rinie van Est in de wereld achter het Internet. Hoe wordt het informatieaanbod gestuurd? Hoe zien de verdienmodellen van aanbieders van online diensten eruit? De studie laat twee belangrijke trends zien. Ten eerste, wordt het web meer en meer gepersonaliseerd. De informatie en interface die de gebruiker te zien krijgt worden op zijn indivi-

duële gebruikersprofiel aangepast. Met elke zoekopdracht geven we ook informatie over wie we zijn. Wat we te zien krijgen, wordt daaraan aangepast. Ten tweede worden we als internetgebruiker steeds afhankelijker van internetgiganten. Aanbieders zoals Google en Facebook koppelen steeds meer diensten tot één ervaring en positioneren zich als de persoonlijke toegangspoort tot het internet.

Het Rathenau Instituut wil met dit onderzoek bereiken dat de discussie rondom online keuzevrijheid verder reikt dan privacy: "Als internetgebruikers verliezen we niet alleen de controle over onze persoonlijke data. Nog veel belangrijker, we verliezen ook de controle over ons informatieaanbod", zegt onderzoeker Christian van 't Hof. Het Rathenau Instituut vindt het daarom van belang discussie te voeren hoe we de samenstelling van ons informatie-aanbod zelf kunnen blijven sturen.

De publicatie 'Voorgeprogrammeerd: hoe internet ons leven leidt' werd op dinsdag 27 maart in het Paard van Troje in Den Haag gepresenteerd. Interviews en berichtgeving volgden in de landelijke dagbladen, online en in het VARA-televisieprogramma Kassa. Het programma zond in mei een interview uit met Frans Brom, Hoofd Technology Assessment, en riep kijkers op om goede voorbeelden van voorgeprogrammeerde informatie op internet in te zenden, die in een tweede uitzending die maand werden besproken.

De Pijlijn

Verschillende nieuwe projecten gaan van start dit voorjaar. Een groot project is *Patiënten weten beter*, waarin verhalen van patiënten centraal staan. Het project verzamelt en onderzoekt de ervaringen van patiënten en hun naasten met ziekenhuiszorg. De verhalen die mensen hier delen - positief en negatief - geven inzicht in de manier waarop patiënten en hun naasten ziekenhuiszorg ervaren en wat autonomie voor patiënten zelf betekent. Op basis daarvan wordt een manifest opgesteld met aanbevelingen voor ziekenhuizen om ziekenzorg beter af te stemmen op de wensen van de patiënt. Inmiddels is de website gelanceerd waarop mensen hun verhaal kunnen doen: <http://www.patiëntenwetenbeter.nl/site/Home/>

Een ander nieuw project heeft als titel 'de meetbare mens' en gaat over de toegenomen mogelijkheden

den om biologische functies in het menselijk lichaam door te meten en te monitoren, en daarmee te sturen op gezond gedrag. Denk aan de opkomende -omic wetenschappen en aan zelfmetende individuen in de quantified self beweging die met allerlei sensoren en apparaten hun leven loggen; van hartslag en calorie inname tot slaap en bewegingspatroon, medicijn en druggebruik, vruchtbaarheid en sekscyclus, genom data en medische geschiedenis. Wat zeggen al die data over de (verschuivende) verantwoordelijkheid voor ziek en gezond? En verandert het iets aan ons gedrag? Met die vragen gaat het project Meetbare Mens deze zomer van start met plannen voor een boek en expositie.

Verder zitten in de pijplijn een debat over leven en synthetische biologie, een publicatie over human enhancement en onderzoek naar persuasive technologies. Tenslotte staan we op het aankomende bioethiek wereldcongres in Rotterdam met een spetterende sessie 'bioethics meets biopolitics' waarin we grote namen uit de hedendaagse bioethiek in debat laten gaan met beleidsmakers en politici over de vraag wat dat oplevert voor de bestuurlijke praktijk, al die bioethische principes en idealen. Wees allen welkom op donderdag 28 juni in De Doelen!

Uit de Vereniging

Aankondiging volgende nummer

De redactie van het Podium nodigt ethici en andere geïnteresseerden uit om een bijdrage in te sturen voor het septembernummer 2012 over het IAB-congres 'Thinking Ahead'.

NVBe Podium - Themanummer IAB-congres 'Thinking Ahead'

Verschijnt: september 2012

Deadline insturen bijdrage: 23 augustus 2012

Woordlimiet: 1500

Het septembernummer van het *Podium voor Bio-ethiek* zal gewijd zijn aan 'Thinking Ahead'. 11th World Congress of Bioethics dat van 26 tot en 29 juni plaatsvindt in Rotterdam. Op dit congres komt de bio-ethiek in al zijn diversiteit aan de orde. Bezoekt u dit congres, dan zijn we geïnteresseerd in uw bijdrage. Denkt u bijvoorbeeld aan een verslag van een bijgewoonde workshop of lezing of een serieuze overdenking naar aanleiding van uw bezoek.

Wilt u een bijdrage insturen, neem dan vooraf contact op met de themaredactie:

- Dorine Bauduin (dbauduin@xs4all.nl)
- Heleen van Luijn (heleen@snelafstudereren.nl)