

De wachtende werknemer¹: voor welke gezondheid kiest de gezondheidszorg?

Hans van Dartel

Hans van Dartel (1951) is beleidsmedewerker bij de Afdeling Ethiek van de Nederlandse Zorgfederatie. Adres: Nederlandse Zorgfederatie, Postbus 9696, 3506 GR Utrecht.

1. Inleiding

Maatschappelijke instellingen vormen vaak het terrein waar zich vraagstukken van sociale rechtvaardigheid aandienen. Neem de vraag in welke mate leerprestaties meegenomen dienen te worden als toelatingscriterium voor universitaire studies. Of de vraag of een voorkeursbehandeling van allochtonen en gehandicapten gerechtvaardigd is in het personeelsbeleid van instellingen en bedrijven. Ook al waarborgt de overheid door wet- en regelgeving bepaalde morele waarden ten aanzien van dergelijke kwesties, met die wetgeving alleen zijn de betreffende kwesties niet opgelost. De eigen verantwoordelijkheid maakt dat instellingen zelf hun weg moeten vinden in de normatieve benadering van de diverse vraagstukken op het gebied van de sociale rechtvaardigheid. Deze vraagstukken worden dan ook steeds meer uitgevochten op het niveau van de maatschappelijke instellingen zelf. Het idee van een terugtrekkende overheid heeft de rol van de verschillende instituties als verantwoordelijke participanten in discussies over sociale rechtvaardigheid nog versterkt.

Ook in de gezondheidszorg is dit het geval.² De wachtlijstproblematiek die zich daar voordoet, is zo'n thema waarvan de normatieve dimensie duidelijk op de voorgrond treedt. Het thema kent vele facetten³. Een recente kwestie betrof de vraag in hoeverre reglementair voorrang verleend zou kunnen worden aan bepaalde groepen cliënten. Met name speelde de vraag naar de toelaatbaarheid van voorrang op basis van niet-medische criteria: mag men werknenden voorrang verlenen boven niet-werkenden. Het gaat daarbij vooral om de medische behandeling in ziekenhuizen.

De politieke vraag naar de toelaatbaarheid van voorrangspraktijken in het huidige stelsel kent een tweetal ingangen: (1) het toelaten van privé-klinieken en (2) het verlenen van voorrang aan individuele cliënten in de reguliere zorg op basis van niet-medische criteria. Sommigen stellen dat er principieel geen verschil is tussen beide praktijken: in welk circuit de voorrang wordt gerealiseerd heeft geen betekenis voor het feit dat het om voorrang gaat. Maar in de maatschappelijke realiteit wordt wel verschil gemaakt. Voor de privé-klinieken geldt net als voor coffeshops een gedoogbeleid: ze mogen niet, maar zijn er toch. Voorrang voor werkenden in de reguliere instellingen wordt daarentegen kritischer gevolgd. Men tolereert dat er in de medische praktijk van het ziekenhuis incidenteel beslissingen genomen worden om aan individuele patiënten voorrang te verlenen. Anders wordt het wanneer het om instellingsbeleid gaat waarbij op niet-medische gronden standaard voorrang gegeven zou moeten worden aan een bepaalde groep van cliënten: werknenden.

In dit artikel gaat het om de opstelling van de reguliere zorginstellingen in deze kwestie. Hoe kiezen zij, tegen de achtergrond van de tweeslachtigheid van het overheidsbeleid, partij tussen verschillende normatieve perspectieven? Het eerste deel van dit artikel geeft een overzicht van standpuntbepalingen in het debat. De aandacht wordt vooral gericht op twee uiteenlopende normatieve perspectieven van waaruit het vraagstuk wordt benaderd. In beide perspectieven, hoe uiteenlopend ook, wordt gerefereerd aan dezelfde noties, die van rechtvaardigheid en solidariteit. Ze worden echter zeer verschillend geïnterpreteerd. Met het oog op de grote verschillen tussen deze twee perspectieven wordt aangetoond dat het refereren aan rechtvaardigheid en solidariteit als leidend

beginsel voor de discussie uitloopt op een impasse in de meningsvorming.

Het tweede deel van het artikel schetst een derde perspectief. Het gaat om een argumentatielijndie in de discussie een ondergeschikte rol speelt maar een mogelijke uitkomst uit de impasse biedt. Het aanknopingspunt bij deze argumentatielijndie is niet de notie van rechtvaardigheid, of van solidariteit maar die van gezondheid. Als argument voor een ontmoedigingsbeleid ten aanzien van voorrang voor werkenden wordt aangedragen dat het steunen van voorrangsiniciatieven een bepaald beeld van gezondheid uitdraagt dat op de lange duur averechte effecten heeft voor de gezondheidszorg.

2. Verschillende beoordelingen

De kwestie van de voorrangbehandeling van werknemers wordt op verschillende manieren beoordeeld. Voor sommigen is het een normatief zeer beladen kwestie die duidelijk maakt hoe er getornd wordt aan fundamentele principes van solidariteit en rechtvaardigheid in de verzorgingsstaat. Anderen vinden het daarentegen een relatief onbelangrijke aangelegenheid die opgelost kan worden door instellingen voor gezondheidszorg de vrije hand te geven creatieve oplossingen te zoeken voor financieringsvragen in de zorg.⁴

De overheid twijfelt bij haar standpuntbepaling tussen deze rivaliserende perspectieven. Zo toont in het voorjaar van 1996 de minister-president zich een aarzelende voorstander van voorrang voor werknemers. Hij beargumenteert zijn stellingname met een verwijzing naar de economische verliezen die gepaard gaan met de lange wachtlijsten. Minister Borst van Volksgezondheid spreekt in diezelfde tijd van 'gedogen' en van 'voorwaarden waaronder voorrang verleend mag worden'. In de zomer van datzelfde jaar stelt dezelfde minister Borst onder verwijzing naar het antidiscriminatiebeginsel uit de grondwet vast dat voorrang op niet-medische gronden niet kan. Hier botst het pragmatisch realisme van de politiek dat de economische ontwikkelingen koestert, met de bewakende rol van diezelfde politiek ten aanzien van de feitelijke geldingskracht van fundamentele rechtsbeginselen. In welke richting de balans van de politieke besluitvorming zal doorslaan, is tot najaar 1996 onduidelijk. Woog eerst het economisch nut het

zwaarst en vervolgens het rechtsprincipe van gelijkheid, in december 1996 geeft uiteindelijk het grondrechtenperspectief en de bezorgdheid om een maatschappelijke tweedeling de doorslag. Naast maatregelen om de wachtlijstproblematiek aan te pakken stelt het kabinet dat voorrang voor werknemers in de reguliere zorg niet getolereerd kan worden.

