

Markt en zorg.
Filosofische grensverkenningen

Paul Cremers Lezing 13 april 2006
Rutger Claassen

Voorwoord

De Paul Cremerslezing stelt een podium beschikbaar aan sprekers die tegendraads en provocerend, maar met het hart op de goede plaats, hun visie op de ontwikkelingen in de zorg willen geven. Dat gebeurt in de geest van Paul Cremers.

Nog altijd is Paul Cremers voor veel mensen een inspirerende en stimulerende kracht, met name voor mensen die werkzaam zijn in de dienstverlening aan mensen met een beperking. Zijn inzet was bovenal gericht op de emancipatie van mensen die in de samenleving minder goed meekunnen. Zijn invloed was op vele terreinen merkbaar. Dat was enige jaren geleden, na het plotselinge overlijden van Paul Cremers, voor een aantal vrienden aanleiding om een jaarlijkse lezingencyclus te beginnen die zijn naam draagt. Als blijvende herinnering aan Paul Cremers.

U heeft nu de weergave van de vierde lezing in handen. De voorgaande lezingen hebben vanaf 2003 steeds een groot publiek geboeid. Niet alleen door hun aanwezigheid bij de lezingen, maar ook door de grote belangstelling voor de gepubliceerde teksten. Aan die belangstelling heeft het bestuur van de NVZD bijgedragen door ons de mogelijkheid te bieden de teksten jaarlijks mee te zenden met het maandblad ZM. We zijn hen daarvoor erkentelijk.

In de eerste lezing richtte Prof. dr. Paul Frissen onder de titel ‘Een pleidooi voor ontregeling’ zijn pijlen op de bureaucratie in de zorg. In de tweede lezing ‘Tegen grote distantiëring in de zorg’, bood Prof.dr. Andries Baart met zijn presentietheorie een eigen kijk op zorg en welzijn. In de derde lezing, ‘Schep nu je toekomst - Naar burgerschap en diversiteit in de ouderenzorg’ van Dr.

Martin Boekholdt werd ingegaan op de ouderenzorg.

De Paul Cremerslezing 2006 is verzorgd door Rutger Claassen. Hij neemt ons mee op een filosofische tocht waarop de marktwerking in de zorg- en dienstverlening wordt verkend.

Ook in 2007 zal er een Paul Cremerslezing worden georganiseerd. De lezingen worden als brochure gepubliceerd om ook een breder publiek te kunnen bereiken. Deze vierde brochure wordt wederom uitgebracht in samenwerking met het Nederlands Instituut Zorg en Welzijn (NIZW). Zoals steeds ondersteunt het bureau Leeuwendaal ons op allerlei wijze bij de voorbereiding en organisatie van de Paul Cremerslezing.

We wensen u leesplezier en inspiratie toe!
Namens het organiserend comité,

Willem de Gooyer
Voorzitter Stichting Paul Cremerslezing



Ruud Koolen, Hoofdredacteur Zorgvisie, verving op vakkundige wijze
Prof.dr. Flip de Kam die helaas door ziekte verstek moest laten gaan.

Bestuur Stichting Paul Cremers lezing

De heer **W. de Gooyer**,
voorzitter

De heer **H.R.Th. Kröber**

De heer **S.A.M. Reijnders**,
secretaris

De heer **J. Geijp**

Comité van Ondersteuning

Mevrouw **T. Netelenbos**,
politica

Mevrouw **E. Terpstra**,
voorzitter NOC-NSF

Mevrouw **A.W.D. Saers**,
directeur Per Saldo

De heer **L. Imkamp**,
wethouder te Roermond

De heer **L. Krol**,
AMC Amsterdam

De heer **P. Quaadvlieg**,
bestuurder Esdégé Reigersdael

De heer **H. Simons**,
voorzitter van Bestuur Stichting
Oosterscheldeziekenhuizen



Levensloop Paul Cremers

Paul werd op 4 april 1951 geboren in het plaatsje Montfort onder de rook van Roermond. Hij omschreef zichzelf als iemand met ruime ervaring met overheidsopdrachten, waarbij hij op een uitgebreid bestuurlijk, departementaal en landelijk netwerk kon bogen. Hij was trots toen hij eens op een congres als 'trendwatcher' ten tonele werd gevoerd. Van 1968 tot 1975 studeerde Paul sociale wetenschappen in Tilburg en filosofie in Nijmegen en Leuven. In de periode 1975 tot 1978 was hij achtereenvolgens leraar MO, regionaal beleidsonderzoeker en gemeentelijk beleids-medewerker. Van 1978 tot 1985 was hij beleidsmedewerker bij het openbaar lichaam Rijnmond. Een periode waarover hij smakelijke verhalen kon vertellen. Vanaf 1985 was hij vrijgevestigd interim-manager en beleidsadviseur, nog altijd woonachtig in Roermond. Een plaats waaraan hij verknocht was, net als aan het Limburgse land. Dicht bij België en andere landstreken waar volop culinaire genoegens te beleven zijn. Waarom zou een mens verhuizen? Paul heeft vele kilometers moeten 'vertreinen' of zich door zijn vrouw Karin laten vervoeren om zijn werk te kunnen doen. Hij was altijd bereikbaar en wist ook altijd direct anderen te bereiken. Zijn omgangstijl was uniek en immer gericht op het onderhouden van een goede relatie, maar tegelijkertijd vasthoudend aan de resultaten die geboekt moesten worden.

Geachte dames en heren,

Ik begin met een berichtje in de Volkskrant van februari jongleden:

“Ouderen die zich eenzaam voelen, kunnen voor 28,75 euro per uur gezelschap inhuren. Een bedrijf uit Oirschot biedt ‘sociale aandacht’ aan. Senioren kunnen een gezelschapsdame of -heer laten opdraven voor een wandeling, een spelletje kaart, winkelbezoek of gewoon voor een goed gesprek. ‘Onder ouderen is een nijpende, maar stille behoefte aan aandacht’, zegt directeur John Meulemans van DGM Ouderen Dienstverlening, die een gat in de markt denkt te hebben ontdekt.” (De Graaf 2006)

Is alles te koop? Het mag dan wel zo zijn dat bijna alle materiele dingen te koop zijn, en in toenemende mate zelfs alle diensten die mensen aan elkaar leveren; maar is het niet zo dat menselijke relaties zelf, bijvoorbeeld relaties van liefde of vriendschap, nooit te koop kunnen zijn? Gekochte liefde of vriendschap is immers geen liefde of vriendschap, slechts een onvolmaakt substituut. Maar komt de verkoop van ‘sociale aandacht’ daar niet akelig dichtbij? Toch moeten we voorbij morele opwinding en verontwaardiging onderzoeken wat er eigenlijk gaande is.

Dat marktwerking een groeiende rol van betekenis vervult in onze samenleving en ook in de zorg is bekend. Minder duidelijk is wat we eigenlijk onder marktwerking moeten verstaan, en nog minder hoe we ons ertoe moeten verhouden. Is marktwerking simpelweg een zegen; of juist een gevaarlijke en heilloze weg voor de zorg? Of is het de minst kwade van alle organisatievormen? (zoals men ooit over de democratie opmerkte dat het de minst slechte staatsvorm is). Ik pretendeer niet op deze vragen een pasklaar antwoord te hebben. Discussies over marktwerking zijn vaak verwarrend – deels omdat de materie complex is, deels omdat ideologische drijfveren snel de kop opsteken. Als het hier lukt de com-

plexiteit overzichtelijker te maken en de ideologie in te ruilen voor argumenten, is deze lezing wellicht al deels geslaagd...

