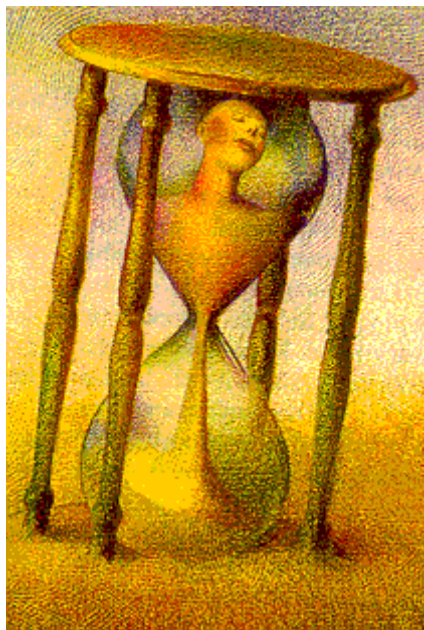


∞ AFHANKELIJKHEID IS NIET VERNEDEREND ∞



~ INHOUDSOPGAVE ~

| | |
|--|----|
| 1. Inleiding en vraagstelling | 1 |
| 2. Ontwikkelingen en context – Afhankelijkheid is niet vernederend | 1 |
| a. Richard Sennett – <i>The corrosion of character</i> | 1 |
| b. Het Anglo-Amerikaanse model en het Rijnland model | 3 |
| c. Het Amerikaanse voorbeeld | 3 |
| d. De Nederlandse context | 4 |
| 3. Casussen | 4 |
| a. Het AMC & Maatschappij | 5 |
| b. De barmhartige Samaritaan | 5 |
| 4. Perspectieven | 6 |
| a. Zorg en het individu | 6 |
| b. Zorg en de samenleving | 8 |
| 5. Conclusie | 9 |
| a. Marktwerking | 9 |
| b. Casuïstiek | 10 |
| c. Afsluitende opmerkingen | 11 |

1. INLEIDING EN VRAAGSTELLING

Dit is een werkstuk in het kader van de Masteropleiding Zorg, ethiek en beleid en van de Masteropleiding Theologie (cluster: pastoraat en ethiek) voor het vak “Zorgethiek en beleid”. Ik heb gekozen voor de derde opdracht; een werkstuk rond de uitspraak van Richard Sennett: *Afhankelijkheid is niet vernederend*. Meer in het bijzonder kijk ik naar de problematiek die zich voordoet met de invoering van het nieuwe zorgstelsel op 1 januari 2006 met betrekking tot onverzekerden en illegalen.

Tijdens de colleges Zorgethiek en beleid is de problematiek rond het nieuwe zorgstelsel en onverzekerden aan bod gekomen. Ik kreeg het gevoel dat het merendeel van de studenten een houding aannam van een zekere vanzelfsprekendheid om mensen die niet verzekerd zijn, desondanks bij te staan. Deze vanzelfsprekendheid leeft ook bij mij, maar wellicht op andere gronden dan van mijn medestudenten.

Het werkstuk is als volgt opgebouwd. De uitspraak *Afhankelijkheid is niet vernederend* is afkomstig van de Amerikaanse socioloog Richard Sennett. In zijn werk *The corrosion of character: the personal consequence of work in the new capitalism* geeft hij een beschrijving van de huidige ontwikkelingen in de samenleving, in het bijzonder de ontwikkelingen binnen de Noord-Amerikaanse samenleving. Daarnaast maakt hij een vertaalslag naar de West-Europese samenleving. Hoewel de gevolgen van de ontwikkelingen voor beide delen van de wereld grotendeels overeenkomen, bestaat er in West-Europa een iets ander model waarbinnen deze ontwikkelingen plaatsvinden. Ik zal de ontwikkelingen beschrijven en een nadere toelichting geven op beide modellen. Vervolgens plaats ik de invoering van het nieuwe zorgstelsel binnen de context van veranderingen zoals zij door Sennett worden geschetst. Daarna geef ik aan de hand van twee casussen een beschrijving van de problematiek in het nieuwe zorgstelsel in Nederland met betrekking tot mensen die niet verzekerd zijn. Ik benader deze problematiek vervolgens vanuit twee invalshoeken. Als eerste komt het perspectief van het individu aan bod. De medische behandeling van een persoon is tenslotte een confrontatie tussen individuen. Als tweede kijk ik naar het perspectief vanuit de samenleving. Hier spelen andere belangen een rol van betekenis en deze leiden tot verschillende opvattingen.

De vraagstelling van dit werkstuk heeft betrekking op wie, in het geval van zorg aan iemand die niet verzekerd is, de beslissing neemt om al dan niet medische zorg te verlenen. Is degene die de beslissing neemt bevoegd om dergelijke beslissingen te nemen? Het feit dat er in Nederland onverzekerde personen rondlopen, duidt op een probleem. Is dit probleem oplosbaar?

2. ONTWIKKELINGEN EN CONTEXT - AFHANKELIJKHEID IS NIET VERNEDEREND

a. Richard Sennett – *The corrosion of character*

A*fhankelijkheid is niet vernederend*. Aan het woord is de Amerikaanse socioloog Richard Sennett. Hij constateert een aantal ontwikkelingen in de samenleving. Door gedisciplineerde heruitvinding van instituten, flexibele specialisatie van productie en concentratie in plaats van centralisatie van het productieproces wordt de mogelijkheid om de narrativiteit van het bestaan vorm te geven gereduceerd.¹ Ik licht dit toe.