3. Reacties in het maatschappelijk veld

In het maatschappelijk veld heeft eerder een omgekeerde beweging plaatsgevonden. Verschillende partijen (verzekeraars, werkgevers, zorgaanbieders) hebben, geconfronteerd met de consequenties van wachtlijsten in de curatieve zorg, een principiële benadering achter zich gelaten en zijn opgeschoven naar een meer pragmatisch perspectief.

Voorjaar '96 is de pragmatische stellingname sterk beïnvloed door de privatisering van de Ziekte-wet. Met die maatregel wordt de urgentie voor de werkgevers om aan de discussie deel te nemen en die in een bepaalde richting te sturen danig vergroot. In reactie op de uitlatingen van minister Borst die met verwijzing naar het anti-discriminatiebeginsel de rem op het streven naar een niet-medische bevoorrechtiging van cliënten heeft gezet, wordt in de herfst van '96 een nieuw offensief ingezet van werkgevers en zorgaanbieders om gereguleerde initiatieven in de not-for-profit sector mogelijk te maken. De motieven zijn daarbij van verschillende aard. Voor de werkgevers is het van belang de kosten van uitval van werknemers zo veel mogelijk te beperken en de productiviteit zo hoog mogelijk te houden. Voor de aanbieders geldt een beheersmotief: het gevaar dreigt van een private markt die naast het reguliere circuit aan het ontstaan is en voor de reguliere aanbieders de krenten uit de pap zou kunnen halen. De reguliere aanbieders willen dan ook de kans zo klein mogelijk houden dat geld dat voor zorg in het not-for-profit segment goed gebruikt kan worden, wegvloeit naar commerciële marktpartijen.

4. Maatschappelijke verantwoordelijkheid

In dit beheersmotief dat zich hier bij de zorgaanbieders manifesteert, wreekt zich de tweeslachtigheid van het politieke beleid. Het gedoogbeleid ten aanzien van privé-klinieken geeft de reguliere zorgsec-

tor argumenten in de hand om zelf initiatieven te nemen. Die worden niet alleen opgehangen aan een bedrijfseconomische kapstok. Tevens wordt gesproken over de garantie voor een goede zorgkwaliteit, die beter in het beveiligde reguliere circuit geboden zou kunnen worden dan in de particuliere, op winst gerichte sector. Gelet op het reële bestaan van privé-klinieken zou het dan ook tot de maatschappelijke verantwoordelijkheid van instellingen voor gezondheidszorg behoren om de actuele vragen naar voorrang voor bepaalde categorieën cliënten zelf te gaan beantwoorden. Als de reguliere aanbieders geen voorrangsbeleid gaan hanteren, zullen anderen (commerciële) het immers wel gaan doen, met alle nadelen van dien, luidt de pragmatische redenering.

Conform de retoriek van de moderne managementvisie heeft men het over een 'win-win-win-situatie': voorrang geven aan werknemers resulteert op de eerste plaats in winst voor de werkgevers. Zij mogen immers hun werknemers weer eerder verwelkomen in het productieproces. Op de tweede plaats profiteren de reguliere instellingen van de mogelijkheid extra gelden in de wacht te slepen om de krappe budgettaire jas wat op te rekken. En last but not least profiteren in de reguliere instellingen niet alleen de werkenden die kunnen rekenen op een snellere behandeling, maar alle patiënten die door de vlottere afwerking van de rij wat sneller geholpen kunnen worden.⁵

5. Economisering van het debat

Het hele debat wordt zo steeds meer in economische termen verpakt (win-win-win). Dat past bij een tendens die duidt op een omslag in het denken over gezondheidszorg. Was de gezondheidszorg in het verleden een terrein dat amper in economische termen werd besproken en gewaardeerd, die periode lijkt definitief afgesloten. Een van de effecten is dat een ethisch-juridische manier van spreken over de gezondheidszorg steeds meer overvleugeld wordt door economische argumentaties. Dit *economisme* geeft een ethische beoordeling op voorhand al een minder relevant imago. Beleidsproblemen worden eerder behandeld als technische vraagstukken dan als morele kwesties. Tot in de definiëring van het debat over de wachtende werknemer wordt dit tot uitdrukking gebracht. Praten over 'de wachtende werknemer' is anders dan praten over 'voorrangsbeleid'. Spreken over

'zorgbemiddelings-initiatieven' geeft het thema een technisch, bijna 'waardevrij' aanzien. Terwijl dergelijke verschuivingen in de definiëring op nieuwe posities en ontwikkelingen in het debat duiden, ontdoen ze het debat meteen van zijn scherpe normatieve trekken: waarom nog langer zeuren en het maatschappelijk ondernemerschap in de zorg met moreel geneuzel frustreren? Waarom Robin Hood⁶ zijn gang niet laten gaan?