De vraag is dus of marktwerking voor de zorg een al dan niet veelbelovende ontwikkeling is. Bij de beantwoording van deze vraag wil ik ten opzichte van de huidige discussie in Nederland het speelveld verbreden, en voorbij het standaardperspectief op marktwerking gaan dat we het laatste jaar zo vaak in de media hebben aangetroffen – het perspectief waarbij marktwerking stond voor de komst van een nieuw zorgstelsel met commerciële verzekeraars in de hoofdrol. Daarmee wil ik ook verder gaan dan de standaard-economische theorie, waarin marktwerking uitsluitend als een technisch probleem wordt opgevat. Deze theorie beschrijft de voorwaarden waaraan moet zijn voldaan om een werkende markt te creëren: er moet een veelheid van aanbieders zijn waaruit men kan kiezen, er moet voldoende informatie aanwezig zijn voor de consument, het mag niet te moeilijk zijn van aanbieder over te stappen, etc. Zijn deze voorwaarden ingelost, dan staat volgens de economische theorie niets de organisatie van zorg als een markt nog in de weg. De discussie spitst zich dan ook voortdurend op die voorwaarden toe. Ik zal echter een andere insteek nemen, en telkens vragen of de markt, hoe goed georganiseerd ook, wel recht kan doen aan dat wat goede zorg zou moeten zijn.

Laat ik beginnen met een definitie van de markt. De markt is het economisch organisatiemechanisme waarbij de vraag van consumenten vervuld wordt door een ruil van private goederen en diensten met aanbieders die elkaar beconcurreren en een winst oogmerk hebben. In deze definitie onderscheid ik drie elementen. Ten eerste is er de vraag van consumenten. Deze vraag wordt op de markt behandeld als een gegeven. De klant komt met een welomschreven vraag die door de aanbieder niet in twijfel wordt getrokken, maar zo goed mogelijk

I.
**‘De zorg als
product’**
– een ruil van
private goederen

bevredigd. Het tweede element is de ruil van private goederen en diensten. De veronderstelling is dat de vraag een object betreft dat helder kan worden afgebakend en van de ene naar de andere partij kan worden overgedragen (geruild). Het derde element betreft het karakter van het aanbod: dat komt tot stand door partijen die concurreren en daarbij winst mogen maken. Deze drie elementen tezamen definiëren wat het betekent om iets als markt te organiseren. Elk van deze drie elementen staat tevens in potentie op gespannen voet met ideeën over wat zorg zou moeten zijn. De rest van deze lezing behandelt dit drieluik, te beginnen bij het hart van mijn schema, de ruil; om daarna terug te gaan naar de vraag en tenslotte te eindigen met het aanbod.

Wil een ruil van private goederen überhaupt mogelijk zijn, dan moet aan drie voorwaarden zijn voldaan. Het goed in kwestie moet (i) afgezonderd kunnen worden van andere goederen, (ii) overdraagbaar zijn van persoon naar persoon en (iii) zijn waarde moet kunnen worden vergeleken met andere goederen van dezelfde soort (Radin 1996, 118; ook Kaveny 1999: 209 en Stone 2005: 284). Goederen die niet aan deze kenmerken voldoen, zijn niet geschikt om als marktgoed verhandeld te worden. Is dat het geval voor zorg? De kritiek van sommige denkers is op dit punt niet mals. Als zij zeggen ‘de zorg is geen product’, dan ligt daar vaak achter dat aan één of meerdere van deze voorwaarden niet is voldaan. Laten we dat onder de loep nemen.

Een eerste vraag is wat nu eigenlijk het goed is dat onder de noemer ‘zorg’ wordt geleverd. In standaardtermen is dat een behandeling: een operatie, kuur, spreekuur, persoonlijke verzorging, etc. Het gaat daarbij dus niet om een materieel product (hoewel dat erbij kan komen, zoals medicijnen) maar om een dienst; namelijk om de toepassing van materiele producten en kennis en kunde

van de behandelaar op een ziekte. Het is echter de vraag of het wel juist is de behandeling als het object van zorg te definiëren. In haar onlangs verschenen boek *Menslievende zorg* bekritiseert Annelies van Heijst deze definitie. In de behandeling, zo zegt zij, wordt de zieke – letterlijk - lijdend voorwerp, terwijl dat van goede zorg niet de bedoeling mag zijn. In plaats van zijn ziekte zou de zieke zélf het voorwerp van zorg moeten zijn. Het doel van zorg zou niet moeten zijn het beter maken van de persoon, maar het ‘de zieke bijstaan in zijn nood’. Dat kan tot een verbeterde gezondheid leiden, maar dat hoeft niet. Ook als er niets te genezen valt, is zorg op zijn plaats. In deze visie ligt de zorg in de relatie tussen zorgverlener en zorgontvanger, en niet in de behandeling (de interventie) van de zorgverlener op het lichaam of de geest van de zorgontvanger. Anders gezegd: zorgen is ‘geen daad maar een betrekking’ (Van Heijst 2005: 123, zie ook 52, 66; vergelijkbaar Mol 2006: 28-31 en Verkerk 2005: 44).

Als deze visie juist is, zou dat tot een radicale afwijzing van de markt in de zorg moeten leiden. In de moderne tijd veronderstellen wij immers dat alleen ‘dingen’ voorwerp mogen zijn van marktrelaties. Dat sluit twee categorieën uit: personen en hun onderlinge relaties, zoals vriendschaps- of liefdesrelaties. Als we personen verhandelen is dat slavernij – en dat achten we moreel ontoelaatbaar. Evenzo wordt een kritische grens overschreden als persoonlijke relaties tot voorwerp van markttransacties worden. Is dat het geval bij zorg? De kwestie valt of staat met wat we nu precies verstaan onder dat ‘tot voorwerp maken’ van de zieke, oudere of gehandicapte waarvoor gezorgd wordt. Bij talloze diensten wordt er iets geleverd in een menselijke relatie en is één van beide partijen in zekere zin voorwerp van transactie. Neem bijvoorbeeld de persoon die autorijlessen neemt – voorwerp van de transactie is in dit geval een persoonlijk vermogen, namelijk de rijvaardigheid van de lesnemende persoon. Het is niet de persoon zelf die



object van de transactie is, maar slechts een deel van hem. Ook is het niet de relatie tussen instructeur en leerling die doel is van de transactie – zij is slechts middel om een buiten die relatie gelegen gevolg te bewerkstelligen. De relatie is dus in dit opzicht instrumenteel, een zakelijke relatie. Als de relatie prettig is, is dat meegenomen, maar het is in strikte zin geen vereiste voor de transactie. Dat in tegenstelling tot bijvoorbeeld de niet-verkoopbare vriendschapsrelatie: als die niet prettig is, houdt het al snel op. Lijkt de zorgrelatie nu meer op de autorijlesrelatie of op de vriendschapsrelatie?

Van Heijst en anderen beweren het laatste. Weliswaar is het niet zo dat de zieke of afhankelijke persoon als geheel voorwerp wordt van de zorgtransactie, nee het gaat slechts om hem voorzover hij ziek is. Dat is een overeenkomst met het autorijlesvoorbeeld. Maar cruciaal is dat het in de zorgrelatie wel degelijk gaat om de relatie zelf. Een onprettige zorgrelatie is niet een vervelend bijkomend verschijnsel van op zichzelf goede zorg; nee het is de kern van wat zorg is. Gevolg van deze gedachtegang is dat de bovengenoemde drie kenmerken van een marktgoed niet op zorg van toepassing zijn. Ten eerste, als zorg een persoonlijke relatie van ‘bijstaan’ is, is de identificatie van het zorgproduct welhaast onmogelijk. Waar de zorg ophoudt, is dan niet meer te bepalen – dag en nacht kan de verzorgde op basis van de persoonlijke relatie een zorgvraag richten aan de zorgverlener. Deze zorg is grenzeloos, in tegenstelling tot het goed gespecificeerde zorgproduct dat de markt vraagt. Iedereen die als familielid of vriend, vrijwilliger of mantelzorger intensief voor kinderen, zieken of ouderen zorgt, zal die grenzeloosheid herkennen – hetzij als een waardevol iets, hetzij als een last, waarschijnlijk als beide tegelijkertijd. Wie als marktpartij zorg aanbiedt, mág dit echter niet herkennen – het product zorg móet grenzen kennen.

Dit betekent tevens dat de kenmerken van overdraagbaarheid en objectieve waardebeoordeling in de knel komen. Marktproductie vereist overdraagbaarheid van het product: persoon A kan goed x aan persoon B overhandigen. Wie A is en wie B (en wat x is) in de totstandkoming van het product zorg is echter helemaal niet zo helder. Als zorg in eerste instantie een relatie is, werken beide partijen mee aan haar totstandkoming. Dat de zorgverlener producent is en de zorgvrager consument, is een veel te simplistische voorstelling van zaken. Beiden zijn actief aanwezig als schepper van de zorgrelatie (Van Heijst 2005: 183). Deze relatie kan nooit aan een derde overgedragen worden: hij is uniek voor de twee personen die een zorgrelatie zijn aangegaan.¹ Uit die uniciteit volgt dat ook de vergelijkbaarheid schipbreuk lijdt. Het is onmogelijk bij ontevredenheid de zorgrelatie op te zeggen en dan op de markt een nieuwe relatie in te kopen 'met dezelfde waarde'. De conclusie van dit alles is: wordt zorg toch tot marktproduct gemaakt, dan wordt simpelweg een ander goed geleverd dan wat eigenlijk onder zorg verstaan moet worden; een onvolwaardig substituuat, gedefinieerd als een samenraapsel van handelingen (zoals het inmiddels beruchte steunkous-aantrekken in de thuiszorg in 2 minuten) die geabstraheerd worden van de zorgrelatie die eigenlijk centraal zou moeten staan.

¹ Een andere manier om te dit omschrijven is door te focussen op de vraag. De consument komt niet met een helder omschreven vraag naar de markt. In de zorg komt in veel gevallen de vraag pas in de interactie met de zorgverlener tot stand. Dat is de logische consequentie van het feit dat een patient niet alleen kan oordelen over zijn eigen ziekte: de diagnose moet tenslotte door de deskundige arts gedaan worden. Dit biedt allerlei mogelijkheden voor de arts om de vraag te beïnvloeden, zelfs te manipuleren – om bepaalde geneesmiddelen voor te schrijven en niet andere, om bepaalde behandeltrajecten voor te stellen en niet andere. Dit is niet alleen een probleem in de cure. Ook in de care, waar ziekte of kwetsbaarheid een langdurig of zelfs permanent karakter heeft, is de indicatie van de patient lang niet altijd eenduidig.

Wat moeten we nu met deze ‘de zorg is geen product’ kritiek aan? Eén mogelijkheid is een domein van toepassing te bepalen, vanuit de gedachte dat deze kritiek misschien wel geldt voor sommige onderdelen van de zorg, maar niet voor andere. Bijvoorbeeld, eenvoudige verrichtingen kunnen makkelijker als product worden aangemerkt dan langlopende intensieve zorgrelaties van chronisch zieken met onverhelpbare aandoeningen (Van Heijst 2005, 180). Het verschil loopt dan grofweg parallel aan het onderscheid tussen ‘cure’ en ‘care’. Daar liggen echter twee risico’s op de loer. Ook bij eenvoudige, of in ieder geval makkelijk te standaardiseren verrichtingen kunnen relationele aspecten van groot belang zijn. Door dat gedeelte van de zorg aan de markt over te laten dreigen die aspecten alsnog in de knel te komen. Iedere kliniek waarin gestandaardiseerde zorg onder tijdsdruk en druk van de concurrentie almaar efficiënter georganiseerd moet worden, kan op die relationele aspecten proberen te ‘bezuinigen’: als het niet behoort tot de definitie van ‘goede zorg’, verdwijnt dat noodgedwongen uit het blikveld. Een tweede risico is dat voor die vormen van zorg waarop de kritiek wel van toepassing is, de waarde van de persoonlijke relatie wel wordt erkend, maar dat deze op haar beurt als product wordt geïnstrumentaliseerd. Het ‘aanbieden van aandacht’ dat ik in mijn introductie noemde, is daar een mooi voorbeeld van. Dat zorg om menselijke relaties draait, wordt door de aanbieders in dat voorbeeld volop erkend. Maar daar hangt dan wel een prijskaartje aan... Kan het ook anders? Zijn er alternatieven voor marktgerichte zorg? In het algemeen kunnen we drie vormen van economische organisatie onderscheiden (dit zijn natuurlijk ideaaltypen: in de praktijk komen meestal mengvormen voor). De eerste vorm is via de markt. In het spel van vraag en aanbod tussen individuen komt een prijs tot stand. De tweede vorm is via de overheid. Door de overheid wordt een aanbod vastgesteld en geleverd aan een als rechthebbenden gedefiniëerde groep mensen. De derde vorm is via wat ik voor het gemak noem ‘het in-

formele circuit' (we zouden ook kunnen spreken van 'lokale gemeenschappen', 'civil society' of 'persoonlijke relaties'): door vrienden, familie, vrijwilligers en in het verlengde daarvan: maatschappelijke non-profit organisaties. Cultureel bepaalde groepsnormen en tradities, persoonlijke genegenheid en bereidheid bepalen hier of er een aanbod is dat aan de vraag tegemoet komt. Passen de tweede en derde vorm van voorziening - via de overheid en het informele circuit - beter bij het idee van zorg zoals hierboven gedefinieerd dan de markt? Voor de overheid lijkt hetzelfde te gelden als voor de markt: ook in een overheidssysteem moet een product gedefinieerd worden – dat overdraagbaar is en een prijskaartje kent. Met dat verschil dat de rekening nu bij de belastingbetaler terecht komt. Alleen de levering via het informele circuit lijkt echt recht te kunnen doen aan zorg opgevat als relationele activiteit: omdat de zorg niet hoeft te worden afgerekend (bij klant of belastingbetaler), hoeft zij ook niet te worden geïdentificeerd als een product. Anders gezegd: de 'productstructuur' die eigen is aan zowel overheid als markt, wordt alleen echt doorbroken als zorg zich afspeelt buiten officiële en gefinancierde kaders. Toch moeten we dergelijke professionele zorg volgens mij niet afschrijven: ook al bestaat er een spanning tussen de ideale zorgrelatie en productmatige eisen, ook in het kader van de overheid en de markt kan goede relationele zorg tot stand komen. En er kunnen ook redenen zijn om het informele circuit niet voor alle zorg op te laten draaien.

Laten we dat tenslotte nader bezien aan de hand van het voorbeeld van zorg voor mensen met een handicap. Daar zien we het volgende beeld oprijzen: er is een omslag gaande naar zorg die mensen ondersteunt in hun mogelijkheden om aan de samenleving deel te nemen – het liefst als volwaardig burger. Deze 'vermaatschappelijking' impliceert een beweging weg van zorg door instellingen en naar zorg via het informele circuit. Het 'natuurlijke netwerk' (vrienden, familie,





buren, collega's) is de eerst verantwoordelijke voor de zorg, de 'support' van professionele zorginstellingen dient als aanvulling voorzover het natuurlijke netwerk de zorg niet aankan (Kröber, & Van de Siepkamp 2004: 18-21; zie ook Ellenkamp & Calis 2005 en SCP 2005a). Gegeven bovengenoemde bezwaren tegen zorg als product lijkt dit een goede ontwikkeling. Tegelijkertijd kent dit proces ook grenzen. Het risico bestaat dat de mogelijkheden van het natuurlijk netwerk overschat worden – met name bij mensen die door hun handicap grote moeite hebben om in de gewone maatschappij te functioneren. Het ideaal van volwaardig burgerschap mag niet als ideologie gaan functioneren waarmee noodzakelijke zorg onthouden wordt aan hen die geen volwaardig burger kunnen zijn. Juist voor hen die ziek, afhankelijk en kwetsbaar zijn, zijn ficties als gelijkheid en onafhankelijke individualiteit precies dat – ficties. Een tweede risico is dat het natuurlijk netwerk wordt overbelast. Het SCP constateerde dat onlangs al ten aanzien van mantelzorgers (SCP 2005b). In een samenleving waarin steeds dwingender van iedereen verwacht wordt, man en vrouw, jong en oud, dat hij een rol speelt op de arbeidsmarkt (het liefst full-time), is zo'n overbelasting geen denkbeeldig fenomeen. Het verschuiven van zorg van instellingen naar samenleving mag geen afschuiven worden.