6. Tweedeling?

Ondanks alle pragmatische argumenten pro blijven er steeds tegenstemmen, met name ook van patiëntenorganisaties.⁷ Zij waarschuwen vooral voor het risico van een maatschappelijke tweedeling.⁸ Voorrangsbeleid voor werkenden zou de positie van hen die in de maatschappelijke processen toch al achteraan komen, verder uithollen. Uiteindelijk is dit standpunt gaan prevaleren in de beleidsvorming van het kabinet.

Door voorstanders van voorrangsbeleid in de reguliere zorg wordt hier tegen in gebracht dat het om zeer geringe aantallen zou gaan. Een maatschappelijke tweedeling als effect van voorrangsbeleid voor werkenden wordt in dat licht fors gerelativeerd.⁹ Verwijzingen naar een tweedeling worden door de voorstanders dan ook als niet ter zake doende aan de kant geschoven. Sterker: zij stellen dat een tweedeling juist dan wordt gecreëerd als zorgbemiddelingsinitiatieven in het reguliere circuit worden afgestraft en de arbo-diensten en werkgevers gedwongen worden uit te wijken naar privé-klinieken.¹⁰

Voor tegenstanders van voorrangsinitiatieven is zo'n bewering niet te begrijpen. Op grond van het standpunt dat de noodzakelijke zorg voor iedere burger op eenzelfde wijze toegankelijk dient te zijn, valt er met hen over voorrang op grond van andere criteria dan medische, niet te praten. Voorzover er enige discriminatie op andere gronden plaats vindt, dient die onder verwijzing naar de Grondwet te worden verworpen: men kan immers niet een beetje discrimineren. Het eventueel bestaan van voorrangspraktijken vraagt dan ook niet om navolging, maar juist om bestrijding. De bewering van voorstanders dat het geven van voorrang in de reguliere zorg een tweedeling juist zou tegengaan omdat het ontmoedigend zou kunnen werken voor de komst van privé-klinie-

ken, moet vanuit dit principiële perspectief als pertinente onzin worden beoordeeld. Of mensen nu in een privé-kliniek of in de reguliere zorg met voorrang worden behandeld, doet niets af aan het feit dat er voorrang verleend wordt.

7. Onverzoenlijke standpunten

De perspectieven van waaruit geredeneerd wordt, zijn uiteindelijk onverzoenlijk. De pragmatische opstelling vertrekt vanuit geheel andere vooronderstellingen dan de principiële tegenstanders. Daarmee is niet gezegd dat de stellingname van de principiële tegenstanders ethisch verantwoord zou zijn, en die van de pragmatici niet. Wel kan men stellen dat de normatieve referentiekaders waarin geredeneerd wordt, niet tot elkaar herleidbaar zijn. Zo moet vastgesteld worden dat de uitkomsten van de pragmatische redenering diametraal verschillen van de meer principiële benadering. Dat wordt duidelijk wanneer beide benaderingen gerelateerd worden aan de thema's van rechtvaardigheid en solidariteit.

Rechtvaardigheid kan men op verschillende manieren begrijpen.¹¹ Op de eerste plaats zou men rechtvaardigheid in de samenleving kunnen begrijpen als een inzet om hen die minder dan anderen in staat zijn zich in de samenleving staande te houden, de kans te geven beter deel te nemen aan de maatschappelijke processen.¹² Uitgaande van de hoge status die in onze maatschappij aan loonarbeid gehecht wordt, moet men zich in het licht van de genoemde interpretatie van rechtvaardigheid afvragen of initiatieven, die er op gericht zijn degenen te beschermen die zich al een duidelijke plek verworven hebben in de sfeer van de betaalde arbeid, wel op hun plaats zijn: zouden met betrekking tot maatschappelijke rehabilitatie niet juist de minst kansrijken in principe het meest bevoorrecht dienen te worden in toegang tot de zorg?

De hier gebruikte benadering van rechtvaardigheid past bij de principiële beoordeling van het vraagstuk van de wachtende werknemer. In de oordeelsvorming van maatschappelijke organisaties van werkgevers, zorgaanbieders en verzekeraars heeft zij het steeds meer afgelegd tegen de pragmatische benadering. In deze pragmatische benadering wordt veel meer gerefereerd aan utilistische en liberale¹³ interpretaties van rechtvaardigheid. Rechtvaardigheid

wordt dan gezien in het verlengde van een acceptatie van de verschillen tussen arm en rijk. In die lijn wordt het geven van voorrang verdedigd met een verwijzing naar de bijdrage van de economie aan de verdeling van goederen over allen: het is zaak om de economie zo veel mogelijk onbelemmerd haar gang te laten gaan. Alles wat kan bijdragen aan het vlotter doen verlopen van de economische processen is van groot moreel belang. Rechtvaardigheid wordt in deze optiek dan ook niet gerealiseerd door koste wat het kost vast te houden aan de beginselen van gelijkheid en solidariteit, maar juist door een inzet die de uitval van werknemers zo veel mogelijk beperkt en de continuïteit van de economische processen zo groot mogelijk houdt. Vanuit deze laatste optiek is het juist fair degenen die in het productieproces uitvallen positief te discrimineren en voorrang te geven, zodat zij weer zo snel mogelijk in het productieproces kunnen worden ingezet.¹⁴ Eveneens is het vanuit deze optiek fair om hen die niet deelnemen aan het productieproces, te vragen plaats te maken voor de economisch actieven.

De onderscheiden interpretaties van rechtvaardigheid leiden zo tot zeer verschillende uitkomsten in het debat over het voorrangbeleid: gaat men van de eerste interpretatie uit, dan verdienen juist zij voorrang, die bijvoorbeeld wegens ziekte en handicap al weinig kansen hebben. Men kiest dan voor de klassieke vorm van solidariteit: die van gezonden met zieken, van werkenden met niet-werkenden, van rijken met armen. Bij de tweede interpretatie zijn het juist de werkenden die voorrang verdienen. Vanuit deze interpretatie komt men ook tot een eigen invulling van solidariteit.