De grenzen van de zorg door het informele circuit duiden erop dat er altijd behoefte zal zijn aan zorg door professionele instellingen (hetzij overheidsinstellingen hetzij marktorganisaties) voor dat wat het informele circuit niet kan, omdat haar mogelijkheden overschat worden of omdat zij overbelast is. En dan is de vraag onontkoombaar of de achter het natuurlijk netwerk liggende professionele 'support' beter als marktpartij of als overheidsinstelling kan functioneren. Op die vraag zal ik in het derde en laatste deel verder ingaan, waar ik over de aanbodzijde te spreken kom. Voorlopig is de conclusie: de zorg zal altijd deels ook een product zijn, dat door professionals geleverd wordt. De discussie moet

m.i. gaan over de vraag in hoeverre de overschatting en overbelasting van het informele circuit daadwerkelijk gaande is en welke rolverdeling daaruit voortvloeit.

Laten we nu kijken naar een ander onderdeel van het marktbegrip: de vraagzijde, onze zorgconsumptie. Op de markt is de klant koning – diens wensen vormen het uitgangspunt voor eenieder die iets aan wil bieden. Aan die voorkeuren worden geen extra eisen gesteld door de aanbieders op de markt, er worden geen vraagtekens bij gesteld of kritiek op geuit – elke wens is goed. Maar kunnen en moeten onze voorkeuren in de zorg altijd als een heilig uitgangspunt genomen worden? Met die vraag raken we één van de open zenuwen van de hedendaagse zorgdiscussie. Zijn onze wensen op de zorgmarkt er om altijd vervuld te worden? Of consumeren wij misschien wel teveel zorg?

De politieke antwoorden zijn op dit punt op zijn minst tweeslachtig. Enerzijds is de macro-budgettering met uitgavenplafonds losgelaten. De zorgvraag indammen leidde immers tot maatschappelijk onaanvaardbare wachtlijsten; de zorg moest kunnen groeien (Schut 2003: 12). Aan de andere kant worden er nieuwe instrumenten ontwikkeld om de zorgvraag af te remmen, waaronder eigen bijdragen, eigen risico's en ook eigen budgetten. Zo moet de klant 'bewuster' met zijn uitgavenpatroon omgaan. De impliciete boodschap is voor de goede verstaander helder: wij verbruiken teveel zorg. Het is een open vraag of achter deze maatregelen uitsluitend bezorgdheid over de collectieve lastendruk steekt, of dat hier ook een moreel oordeel wordt gecommuniceerd. Hoe dan ook, het helpt voorlopig allemaal niet: de vraag neemt alleen maar toe. Hoe komt dat? In Het eeuwig tekort (Claassen 2004) heb ik het proces van voortdurende behoeftencreatie in onze moderne samenlevingen proberen te verklaren. Boven

2.
De exploderende
zorgvraag
– een probleem van
schaarste

een bepaald minimumniveau, betoogde ik daar, is de oorsprong van onze behoeften sociaal van aard: ons verlangen naar status en erkenning van anderen is de motor achter veel van onze behoeften aan allerlei consumptie-artikelen maar ook onze behoeften ten aanzien van betaald werk. Dat betekent niet dat die behoeften onecht zijn; ze zijn wel degelijk reeel, en doen zich aan ons voor als even urgent als onze 'basisbehoeften'. Het betekent ook niet dat ze kunstmatig opgewekt worden door de almachtige marketingindustrie (zoals menig criticus van het kapitalisme zou zeggen). Nee, wij gebruiken ons behoeftenpatroon als symbolen voor onze identiteit; met wat wij verlangen drukken wij uit wie wij zijn en willen zijn. En die identiteit zetten we in de sociale markt – we willen er respect, waardering, status bij anderen mee afdwingen. Nu is dit natuurlijk niet het enige motief om meer te produceren of consumeren. We waarderen onze nieuwe auto, nieuw bankstel of nieuwe telefoon ook om haar snelheid, comfort of vele mogelijkheden. Dit directe nut van producten vormt een onlosmakelijk geheel met het sociaal nut dat we in de vorm van verhoogde status incasseren. Het is echter wel zo dat voorzover we consumeren en produceren omwille van het sociaal nut, we tegen elkaar opbieden in een sociale strijd die per definitie niet door iedereen gewonnen kan worden: de totale hoeveelheid status blijft gelijk. Ons geluk blijkt dan ook op hogere niveau's van welvaart niet meer te stijgen met het inkomen.

In hoeverre gaat deze analyse ook op voor de zorg? Is daar eenzelfde mechanisme van statusgerelateerde consumptie werkzaam? Op het eerste gezicht lijkt dat niet het geval. De oorzaken van de groei in de zorgconsumptie zijn divers maar minstens 50% van de kostenstijgingen komt voort uit verbeterde technologie. Daarnaast spelen factoren als de vergrijzing en de kosten van toenemende bureaucratie (Bomhoff 2002, 12). Wie zou dat alles statusconsumptie willen noemen? We waarderen zorg omdat een gebrek daaraan allerlei andere

levensdoelen bemoeilijkt of onbereikbaar maakt. We noemen het in enquêtes het allerbelangrijkste ingrediënt van een gelukkig leven, niet vanwege status-overwegingen, maar vanwege die bijdrage aan onze persoonlijke kwaliteit van leven.

Statusgerelateerde zorgconsumptie lijkt toch vooral iets van enkele uithoeken van de zorg, zoals de plastische chirurgie of de persoonlijke therapeut als statussymbool van CEO's, topsporters en andere coryfeeën. Dan gaat het dus niet over de medisch noodzakelijke zorg. Toch zijn er wel enkele belangrijke verbanden te leggen tussen onze groeiende zorgconsumptie en onze zucht naar status. Het eerste verband is indirect. Zorgconsumptie is niet zozeer zelf een uiting van statusdrang, maar wel (deels) een gevolg van statusdrang op andere terreinen. Allereerst is een steeds groter aandeel van de ziekten gerelateerd aan onze welvaart en aan een daarmee samenhangende ongezonde levensstijl. 'De twintig duurste ziekten van de toekomst zijn grotendeels het gevolg van te veel eten of drinken, van te weinig bewegen of roken.' (Reerink 2006). Daarbij komen de kosten van stress en andere klachten gerelateerd aan een te hoge werkdruk, geschat op jaarlijks 6 miljard euro (TNO 2005). Op deze indirecte wijze komt zo de keerzijde van de welvaartsgroei de gezondheidszorg binnen. De zorgbehoefte die het gevolg is van deze welvaartsziekten is legitiem wanneer zij eenmaal is opgedoken, maar het ontstaan van de behoefte is problematisch. Overgewicht, stress en roken zijn allang geen individuele keuzen meer, maar zijn door en door gemoraliseerd en gepolitiseerd.

Ook de technologie is niet zo onschuldig als op het eerste gezicht lijkt. Zij leidt er soms toe dat nodeloos lang wordt doorbehandeld (bijvoorbeeld rond het levenseinde) en stoppen met behandelen niet in beeld komt. Komt dat omdat instellingen meer geld verdienen met behandelen dan met niet-behandelen? Dat zou wel erg cynisch zijn. Waarschijnlijker is dat, zelfs in de afwezigheid van di-





recte marktverhoudingen, het medische systeem als gevolg van haar ‘interventie-ideaal’ van zorg, liever doorbehandelt: als er geen interventies kunnen worden gepleegd, voelen veel zorgaanbieders zich machteloos (Van Heijst 2005). Ons niet kunnen omgaan met eindigheid wordt dan omgezet in een nodeloze zorgvraag. Maar ook de gewoonte van huisartsen om patiënten weg te sturen met een pilletje omdat die dat zo graag willen, is een voorbeeld van zorgvraag die eerder uit onze cultureel bepaalde zucht naar zorg voortkomt, dan uit een objectieve zorgbehoefte. In dat geval vrezen we niet zozeer onze eindigheid, als wel dat we niet goed tegen onzekerheid kunnen: de ziekte gaat wellicht vanzelf ook wel over, maar met een medicijn in ieder geval en ook sneller. Dat de medicalisering van het dagelijks leven in sommige landen verder is voortgeschreden dan in andere, is een rechtsreeks gevolg van verschillen in dergelijke cultureel bepaalde opvattingen over wat goede zorg is, waarin de zieke als ‘zorgconsument’ steeds meer behandeling eist, of dat nu van de overheid is van de markt. Niet alleen tussen landen, ook op individueel zien we dat zorgconsumptie in algemene zin toch steeds minder bepaald wordt door ‘objectieve noodzaak’ en steeds meer door levensstijl. De traditionele veronderstelling dat verschillen in zorgconsumptie alleen door verschillen in ziekte verklaard kunnen worden, wordt daarmee begraven. De vraag van de consument wordt alles bepalend. Een laatste manier waarop statusconsumptie in de zorg zou kunnen doordringen, is als marktwerking ertoe leidt dat dezelfde noodzakelijke zorg voor sommigen wel en voor sommigen niet beschikbaar is. Zorg wordt dan een middel om te laten zien tot welke sociale klasse men behoort. Een gepensioneerde verpleegkundige vertelde mij onlangs een voorbeeld hiervan, dat nog in haar geheugen gegrift stond. In de bejaardentehuizen van voor en net na de Tweede Wereldoorlog waren er aparte vleugels voor bejaarde echtparen met verschillende financiële mogelijkheden. Soms kwam het dan bij jonge echtparen voor

dat van beide de ouders in hetzelfde tehuis woonden... maar in een andere vleugel. Bij ouderlijke bezoeken kon dat de nodige schrijnende situaties opleveren: het verschil in status werd in het hart van de zorg blootgelegd. Nu poogt ons nieuwe zorgstelsel van geregleerde marktwerking dergelijke situaties tegen te gaan (met de acceptatieplicht voor verzekeraars en de fiscale zorgtoeslag), maar het risico is niet denkbeeldig. Een eerste effect in die richting is al waar te nemen met de tweedeling tussen onverzekerden en verzekerden die tot stand is gekomen door de afschaffing van de verplichte verzekering. Of dat een begin is van meer ongelijkheid, kan ik niet goed inschatten. Als de zorgvraag onder invloed van bovenstaande factoren blijft stijgen, wordt een verschraling van het publiek gedekte basispakket echter wel steeds waarschijnlijker. Meer en meer voorzieningen worden dan alleen bereikbaar voor wie er zelf voor kan betalen, eventueel via een aanvullende verzekering (Post 2005: 37-38).

Wat zijn de alternatieven voor een marktgerichte omgang met zorgbehoeften? In Het eeuwig tekort onderscheid ik drie houdingen, drie algemene manieren om met behoeften om te gaan. Deze corresponderen grofweg met de drie economische mechanismen die ik eerder noemde: markt, overheid en informeel circuit. Ten eerste is er de kritiekloze houding, waarin de vrije uitoefening van behoeften aan het individu wordt overgelaten. Deze houding correspondeert met de markt als organisatiemechanisme en leidt, niet verbazingwekkend, tot een voortdurende groei van behoeften. Zo constateerde de Raad voor Volksgezondheid en Zorg met bewonderenswaardige eerlijkheid in één van haar adviezen: 'Een andere consequentie van het loslaten van de aanbodregulering is dat de vraag zal toenemen. Aanbod schept vraag. Dit leidt tot meer kosten en dat heeft weer invloed op de hoogte van de verzekeringspremies en/of op de omvang van het verzekerde pakket. Dit gegeven is inherent aan de keuze voor een open, vraaggericht systeem.' (RVZ 2002: 40). Cruciaal is hier dus de erkenning dat

de wijze waarop productie en consumptie georganiseerd wordt, invloed heeft op het niveau van consumptie zelf. De tweede houding is een strategie waarbij het niveau van behoeften door de gemeenschap wordt bepaald en eventuele doorboven uitstijgende behoeften van individuen met dwang worden ingeperkt. Deze houding correspondeert in de zorg met een beheersing door de overheid van zorguitgaven op macroniveau. Tenslotte is er een strategie van persoonlijke beheersing denkbaar (die ik de weg van de ‘ascese’ noemde), waarin eenieder zelf zijn behoefteniveau vrijwillig beperkt. Vrijwillig is hier een relatief begrip: namelijk in tegenstelling tot de dwang van de overheid. Kenmerkend voor deze derde houding, die correspondeert met het informele circuit als economisch mechanisme, is namelijk dat de informele groep en de daarin heersende culturele normen een grote rol spelen bij de bepaling van ieders individuele behoeften. Op straffe van sociale afkeuring en uitsluiting bepaalt de heersende cultuur dat het niveau van zorgconsumptie niet boven bepaalde gradaties uit mag stijgen. Het taboe op plastische chirurgie in bepaalde sociale kringen (‘doe maar gewoon dan doe je al gek genoeg’), of de sociale norm dat een verkoudheidje gewoon behoort te worden uitgezikt, zijn daar voorbeelden van.

In de praktijk vinden we ze alledrie tegelijk, in wisselende gradaties (we zouden van een permanente krachtmeting tussen deze drie kunnen spreken). Er zijn altijd sociale normen, er is – zeker bij ons in Nederland – altijd een overheid die probeert de kosten in de hand te houden, en er zijn altijd vrijgevochten individuen die zich van deze twee tegenkrachten niets proberen aan te trekken. Het is onmogelijk om in het algemeen te bepleiten welke van deze drie strategieën, of welke mix daarvan, we in het omgaan met onze behoeften moeten volgen. Laten we daarom weer kijken naar het voorbeeld van de zorg voor mensen met een handicap.

Juist voor deze groep is met de invoering van het persoonsgebonden budget een vorm van 'quasi-marktwerking' ingevoerd (Le Grand 1991). De marktwerking is 'quasi' omdat de consument op deze markt niet zijn eigen koopkracht aanspreekt, maar een budget toegewezen krijgt en omdat aan aanbodzijde weliswaar deels meerdere partijen elkaar beconcurreren, maar die partijen in allerlei opzichten nog steeds streng gereguleerd zijn. In termen van mijn drie organisatiemechanismen geschiedt de bepaling van behoeften hier door een mix van overheid en markt. De hoogte van het pgb wordt bepaald door de overheid die een indicatie moet stellen, maar de patient-consument is binnen die grenzen verder vrij in het invulling geven aan zijn zorgbehoefte. Is dat de beste manier om de relevante behoeften van deze groep vast te stellen? De inmenging van de overheid ten aanzien van de hoogte van het budget vermijdt een statusgerelateerde escalatie van behoeften en een eventuele pijnlijke tweedeling. Tegelijkertijd grijpt zij daarmee diep in in de vrijheid van individuen. Dat blijkt bijvoorbeeld bij de vaststelling door de overheid dat 'gebruikelijke zorg' (door inwonende partners) niet voor AWBZ-vergoeding in aanmerking komt (SCP 2005c: 124); of meer in het algemeen bij het feit dat de overheid met de WMO meer zorgtaken bij het informele circuit legt terwijl de meeste ouderen liever geen beroep doen op hun sociale omgeving en professionele hulp verkiezen boven mantelzorg (Struijs 2006: 47).

Het indirecte effect van welvaartsziekten en stressgerelateerde zorgproblemen speelt in de gehandicaptenzorg als ik het goed heb een minder grote rol. Dat is in een bepaald opzicht wrang, want hoewel op zichzelf gunstig bevestigt het tegelijkertijd ook de buitengesloten positie van deze kwetsbare groep: de 'work-and-spend cyclus' die vele anderen zo ziek maakt, gaat grotendeels aan hen voorbij. Voor deze 'economisch nutteloze groep' is de tweedeling niet een dreigend vooruitzicht maar een allang bestaand pijnlijk feit: de gewone maat-





schappij heeft (te) weinig met hen op. Dit is dusdanig sterk dat het SCP concludeert dat de ontoegankelijkheid van de samenleving de belangrijkste reden is om de toekomst van vermaatschappelijking somber in te zien (SCP a 2005: 59). Ook het gevaar van een technologisch geïnspireerde medicalisering lijkt in de gehandicaptenzorg minder aan de orde. Het gaat hier in eerste instantie immers om begeleiding, persoonlijke en huishoudelijke verzorging – kerntaken van de zorg waarin technologie ten opzichte van arbeid een beperkte rol speelt; niet bepaald statusconsumptie dus. Toch ondervindt de gehandicaptenzorg, en meer in het algemeen de care sector, wellicht ook de gevolgen van technologisering in de rest van de zorg. De cure sector investeert in dure technologie en de kosten stijgen, maar eenzelfde stijging wordt niet toegestaan aan de care, want de totaaluitgaven moeten in de hand gehouden worden. Zo wordt er de facto bezuinigd op ‘relationele zorg’ terwijl de ‘interventie-gerichte zorg’ wel mag groeien: met als gevolg een dubieuze allocatie tussen cure en care. In hoeverre hiervan sprake is lijkt me voer voor discussie.