8. Solidariteit in het pragmatisch perspectief

Solidariteit kent in het pragmatisch perspectief twee verschillende invalshoeken. Op de eerste plaats gaat het ook hier om de solidariteit van allen met allen. Maar vanwege de erkenning van de bestaande schaarste in de zorg en van het belang om de economische processen in strijd met die schaarste zo ongestoord mogelijk te laten verlopen, wordt die solidariteit van allen met allen noodzakelijk begrensd. Daarbij zal een evenwicht gevonden dienen te worden tussen die zorg die voor eenieder toegankelijk zal kunnen zijn, en zorg die dat niet is. Met betrekking

tot de wachtlijsten vertaalt dit zoeken naar evenwicht zich in het zoeken naar criteria voor aanvaardbare wachttijden. Binnen de marges die deze genormeerde wachttijden stellen, zou het verlenen van voorrang op grond van niet-medische criteria gelegitimeerd zijn. Het kan dan gaan om werkenden maar ook om mensen die bereid zijn voor de snelheid van hulpverlening extra te betalen. Bij een zorgvuldig in acht nemen van de genormeerde wachttijden is het verlenen van voorrang dus niet strijdig met een solidariteit van allen met allen. Het hoeft geen betoog dat deze interpretatie fundamenteel verschilt van het klassieke begrip van solidariteit.

Solidariteit wordt door voorstanders van een actief voorrangbeleid vervolgens in verband gebracht met de positie van de betreffende werknemer. Bij deze visie op solidariteit gaat het om een vorm van onderlinge betrokkenheid in een deelcollectief dat niet de burgerlijke samenleving in zijn geheel omvat: de context is die van het bedrijf.¹⁵ Om uitval van medewerkers met gezondheidsproblemen te voorkomen wordt het belang van een snelle reëntree in het arbeidsproces beklemtoond. Bij deze invalshoek wordt benadrukt dat het risico van een sociaal isolement groter wordt naarmate de wachttijd oploopt. Verreëmding van de werkomgeving die het gevolg zou zijn van de lange wachttijden, zou negatief uitwerken op het herstel en de herintrede in het werk extra bemoeilijken. Gelet op dit risico is de inzet om mensen zo snel mogelijk weer deel te laten uitmaken van de (werk)gemeenschap waartoe ze behoren een uiting van zorg en solidariteit.

Bij beide pragmatische interpretaties van solidariteit wordt grote nadruk gelegd op deelname aan het arbeidsproces als het middel bij uitstek tot participatie aan allerlei maatschappelijke processen. Beide interpretaties onderstrepen het idee dat de bekwaamheid om te werken in onze cultuur een zeer betekenisvol criterium is voor maatschappelijke integratie. Tegen die achtergrond kan van de gezondheidszorg gevraagd worden een extra inspanning te leveren om mensen aan het werk te houden of snel weer aan het werk te krijgen. De vraag is echter of onder verwijzing naar deze solidariteitsinterpretaties van de gezondheidszorg gevraagd mag worden het criterium van de arbeidsparticipatie systematisch te hanteren om sommigen voorrang te verlenen bij het aanbieden van zorg. Met de introductie van de betrokkenheid op

loonarbeid als onderscheidend criterium zou het wachten op een plek in een instelling of op een behandeling door andere categorieën patiënten als minder betekenisvol worden gekwalificeerd. Het zou een zorgpraktijk impliceren waarbij de wisselende betekenissen van de gezondheid voor individuele cliënten ondergeschikt worden gemaakt aan het economisch nut dat aan die individuele gezondheid kan worden toegekend. De vraag is hoe instellingen voor gezondheidszorg zich tot een dergelijke uitwerking van het solidariteitsmotief zouden moeten verhouden.

9. Verschillen in wachten?

Ieder voelt het eigen leed het sterkst. Wanneer een individu een zorgvraag heeft, is de wens om snel geholpen te worden een wens die naar haar inhoud slechts zwak beïnvloed zal worden door de positie die iemand inneemt op de arbeidsmarkt. Voor een ieder die een gezondheidsklacht heeft is (langer) wachten op zorg een crime. Voor iedereen is een zo snel mogelijke herintegratie in de normale patronen en ritmes gewenst. Op individueel niveau maakt de plaats die men inneemt in de maatschappelijke processen in principe dan ook niet uit: voor de een gaat het om terugkeer in zijn seniorenwoning en de hervatting van de activiteiten voor de voetbalclub, voor de ander om het hervatten van de informele zorgarbeid in het gezin, voor een derde gaat het om het hervatten van de dagelijkse werkzaamheden in het bedrijf waar men een baan heeft. Snelle revalidatie is voor iedereen belangrijk.

Wanneer men nu op grond van het criterium arbeidsparticipatie verschil maakt tussen patiënten, verdraagt zich dat niet goed met deze persoonlijke beleving of waardering van patiënten. Bij het hanteren van het criterium arbeidsparticipatie gaat het om het laten domineren van een maatschappelijk betekenisverschil dat van buitenaf aan de situatie wordt toegekend, zonder dat rekening gehouden wordt met de persoonlijke beleving die ieder langer wachten onverdraaglijk maakt. Gelet op het naast elkaar bestaan van twee uiteenlopende perspectieven van waaruit men de kwestie beoordeelt, moet betwijfeld worden of het betekenisverschil dat voorrang voor werkenden mogelijk maakt, wel door alle rechtstreeks betrokken subjecten zal worden geaccepteerd.¹⁶ Ver-

volgens moet betwijfeld worden of er wel maatschappelijke consensus zal komen over het verlenen van voorrang aan werkenden. Houdt men vast aan de ideeën van rechtvaardigheid en solidariteit als belangrijke richtsnoeren in de zorg¹⁷, dan zijn deze twijfels op zichzelf al voldoende reden voor zorgaanbieders om terughoudend te zijn.¹⁸ Maar ze leveren geen afdoende argumentatie voor een solide stellingname in het debat.