Concluderend: laten we de inhoud en omvang van onze zorgconsumptie over aan de markt, dan leidt dat tot stijgende zorgkosten en een dreigende tweedeling in de zorg. Het alternatief is een maatschappelijk debat over die inhoud en omvang van de zorgconsumptie en beperkingen daaraan vanwege de overheid of informele normen. Tweedeling of beperking van individuele vrijheid: hier staan we voor een moreel dilemma. Mijn stelling is dat een tegenwicht tegen de onstuimige groei van onze zorgconsumptie wenselijk blijft – al was het maar omdat meer zorgconsumptie niet altijd meer gezondheid oplevert. De markt zal dat tegenwicht zeer waarschijnlijk echter niet leveren - de potentiële verdiensten op de zorgmarkt zijn daarvoor veel te lucratief.

3. Commercieel aanbod – en de motivatie van zorgverleners

Als derde en laatste deel van mijn drieluik wend ik me tot de aanbodzijde. Daar verschijnt de markt als een instrument dat instellingen dwingt tot concurrentie en in de gelegenheid stelt winst na te streven. Tussen deze kenmerken en de zorg liggen meerdere spanningen op de loer. Ik wil me hier concentreren op één van die spanningen; namelijk de invloed van concurrentie en winst oogmerk op de manier waarop zorgverleners hun werk moeten doen. Welke invloed heeft de markt op hun motivatie? En op de kwaliteit van de zorg die zij kunnen bieden? Floreren zij in een markt evengoed als daarbuiten? Deze vragen gelden zowel de mensen die onbetaald zorg aanbieden (mantelzorgers en vrijwilligers) als de betaalde zorgprofessionals.

Zorg kan vanuit een veelheid aan motieven worden aangeboden. De economen Folbre & Weisskopf onderscheiden zes motieven op basis waarvan mensen kunnen zorgen: altruïsme, verantwoordelijkheidsgevoel, intrinsiek plezier, de verwachting van een voor-wat-hoort-wat, een gecontracteerde beloning en dwang. Volgens hen kenmerken alleen de eerste twee zich door wat zij een ‘zorgende houding’ noemen. Bij altruïsme ontstaat de motivatie omdat het welzijn van de ander mij voldoening geeft. Bij verantwoordelijkheidsgevoel motiveren mij de verantwoordelijkheden die de samenleving aan mij toeschrijft. De derde en vierde motieven zijn volgens hen gemengd: hier wordt een zorgende houding gemengd met eigenbelang. Bij intrinsiek plezier als motief vermengt zich de zorgende houding met het plezier dat ik voor mezelf aan het zorgen ontleen. Bij de verwachting van een ‘voor-wat-hoort-wat’ zorg ik deels omdat ik verwacht dat dan ook voor mij gezorgd zal worden op een moment dat dat nodig is. Bij de laatste twee motieven ten slotte is de zorgende houding geheel verdrongen door eigenbelang: dit is het geval als ik zorg omdat ik een gecontracteerde beloning ontvang (meestal geld in de vorm van loon), of vanuit dwang zoals in sommige

traditionele culturen het geval was ten aanzien van de rol van vrouwen (Folbre & Weisskopf 1998: 174-179).

Dit laatste motief is voor ons niet zo van belang. Maar wat is nu het gevolg als het de geldelijke beloning als motief sterker in de zorg infiltreert ten koste van de eerste vier motieven? Die vraag is actueel geworden nu steeds meer mantelzorgers betaald worden uit het pgb van de mensen waarvoor zij zorgen. Op grond van het zojuist gepresenteerde model verdringt bij betaling (gecontracteerde beloning) zorg op basis van eigenbelang de zorg op basis van de eerste vier motieven, waarin een zorgende houding deels of geheel aanwezig is. Maar zo simpel is het niet. Zorg gemotiveerd door een beloning kan ook samengaan met zorg op basis van één of meer van de andere motieven. De beloonde zorgverlener kan ook door bijvoorbeeld intrinsiek plezier in het werk of een verantwoordelijkheidsbesef gemotiveerd worden. Zo'n mix van motieven komt op wel meer terreinen voor. Een recent Amerikaans onderzoek onder thuiszorgers bevestigde dat zorgverleners op zichzelf niet het gevoel hebben dat hun betaling een goede relatie met de persoon waarvoor zij zorgen in de weg staat. Sterker, zij ontwijken op een actieve manier het gesprek met hun cliënten over geld, eventueel in hun eigen nadeel (Stone 2005: 276). Wat daarentegen wel een grote invloed heeft op de motivatie van werknemers is de bureaucrativering ervan – dat wil zeggen de mate waarin derde partijen, of het nu overheden of managers zijn proberen het zorgwerk te definiëren, controleren en beperken. (Stone 2005: 282 e.v.).

Als we op deze gegevens afgaan, is direct tussen cliënt en zorgverlener geëgelde zorg het beste voor beide - dus zonder bemoeienis van derden. Of er nu voor betaald wordt of niet, is dan van secundair belang. In dat opzicht lijkt de rechtstreekse betaling van mantelzorgers uit het pgb een ideale regeling te zijn. Geen derde partij bemoeit zich dan met de aard van het werk, de duur van de

werkzaamheden, etc. Toch liet de staatssecretaris onlangs een onderzoek uitvoeren: zij wilde weten of mantelzorgers dezelfde zorg die ze voorheen onbetaald verleenden in de toekomst alleen nog betaald zouden willen leveren. Aan gezien nu al een groot deel van het persoonsgebonden budget aan mantelzorg besteedt wordt, is dat een zeer relevante vraag. De omvang van dit ‘monetarisieren van mantelzorg’ blijkt echter beperkt te zijn. Er blijken maar weinig mantelzorgers die aanvankelijk onbetaald mantelzorg verrichten, maar later betaald worden door degenen waarvoor zij zorgen uit diens pgb. Ook blijkt het aanbod van mantelzorg niet noemenswaardig af te nemen als de mogelijkheid ervoor te betalen uit het pgb geschrapt zou worden (Ramakers en Van den Wijngaart 2005). De intrinsieke motivatie onder mantelzorgers blijft dus groot. Dat blijkt ook uit een geheel ander gegeven: het feit dat ondanks een toegenomen arbeidsparticipatie de afgelopen 12 jaar het aanbod aan mantelzorgers gelijk bleef (SCP 2005c).

Laten we onze aandacht verschuiven van de mantelzorger naar de professional in de zorg en diens motivatie. Welk effect heeft beloning op diens motivatie? Als een ruimere beloning mogelijk is, kan dat ertoe leiden dat meer mensen zorg willen verlenen, gemotiveerd door de beloning. Maar het zou evengoed kunnen betekenen dat minder mensen zorg willen verlenen, omdat zij het gevoel hebben dat het alleen nog maar om het geld gaat, en de meer intrinsieke motieven in de zorg naar de achtergrond zijn verdrongen (Frey en Jegen 2001). Een hypothese is dat het aanbod een curve kent die eerst oploopt en dan weer daalt. Als de beloning heel laag is, willen weinig mensen werken in de zorg; stijgt de beloning dan stijgt ook het aanbod werkwilligen. Stijgt de beloning echter tever door, dan trekt de branche de verkeerde mensen aan, waardoor de ‘echt zorgende types’ wegblijven en het totale aanbod achteruit gaat (Le Grand 2003). Naast het aanbod zou ook de kwaliteit achteruit kunnen gaan als de



zorgverlener niet meer intrinsiek maar vooral extrinsiek gemotiveerd is. Voor zowel aanbod als kwaliteit geldt echter dat het effect van belonen onzeker is. Daarnaast is het onzeker wat het effect van marktwerking op de beloning van professionals is: afhankelijk van de marktstructuur kan het zowel lonen onder druk zetten als leiden tot hogere beloning.