Er is dan ook een andere ingang nodig die meer helderheid verschaft in de keuze van het perspectief dat men kan laten gelden. Daarvoor dient men de aandacht te verplaatsen van de uiteenlopende interpretaties van rechtvaardigheid en solidariteit naar het denken over gezondheid. Onder het debat over de toegankelijkheid van de zorg blijkt zich een tweede, misschien fundamenteleer debat af te spelen, dat niet zozeer de toegankelijkheid van de zorg als onderwerp heeft, maar veel meer de gezondheid zelf betreft die die zorg op het oog heeft. Met name is de vraag in hoeverre de gezondheidszorg uit de voeten kan met het idee van gezondheid dat hoort bij het pragmatisch perspectief. Vooral de effecten van deze ideeën op de relatie arts-patiënt en de waardering van zorg kunnen daarbij van belang worden geacht.

10. Het pragmatisch perspectief: gezondheid als de bekwaamheid tot loonarbeid

In discussies over de toegankelijkheid van de zorg is het pragmatisch perspectief in zijn algemeenheid steeds duidelijker de boventoon gaan voeren. Hoewel niet met zoveel woorden gezegd, wordt gezondheid daarbij steeds meer gezien als middel om te kunnen participeren in economische processen in de samenleving.¹⁹ Het rapport *Kiezen en Delen* van de Commissie Dunning dat een belangrijke element vormde in deze discussies, levert een goede illustratie van deze tendens waarbij, zij het op een wat verholen manier, sprake is van een economisering van de gezondheid. In de beschouwingen van de commissie over wat noodzakelijke zorg is, is participatie aan de gemeenschap een belangrijk element. Op het eerste gezicht lijkt het rapport daarmee aan te sluiten bij een principiële interpretatie van rechtvaardigheid die de minst bedeedden meer kansen geeft op maatschappelijke rehabilitatie, los van de vraag naar hun economische inzetbaarheid.

Een nadere analyse van het rapport maakt duidelijk dat een pragmatische lezing meer op zijn plaats is. Deelname aan de gemeenschap wordt door 'Dunning' gedefinieerd als 'de mogelijkheid van ieder lid van de gemeenschap normaal te kunnen functioneren zoals dat op dit moment in de Nederlandse samenleving geldt'. Op basis van het door de commissie Dunning voorgestelde selectiecriteria voor noodzakelijke zorg in combinatie met andere elementen in de tekst, trekt Sevenhuijsen de conclusie dat Dunning een benadering van gezondheid onderstreept waarbij deze vooral gezien wordt als *in staat zijn om te werken*.²⁰ Andere invullingen van de instrumentele betekenis van gezondheid, zoals de bekwaamheid van actoren tot het aangaan en onderhouden van relaties of tot het verlenen van zorg als waarde op zichzelf, komen in de schaduw te staan van deze economische definiëringen. De ondertoon van 'Dunning' past dan ook meer bij het pragmatische dan bij het principiële perspectief.

Wanneer men in de gezondheidszorg kiest voor voorrang voor werknemers bevestigt men de toenevende tendens tot gezondheidsdefiniëring in een economisch-instrumentele zin. Andere benaderingen van gezondheid als een waarde in zichzelf of als voorwaarde voor andere uitingen van menszijn dan loonarbeid, schuiven met die definiëring naar de achtergrond. Dat maakt de weg vrij voor een gezondheidszorg die haar legitimatie vooral ontleent aan haar bijdrage aan de maatschappelijke rehabilitatie van de 'cliënten' in economische zin. De vraag is in hoeverre de gezondheidszorg een bijdrage zou moeten leveren aan een verenging van het gezondheidsbegrip tot een dergelijke, zeer selectief-instrumentele opvatting van gezondheid.

11. Veranderingen in de patiëntenrol

Met een eng instrumenteel begrip van gezondheid als betekenisvol element in de zorg, dreigt onmiskenbaar een diskwalificatie van die vormen van zorgarbeid die niet of minder bijdragen aan economisch nut. Dat heeft effecten voor degenen aan wie zorg wordt verleend: zowel die patiënten die als werknemer een voorkeursbehandeling ondervinden als ook de anderen.

Een patiënt die als werknemer bevoorrecht wordt, wordt in het genezingsproces op een specifieke ma-

nier aangesproken. De opgave waarvoor hij zich gesteld ziet, is niet alleen betekenisvol voor hemzelf. De van hem verwachte bereidheid mee te werken aan het eigen herstel wordt tegelijkertijd een maatschappelijke plicht tegenover zijn werkorganisatie. Het genezingsproces wordt als het ware bezet vanuit de rol die de patiënt als werknemer in de maatschappij inneemt. De tijd die nodig is om te genezen, krijgt daarvoor een nieuwe betekenis: men zou kunnen zeggen dat de ziekte en het genezingsproces dat de patiënt doormaakt, een economische betekenis krijgen en zo ook met duidelijk nieuwe morele waarden worden toegerust. Genezen wordt onderdeel van het werk. In hoeverre deze specifieke moralisering van de ziektegeschiedenis vanuit het arbeidsethos positief uitwerkt in het proces van genezing is de vraag. Voorstelbaar is dat het proces van genezing in een aantal situaties niet bevorderd wordt door een prominenter invulling van de hersteltijd vanuit de werknemersrol: juist de distantie van het werk kan in bepaalde situaties een genezende werking hebben. Hoe men verder ook oordeelt over de relatie tussen arbeid en gezondheid, opmerkelijk is dat, terwijl de geneeskunde in een niet zo ver verleden juist de morele betekenis van ziektes en handicaps neutraliseerde, nu een omgekeerd proces zijn intrede lijkt te hebben gedaan. Heeft de geneeskunde door haar wetenschappelijke traditie een grote emancipatoire betekenis gehad door de loskoppeling van ziektes van morele oordelen over iemands gedrag en karakter, de economische herbezetting van het lichaam geeft aanleiding tot nieuwe verwevingen van de geneeskunde en de (arbeids)moraal. Ongetwijfeld zal deze morele herbezetting van invloed zijn op de relatie tussen arts en patiënt.

Zo zijn er effecten van voorrangbeleid denkbaar in de aanspreking van zieke werknemers, die door kunnen werken in de relatie tussen arts en patiënt. Daar zijn vragetekens bij te stellen: wanneer het genezingsproces dat iemand doormaakt conceptueel beschouwd moet worden als werktijd, in wiens opdracht werkt de behandelend arts dan? En wat betekent dat dan voor de contacten tussen behandelend arts en bedrijfsarts? In hoeverre is er nog sprake van een vrije artskeuze? Op welke manier dienen patiëntenrechten begrepen te worden wanneer de behandeling in de context van het arbeidscontract komt te staan? Welke effecten zijn er op de therapiekeuze,

bijvoorbeeld wanneer het gaat om een tijdvergende conservatieve behandeling of opereren?

12. De rehabilitatie van chronisch zieken en gehandicapten

Naast effecten op de werknemer-patiënt, zijn er evenzeer effecten in de zorg voor die categorieën patiënten en cliënten die in onze maatschappij (nog) niet (meer) de bevoorrechte plaats van werknemer hebben.

Hoe men het ook wendt of keert, de zorg voor met name chronisch zieken, voor gehandicapten, voor ouderen en voor mensen die een proces van langzame aftakeling doormaken, krijgt een andere betekenis. Zij wordt in het spoor van een maatschappelijke preferentie voor zorgarbeid die de gezondheid vooral als bekwaamheid tot loonarbeid definieert, als maatschappelijk minder betekenisvol weggezet. In een samenleving die haar beschavingsniveau uitdrukt in de wijze waarop juist aan dergelijke groepen een plaats wordt gegeven, roept een beleid dat de maatschappelijke rehabilitatie van de meer kansrijken op de voorgrond plaatst, ontegenzeggelijk vragen op. Wat betekent deze benadering van gezondheid voor de gezondheid van chronisch zieken en gehandicapten? Dreigt niet het risico van stigmatisering? Wordt de emancipatie van chronisch zieken en gehandicapten niet doorkruist door maatschappelijke participatie vooral gelijk te stellen met het verrichten van loonarbeid?

Wanneer men maatschappelijke participatie als betekenisvol criterium voor de toegankelijkheid van de zorg wil blijven hanteren is een bredere benadering gewenst, die hen die niet deel nemen aan het arbeidsproces niet op voorhand op achterstand plaatst. Dat vraagt acceptatie van het gegeven dat vele mensen een leven leiden dat gekenmerkt wordt door chronische ziektes en gebreken. Breekbaarheid in zijn vele gestalten is met andere woorden niet uitzonderlijk maar eerder een normaal deel van het leven. Zo stelt Sevenhuijsen: 'Maatschappelijke participatie zou een rechtvaardige maatstaf kunnen worden voor de beoordeling van de beschikbaarheid van gezondheidszorgvoorzieningen als we ervan uitgaan dat diversiteit, wisselvalligheid, fragiliteit, kwetsbaarheid en afhankelijkheid basisaspecten zijn van het menselijk bestaan, en als we niet redeneren van-

uit een standaard levensscript of een standaard gezond menselijk lichaam'.²¹ Juist in de gezondheidszorg manifesteert deze 'normaliteit' van de breekbaarheid zich iedere dag. Dat verdraagt zich slecht met een voorrangbeleid waarin een economisch begrip van het menselijk lichaam en zijn gezondheid gaat prevaleren.

13. De samenhang met andere ontwikkelingen

Uiteraard kan men zeggen dat een eventuele voorkeursbehandeling van werknemers geen rechtstreeks bericht aan de samenleving inhoudt over het bestaan van minder 'productieven'. Desalniettemin gaat het indirect wel om een kwestie die de maatschappelijke waardering van gehandicapt en chronisch ziek leven negatief kan beïnvloeden. Om deze negatieve effecten in het vizier te krijgen, is het van belang de maatschappelijke context waarin de discussie over voorrangbeleid plaatsvindt, in de evaluatie te betrekken. De discussie betreft geen geïsoleerd vraagstuk. Door de samenhang met andere gebeurtenissen en processen wordt de betekenis van het debat vergroot. Denk aan de speculaties over een genetisch paspoort en de gevolgen daarvan voor de inrichting van de samenleving. Of aan de negatieve effecten in de beeldvorming over gehandicapt leven, die onbedoeld samenhangen met de praktijk van prenatale diagnostiek en advisering. Wanneer men deze verschillende ontwikkelingen slechts fragmentarisch beschouwt en ze niet in hun onderlinge samenhang beoordeelt, mist men informatie over de uiteindelijke effecten. Juist in hun onderlinge samenhang beoordeeld, blijkt wat voor grote maatschappelijke impact ze hebben. Ook de thematiek van het voorkeursbeleid maakt deel uit van een grotere beweging waarbij het lichaam van mensen steeds meer een weerspiegeling lijkt te gaan zijn van iemands sociaal-economische status. Wanneer die interpretatie juist is, is dat een risico voor de maatschappelijke rehabilitatie van gehandicapten en chronisch zieken: hen wordt wel een plaats toegekend maar geen actieve. Hun rol in de samenleving is slechts een passieve en wordt verondersteld dat te blijven. De zorg die aan hen besteed wordt, komt weer eerder tot stand op basis van gunsten, dan op basis van rechten.