Misschien is het daarom raadzamer voor de motivatie van professionals te kijken naar een ander effect van marktwerking: de inrichting en organisatie van het werk. Dat effect wil ik nu in het restant van dit deel onder de loep nemen. Wat gebeurt er als organisaties in de zorg op basis van winstoogmerk en onder druk van de concurrentie moeten produceren? Een kernbegrip bij deze discussie is het begrip 'beroepsethiek'. Kunnen professionals hun beroepsethiek hooghouden of zal er een erosie van professionele normen optreden? (zie o.a. Hilhorst 2004, RVZ 2002, Pellegrino 1999). De discussie laait regelmatig hoog op. Aan de ene kant wordt vaak beweerd dat marktwerking medische beroepsnormen ondermijnt. Denk hierbij aan het voorbeeld van de arts die op basis van haar eed die patient moet helpen met de grootste medische nood, maar door afspraken van hogerhand wordt gedwongen die patienten eerst te helpen met wie haar instelling een contract heeft; en patienten die onverzekerd zijn helemaal niet meer te helpen. Aan de andere kant is er de opvatting dat beroepsethiek een tegenwicht tegen marktwerking vormt. De ethiek zal de zorg behoeden voor kwaliteitsverlies en wantoestanden, want artsen en verpleegkundigen zullen de medische normen inzetten om marktwerking te verzachten en in goede banen te leiden waar dat nodig is.

In beide gevallen worden beroepsethiek en marktwerking als 'aan elkaar vreemd' gezien, soms zelfs als wederzijds vijandig. In het eerste geval leidt die vijandschap ertoe dat de ethiek telkens onder grotere druk komt te staan. In het tweede geval vertrouwt men erop dat de ethiek de rol zal kunnen blijven



spelen van behulpzaam tegenwicht. De vijandschap resulteert dan in een min of meer ongemakkelijke *modus vivendi*. In beide gevallen blijft er echter een fundamentele vreemdheid: de beroepsethiek stelt medisch inhoudelijke normen centraal voor het handelen, terwijl in de markt de wensen van de klant en de acties van de concurrent het handelen van de professional bepalen. Het is de vraag of die vreemdheid tussen marktwerking en beroepsethiek ook daadwerkelijk bestaat. Het kernprobleem in deze kwestie lijkt mij te zijn of concurrentie in de zorgmarkt op prijs of op kwaliteit zal worden gevoerd. In het eerste geval zullen medisch interne normen eerder in de knel komen: prijsverlagingen zullen niet alleen ‘efficiencywinst’ opleveren maar ook professionals onder druk zetten sneller en goedkoper te werken. Ontstaat echter een helder beeld (in diverse zorgsectoren) van wat kwaliteit is, omdat patiënten/consumenten hun vraag daaromtrent helder weten te articuleren en aanbieders daarop inspelen, én heeft de patient ook voldoende budget om op kwaliteit te kiezen, dan kan concurrentie ook gunstiger effecten hebben. Wat de zorgverlener ziet als iets dat de beroepsethiek eist, hoeft immers niet op gespannen voet te staan met wat de patient als goede zorg ervaart. Het zou raar zijn als dat a priori wel zo is, beide zijn immers op het welzijn van de patient gericht (ook al kunnen beide daar een andere interpretatie aan geven).

De vraag of de beroepsethiek vreemd blijft staan tegenover marktwerking hangt echter niet alleen af van het karakter van de concurrentie op de markt en de hoogte van het budget, maar ook van de vraag of de beroepsethiek zelf zich openstelt voor herdefinities van normen voor medische praktijken onder invloed van de consumentenvraag, patientenbewegingen, maatschappelijke discussies etc. Wat ‘de beroepsethiek’ voorschrijft is immers in veel gevallen niet meer eenduidig (voor zover het dat ooit was) maar aan continue verandering onderhevig en wat dat betreft spelen er meer ontwikkelingen dan alleen

toegenomen marktwerking. Beroepsethiek als ‘kritisch potentieel’ tegenover al te wilde vernieuwingen is goed, maar haar bij voorbaat de rol van een conservatieve ‘tegenspeler van de markt’ toedichten lijkt me onproductief. Wat wel van groot belang is, is de vraag of de beroepsethiek wordt beïnvloed door de markt in bovenstaande zin (door financiële eisen van bovenaf die het overleven van de organisatie tot doel hebben) of door de interactie met steeds mondiger en kritischer klanten.

Dat brengt me ook weer terug bij het punt waar het me om begonnen was: de motivatie van zorgverleners. Die motivatie lijdt sterk onder een opgelegd regime van verrichtingen. Zij hoeft echter niet te lijden onder een regime dat zich richt op de wensen van de zieke of zorgbehoevende. Wanneer die laatste centraal staat, kan het voor elke zorgverlener een uitdaging zijn daarop in te spelen. Dat vereist dan wel dat zorginstellingen deze drive van hun personeel niet frustreren. De fundamentele ambiguïteit van het begrip ‘ondernemer’ lijkt me hier van toepassing. De zorgverlener is meestal niet een ondernemer in de economische zin maar zij kan heel goed een ‘ondernemend persoon’ zijn, die tot het uiterste gaat om te zorgen voor die mensen die aan haar zijn toevertrouwd. Of zo’n houding kan floreren in een marktomgeving, hangt – zoals hierboven betoogd - af van de inrichting van de markt: van de publieke randvoorwaarden en controle, de mentaliteit van de deelnemers op de markt en het karakter van de concurrentie. Dat is minder simpel en daarom wellicht ook minder bevredigend dan wanneer we de zaak afdoen door een ‘logische contradictie’ tussen markt en zorg te poneren. Maar het biedt wel meer voer voor discussie...

In deze lezing heb ik drie aspecten van marktwerking onder de loep genomen. Ik vat de belangrijkste resultaten nogmaals samen aan de hand van de drie thema's:

(1) Zorg als product: de ethische kritiek op de 'zorg als product' benadrukt de relationele kant van zorg. Dit impliceert een kritiek op zorg als een verhandelbaar marktgoed, maar ook op zorg als bureaucratisch goed. Zorg via het 'informele circuit' voldoet nog het meest aan dit ideaalbeeld, maar is niet in alle gevallen mogelijk. Het informele circuit kan ook overschat en overbelast raken. Tegen deze achtergrond moet ook het debat over de 'vermaatschappelijking' van de zorg gevoerd worden.

(2) De toenemende zorgvraag is het gevolg van meerdere factoren, waaronder de vergrijzing en de technologie. Ook marktgewijze organisatie stimuleert echter de vraag. De gerichtheid op succesvolle interventies als goede zorg kan leiden tot overmatige medicalisering en een daardoor alsmaar toenemende vraag. Als alternatieve mechanismen kunnen de overheid en informele normen tegenwicht bieden. De vraag in hoeverre dat gewenst is, kunnen we het best per gebied van de zorg behandelen.

(3) De motivatie van zorgverleners kan onder druk komen te staan bij een meer marktgerichte aanpak. Het effect van beloning op de bereidheid mantelzorg te verlenen, is voorlopig echter gering. Voor professionals speelt beloning ook een rol, maar minstens zo belangrijk is de inrichting van het werk en de toekomst van de beroepsethiek. Slechts onder bepaalde voorwaarden kan een markt ontstaan die zich verzoent met een moderne, open en vraaggerichte medische beroepsethiek.





Over de inleider

Rutger Claassens is geboren in 1978. In 1996 begon hij een rechtenstudie in Utrecht. Tijdens zijn studie was hij vooral actief in Utrechtse debatvereniging UDS (Utrecht Debating Society) waar hij in 1998/1999 voorzitter van was. In 1999-2000 studeerde hij een jaar internationaal recht aan de Universiteit van Toulouse (Zuid-Frankrijk). Rutger studeerde in 2002 af in de filosofie, eindrichting praktische filosofie (vooral ethiek en sociaal-politieke filosofie). Zijn scriptie had als onderwerp de manier waarop wij met het verschijnsel 'schaarste' omgaan, en de manier waarop daarover in filosofie en sociale wetenschappen is geschreven. Een bewerking daarvan is in het najaar van 2004 verschenen in boekvorm onder de titel *Het eeuwig tekort*. Na een stage bij het Europees Parlement in Brussel, sloot hij in 2003 ook zijn rechtenstudie af. Sindsdien werkt hij als promovendus en docent voor de faculteit wijsbegeerte in Utrecht. Zijn promotie handelt over het onderwerp 'markt & moraal'. Verder coördineert en doceert Rutger voor het masterprogramma 'Filosofie in Bedrijf'.

Bibliografie

- Bomhoff, Eduard J. (2002). **Meer markt in de gezondheidszorg. Mogelijkheden en beperkingen.** Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- Claassen, Rutger (2004). **Het eeuwig tekort. Een filosofie van de schaarste.** Amsterdam: Ambo.
- De Graaf, Peter (2006). **‘Een praatje voor 28,75 per uur’**, in: Volkskrant, 20 februari.
- Ellenkamp, Joke en Willy Calis (2005). **Een vriend is een brug naar een grotere wereld. Mensen met een beperking en hun netwerken: theorie en praktijkvoorbeelden.** Utrecht: NIZW & Princenhofgroep
- Folbre, Nancy & Julie A. Nelson (2000). ‘For Love or Money – or Both?’, in: *Journal of Economic Perspectives* 14(4): 123-140.
- Folbre, Nancy en Thomas Weiskopf (1998). **‘Did Father know best? Families, markets, and the supply of caring labor’**, in: Avner Ben-Ner en Louis Putterman. *Economics, Values, and Organization.* Cambridge: Cambridge University Press, 171-205.
- Fraser, Nancy (1994). **‘After the Family Wage: Gender Equity and the Welfare State’**, in: *Political Theory*, 22(4): 591-618.
- Frey, Bruno and Reto Jegen (2001). **‘Motivation Crowding Theory. A Survey of Empirical Evidence’**, in: *Journal of Economic Surveys* 15 (5): 589-611.
- Heijst, Annelies van (2005). **Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit.** Kampen: Klement.
- Held, Virginia (2002). **‘Care and the Extension of Markets’**, in: *Hypatia* 17(2): 19-33.
- Hilhorst, M.T. (2004). **‘Goeddoen met winst maken. Naar een economisering van zorg en beroepsethiek?’**, in: *Economisering van zorg en beroepspraktijk (te downloaden op www.ceg.nl)*, 7-78.
- Hout, E.J.Th. van & K. Puffers (2004). **‘De waarde van de norm. Effecten van economisering op het handelen van artsen en managers in de ziekenhuiszorg’**,

- in: Economisering van zorg en beroepspraktijk (te downloaden op www.ceg.nl), 113-162.
- Le Grand (2003). **Motivation, Agency, and Public Policy: of Knights and Knaves, Pawns and Queens**. Oxford: Oxford University Press.
 - Le Grand, Julian (1991). **'Quasi-markets and social policy'**, in: *The Economic Journal* 101 (408): 1256-1267.
 - Nelson, Julie A. (1999). **'Of Markets and Martyrs: Is it OK to Pay Well for Care?'**, in: *Feminist Economics* 5(3): 43-59.
 - Kaveny, M. Cathleen (1999). **'Commodifying the Polyvalent Good of Health Care'**, in: *Journal of Medicine and Philosophy* 24(3): 207-223.
 - Klop, Kees (2002). **'Marktwerking in de gezondheidszorg'**, in: *Eelke de Jong. Markt en waarden*. Nijmegen: Valkhof Pers, 160-182.
 - Kröber, Hans en Pouwel van de Siepkamp (2004). **Leiding geven en community care. Van het managen van organisaties naar het organiseren van support**. Utrecht: NIZW & Princenhofgroep.
 - Mol, Annemarie (2006). **De logica van het zorgen. Actieve patienten en de grenzen van het kiezen**. Amsterdam: Van Gennep.
 - Pellegrino, Edmund D. (1999). **'The Commodification of Medical and Health Care: The Moral Consequences of a Paradigm Shift from a Professional to a Market Ethic'**, in: *Journal of Medicine and Philosophy* 24(3): 243-266.
 - Post, Doeke (2005). **'De nieuwe zorgwet en solidariteit. Een commentaar'**, in: **Ineke Palm (red.). De zorg is geen markt. Een kritische analyse van de marktwerking in de zorg vanuit verschillende perspectieven**. Rotterdam: Wetenschappelijk Bureau SP (te downloaden op www.sp.nl), 34-40.
 - Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2003). **Van patient tot klant**. Zoetermeer: RVZ (te downloaden op www.rvz.net)
 - Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2002). **Winst en gezondheidszorg**. Zoetermeer: RVZ (te downloaden op www.rvz.net)

- Radin, Margaret (1996). **Contested commodities. The Trouble with Trade in Sex, Children, Body Parts and Other Things**. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Ramakers, Clarie en Mary van den Wijngaart (2005). **Persoonsgebonden budget en mantelzorg. Onderzoek naar de aard en omvang van de betaalde en onbetaalde mantelzorg**. Nijmegen: ITS, Radboud Universiteit Nijmegen (te downloaden op www.its-nijmegen.nl)
- Reerink, Antoine (2006). **‘Wie niet stopt met chips eten, moet meer premie betalen’**, in: NRC Handelsblad, 24 januari.
- Schut, Erik (2003). **De zorg is toch geen markt? Laveren tussen marktfalen en overheidsfalen in de gezondheidszorg**. Rotterdam: Instituut Beleid en Management Zorg. Te downloaden via www.bmg.eur.nl
- Sociaal en Cultureel Planbureau (2005a). **Vermaatschappelijking in de zorg. Ervaringen en verwachtingen van aanbieders en gebruikers in vijf gemeenten**. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (te downloaden op www.scp.nl)
- Sociaal en Cultureel Planbureau (2005b). **De mantelval. Over de dreigende overbelasting van de mantelzorger**. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (te downloaden op www.scp.nl)
- Sociaal en Cultureel Planbureau (2005c). **Kijk op informele zorg**. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (te downloaden op www.scp.nl)
- Stone, Deborah (2005). **‘For Love nor Money. The Commodification of Care’**, in: Martha M. Ertman & Joan C. Williams. *Rethinking Commodification. Cases and Readings in Law and Culture*. New York: New York University Press, 271-290
- Struijs, A.J. (2006). **Informele zorg. Het aandeel van mantelzorgers en vrijwilligers in de langlopende zorg**. Zoetermeer: RVZ (te downloaden op www.rvz.net)
- TNO (2005). **Gezondheidsschade en kosten als gevolg van RSI en psychosoci-**

- ale arbeidsbelasting in Nederland.** (te downloaden op www.tno.nl)
- Tonkes, Evelien (2003). **Mondige burgers, getemde professionals. Marktwerking, vraagsturing en professionaliteit in de publieke sector.** Utrecht: NIZW.
 - Verkerk, Marian (2005). **‘Zorg is geen product dat je op de markt kunt verhandelen’**, in: Ineke Palm (red.). De zorg is geen markt. Een kritische analyse van de marktwerking in de zorg vanuit verschillende perspectieven. Rotterdam: Wetenschappelijk Bureau SP (te downloaden op www.sp.nl), 41-46.
 - Vorstenbosch, Jan (2005). **Zorg. Een filosofische analyse.** Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.
 - Zuuren, F.J. van (2004). **‘Marktwerking en ethiek in de kliniek: stemmen uit de praktijk’** in: Economisering van zorg en beroepspraktijk (te downloaden op www.ceg.nl), 79-112.



Te bestellen via www.nizw.nl/publicaties of bij
Adrepak, postbus 45 666, 2504 BB Den Haag,
telefoon (070) 359 07 20, fax (070) 359 07 01,
e-mail nizw@adrepak.nl.

Colofon

Vormgeving: Paradox Rotterdam - Delft - Tilburg
www.paradoxen.nl