14. Einde debat?

Nu kan men zeggen dat met het kabinetsbesluit om voorrang voor werkenden in de reguliere zorg niet toe te laten, het probleem de wereld uit geholpen is. Dat is echter de vraag. Voorrangbeleid voor werkenden is met het kabinetsbesluit formeel onmogelijk gemaakt, tenminste in de reguliere zorg. In dezelfde periode dat het kabinetsbesluit genomen werd om voorrang in de reguliere zorg te verhinderen, werden door uitspraken van de Hoge Raad de handelingsmogelijkheden van privé-klinieken verruimd.²² De spanning in de beleidsvorming blijft dan ook voorlopig bestaan. Tegen die achtergrond moet niet uitgesloten worden dat voorrang via een verzekeringsarrangement in de sfeer van de wachtlijstbemiddeling geregeld zou kunnen gaan worden. In principe wordt voorrang op de wachtlijst daarmee een product dat te verkrijgen zou zijn voor ieder die er voor wil betalen. Zou daarmee voldaan zijn aan de formele eisen van gelijkberechtiging, de vraag is of via een omweg niet een praktijk wordt geïntroduceerd die nagenoeg dezelfde effecten heeft als de politiek gewraakte praktijk. Wanneer wachttijd in het reguliere circuit of daarbuiten 'weggekocht' kan worden door ieder die er voor wil betalen, zal immers beslissend zijn wie er voor kan betalen. Dat het juist de 'wachtende' werkgevers zullen zijn die hun werknemers zullen ondersteunen de benodigde premie op te brengen, is dan niet onwaarschijnlijk.

Maar zelfs als het debat met de uitspraken van het kabinet werkelijk beëindigd zal blijken te zijn, dan nog valt te veronderstellen dat het onderliggende thema van het debat op andere momenten en plaatsen weer op zal duiken: de economisering van de gezondheid is een beweging die aandacht zal blijven vragen in de meningsvorming over het maatschappelijk ondernemerschap van zorginstellingen. In die zin is het debat zeker niet voorbij en vraagt het beleidsmatige aandacht van de bestuurders in de gezondheidszorg.

15. Conclusie

Binnen de ontwikkelingen van de gezondheidszorg is het debat over de wachtende werknemer een van die arena's waar zeer concurrerende visies op de zorg op elkaar botsen. De effecten van het debat treft men niet

alleen in de vormgeving van de ziekenhuiszorg, maar ook op andere terreinen. Juist door de samenhang van ontwikkelingen op schijnbaar uiteenlopende beleidsterreinen van zorg, welzijn en sociale zekerheid worden effecten gegenereerd die duiden op essentiële veranderingen in ons begrip van gezondheid en van de zorg voor die gezondheid. Omdat het om indirecte effecten gaat, is het echter moeilijk ze in de discussies over de afzonderlijke ontwikkelingen te betrekken: ze dreigen in de schaduw van de ontwikkelingen te blijven. Toch is het belangrijk ze voor het voetlicht te halen om te voorkomen dat een evaluatie van de ontwikkelingen beperkt blijft tot met name economische afwegingen. Met betrekking tot de discussies over voorrangsbepaling in de zorg, is de vraag of het beeld van gezondheid niet te eenzijdig economisch verstaan dreigt te worden. Ook dreigt het zorgen zelf, zowel in een beroepsmatige context als daarbuiten, te eenzijdig economisch te worden geïnterpreteerd. Met die economisering wordt de gezondheid van mensen die niet deelnemen aan het arbeidsproces omdat ze te oud zijn, te jong, of om andere redenen niet tot arbeid in staat, als een maatschappelijk minder betekenisvolle gezondheid gezien. Economisering wekt de indruk dat vormen van actief leven die er buiten de sfeer van de loonarbeid zijn, niet zo'n belangrijke maatschappelijke waarde vertegenwoordigen. Alsof het burgerschap van mensen vooral een economische betekenis zou hebben, en buiten de sfeer van de markt geen waardevolle invulling zou kunnen krijgen. Een gezondheidszorg die vooral de homo faber als maatstaf voor haar activiteiten neemt, bewijst zichzelf en een groot deel van haar patiënten geen goede dienst. Wil men een verenging van gezondheid tot een economisch-instrumentele waarde voorkomen, dan verdient die interpretatie van rechtvaardigheid, waarbij voorrang verleend wordt aan hen die wegens ziekte en handicaps al weinig kansen krijgen, in de gezondheidszorg de voorkeur boven een interpretatie die de voorrang aan werknemers fiatteert.

Noten

1. Voor een overzicht over de uiteenlopende standpunten, motieven en redeneringen zie: Nationale Raad voor de Volksgezondheid, *De wachtende werknemer: achtergrondstudie over snellere hulpverlening in de gezondheidszorg*, Zoetermeer, 1995.

2. Vgl. CELAZ, *Maatschappelijke verantwoordelijkheid*

van instellingen voor gezondheidszorg, Utrecht, 1997.

3. Zie voor een overzicht van de wachtlijstproblematiek: CABLA, *Selectie van patiënten, wachtlijsten en modellen voor een rechtvaardige gezondheidszorg*, Utrecht, 1990.

4. Over morele aspecten van de kwestie en over de manier waarop de discussie zoals die zich vooral in de media voordoet, in eerste aanzet werd gereciperd in ziekenhuizen, rapporteert het onderzoek van M. Damme, *Moral management: casus 'Voorrangsbepaling in ziekenhuizen voor werkenden'*. NZf/CELAZ Utrecht, 1996.

5. De economische redenering van win-win-win gaat pas op, wanneer de extra inkomsten van overheidswege vervolgens niet gekort worden op het ziekenhuisbudget. In de actuele situatie is dat wel het geval. Maar zelfs als dat niet het geval zou zijn, dan is daarmee op zichzelf nog geen afdoende morele argumentatie geleverd voor het daadwerkelijk verlenen van voorrang op niet-medische gronden.

6. De notie van 'Robin Hood' over het toestaan van vormen van private financiering in de zorg, is geïntroduceerd door Van Montfort: C. Dam, Steeds meer mensen zijn bereid extra te betalen voor zorg. Prof. van Montfort pleit voor private financiering, in: *Patiënt en perspectief 2* (1995) 3, 14 – 16. De idee van Robin Hood is stelen van de rijken ten behoeve van de armen. Interessant is in dit geval de vraag wie hier de dief is, wie de rijke en wie de arme. Zo vanzelfsprekend is de rolverdeling niet.

7. Het referentiekader dat ontwikkeld werd om de condities aan te geven waaronder voorrang zou mogen verleend, werd in het voorjaar van 1996 niet ondertekend door de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie. Het is overigens opvallend dat patiëntenorganisaties slechts in beperkte mate deelnemen aan het debat. Zo waren op een discussiedag van het Nederlands Studiecentrum over wachtlijstproblematiek d.d. 29 oktober 1996 geen representanten van patiënten vertegenwoordigd als inleider, of deelnemer aan het slotdebat.

8. E. Hardeman, Twee keer plassen mag niet de norm worden. Fons Dekkers bang voor tweedeling in de zorg, in: *Patiënt en perspectief 2* (1995) 3, 10 – 12; Voor de discussie over een maatschappelijke tweedeling zie ook het themanummer van *Zorgvisie* 26 (1996), nr. 17.

9. Volgens een rapport van de Inspectie voor de Volksgezondheid dat in opdracht van minister Borst werd opgesteld, gaat het om ruim honderd patiënten in de eerste helft van 1996: M. Joosten, *Mag ik even passeren?; een inventariserend onderzoek naar wachtlijstomzeilende initiatieven*, Rijswijk 1996.

10. R. Blijlevens, beleidsmedewerker VNO-NCW op het gebied van de gezondheidszorg, geciteerd in *De Telegraaf*, 16-8-1996.

11. Vgl. M. Pijnenburg, *Verdelen van gezondheidszorg. Een bezinning vanuit christelijk perspectief*, Zeist 1991.

12. Deze interpretatie sluit aan bij een egalitaristische traditie waarin zij die het meest achtergesteld zijn de meeste kansen worden geboden gelijk aan anderen te worden in fundamentele aangelegenheden als welzijn en gezondheid (Vgl. Pijnenburg, o.c.).

13. Gaat een utilistische interpretatie uit van de idee dat het handelen dat het meeste bijdraagt aan de grootste gezondheid van het grootste aantal, het beste is, het liberale denken in de lijn van bijvoorbeeld Nozick stelt dat mensen geen ander recht

op zorg kunnen laten gelden dan het recht dat zij door koop verwerven

14. Streng geredeneerd dient volgens deze redenering aan de werknemer over wie bij uitval de duidelijkheid bestaat dat hij niet meer terug zal kunnen keren in het productieproces, geen voorrang verleend te worden.

15. Vgl. Th. Schuyt, Van verzorgingsstaat naar verzorgingskapitalisme, in: *Beleidswetenschap* 4 (1990) 2, 99 – 111.

16. a. In het debat is door voorstanders van voorrang voor werkenden wel aangevoerd dat niet-werkenden op basis van informatie over de situatie van een wachtende werkende, desgevraagd wel persoonlijk hun verworven plek in de rij ter beschikking zouden willen stellen. Nog afgezien van de eventuele juistheid of onjuistheid van deze bewering, dient opgemerkt te worden dat het argument niet ter zake is. De kwestie betreft immers nooit de persoonlijke inzet van de niet-werkenden: het appél is immers niet aan hen gericht maar aan de aanbidders, tot wier beslissingsbevoegdheid de aangelegenheid om voorrang te verlenen feitelijk gerekend moet worden.

b. In verband met de acceptatie van voorrang door betrokken patiënten zou men kunnen refereren aan het beroemde idee van Rawls dat men de morele juistheid van een beslissing zou kunnen beredeneren door uit te gaan van een 'veil of ignorance': stel dat u niet weet wat de toekomst u brengt, dat onzeker is of u werkend of niet-werkend zult zijn, hoe oordeelt u dan over een voorrangbeleid voor werkenden (Vgl. J.Rawls, *A theory of justice*, Oxford 1973, 136 vv)?

17. In de medische ethiek wordt het principe van rechtvaardigheid als een van de leidende principes gezien naast de principes van goed doen, kwaad vermijden en het respect voor autonomie (Vgl. T. Beauchamp, J. Childress, *Principles of biomedical ethics*, New York/Oxford 1983).

18. Naar analogie van de klassieke medische handelingsregel 'in dubio abstine'.

19. Voor de analyse wordt aangesloten bij S. Sevenhuijsen, *Oordelen met zorg. Feministische beschouwingen over recht, moraal en politiek*, Amsterdam 1996, 165 – 166.

20. Commissie Keuzen in de Zorg, *Kiezen en delen*. Rapport, Den Haag 1991, 116.

21. S. Sevenhuijsen, o.c. 175.

22. Zie artikelen in *De Volkskrant* d.d. 18 december 1996. Enerzijds betreft het berichtgeving over een uitspraak van de Hoge Raad met effecten voor de financiering voor privé-klinieken, anderzijds een interview van Jet Bruinsma met minister Borst over het beleid inzake voorrang en het wegwerken van de wachtlijsten. De uitspraak van de Hoge Raad betrof een al jaren slepende zaak betreffende het declareren van kosten voor medische behandeling in een privé-kliniek bovenop het artsenhonorarium (*RZA Rechtspraak Zorgverzekering* 1997, 69 – 72, nr. 27). Voor wat betreft de erkenning van privé-klinieken is door de Rechtbank van Amsterdam op 13 augustus 1996 een belangwekkende uitspraak gedaan, waarbij dergelijke klinieken erkend worden als 'organen van gezondheidszorg' (*RZA Rechtspraak Zorgverzekering*, 1997, 66 – 69, nr. 26).