De huidige ontwikkelingen, zoals deze door Sennett worden geschetst, hebben de tijd waarin mensen hun leven kunnen ordenen dermate gefragmenteerd en berooft van een zekere continuïteit, die noodzakelijk is om het levensverhaal en identiteit van individuen te kunnen vormgeven. Een van de oorzaken van deze ontwikkeling is dat bedrijven met een

¹ R. SENNETT, *The corrosion of character: the personal consequence of work in the new capitalism*, New York, W.W. Norton Company Inc., 1998, 46-63.

continu proces van veranderingen worden geconfronteerd. De veranderingen zijn noodzakelijk om de efficiency te vergroten en om in te kunnen spelen op veranderingen binnen de markt. Bedrijven zijn derhalve in een continu proces van heruitvinding terecht gekomen, of zoals Sennett het noemt “gediscontinueerde heruitvinding van instituten”. Er zal steeds vaker projectmatig worden gewerkt. Een direct gevolg hiervan is dat ook het menselijke kapitaal projectmatig beschikbaar moet zijn in plaats van dat het menselijke kapitaal gebonden en verbonden is met één en hetzelfde bedrijf. De continuïteit van het individuele bestaan is verminderd. Sennett:

‘ ”the end of organized capitalism”. The phrase may seem extreme. Still, because managerial ideology presents the drive for institutional change as a matter of achieving efficiency rather than conducting an open-ended experiment, we need to ask if it has succeeded. Specifically, the new regime has taken aim at the evils of routine in the name of greater productivity.’²

Daarnaast is het productieproces opgebroken in kleine fragmenten; werknemers hebben niet langer inzicht in het gehele proces of eindproduct. Sennett noemt dit proces “flexibele specialisatie”. Ook deze verandering levert een bijdrage die de verbondenheid met een bedrijf of product vermindert en derhalve ook weer een druk legt op de noodzakelijkheid van continuïteit om de narrativiteit van het bestaan te kunnen vormgeven. Tenslotte zijn er door de globalisering van het productieproces talloze kleine autonoom operende productieconcentraties ontstaan zodanig dat werknemers nauwelijks zicht hebben op de hiërarchische structuur van waar uit de beslissingen tot stand zijn gekomen. Voor Sennett duidt dit op “concentratie in plaats van centralisatie van het productieproces”. Sennett:

‘The conflict between family and work poses questions about adult experience itself. How can long-term purposes be pursued in a short-term society? How can durable social relations be sustained? How can a human being develop narrative of identity and life history in a society composed of episodes and fragments? The conditions of the new economy feed instead on experience which drift in time, from place to place, from job to job. If I could state Rico’s dilemma more largely, short-term capitalism threatens to corrode his character, particularly those qualities of character which bind human beings to one another and furnishes each with a sense of sustainable self.’³

Daar mensen hun levensverhaal en identiteit vormgeven door hetgeen ze doen, lijkt enige continuïteit hierin noodzakelijk. De ontwikkelingen, zoals Sennett deze schetst, dragen er eerder toe bij dat grote groepen binnen de samenleving zich onthecht voelen en dat het hen aan structuur ontbeert. Sennett zegt daarover:

‘... the importance of work as a narrative and the development of character possible only by long-term, organized effort.’⁴

Daarnaast wordt de nadruk gelegd op succes en het nemen van risico’s in plaats van falen. Er bestaan echter groepen die er moeite mee hebben om zich in een dergelijke omgeving staande te houden. Sennett:

‘Risk in real life is driven more elementally by the fear of failing to act. In a dynamic society, passive people wither.’⁵

² R. SENNETT, a.w., 50.

³ R. SENNETT, a.w., 26-27.

⁴ R. SENNETT, a.w., 121.

⁵ R. SENNETT, a.w., 88.

Sennett concludeert dan ook aan het einde van zijn boek:

'I simply don't know. But I do know a regime which provides human beings no deep reason to care about one other cannot long preserve its legitimacy.'⁶

b. Het Anglo-Amerikaanse model en het Rijnland model

Deze ontwikkelingen, zoals Sennett ze heeft geschetst, vinden volgens Michel Albert plaats binnen twee westerse stromingen, namelijk het Anglo-Amerikaanse model en het Rijnland model, waarbij het Anglo-Amerikaanse model een steeds dominantere rol gaat spelen. Sennett ontleent de modellen aan Michel Albert en legt ze als volgt uit:

'The French banker Michel Albert draws out the contrast between answers by dividing the political economies of the advanced nations into a "Rhine" model and an "Anglo-American" model. The first has existed for nearly a century in the Netherlands, Germany, and France: in it labor unions and management share power, and the welfare apparatus of the government provides a comparatively tightly woven safety net of pensions, education and health benefits. This Rhine model has served Italy, Japan, Scandinavia, and Israel as well.

The other model, the "Anglo-American", refers to the condition of Great Britain and America today, rather than to the past. This model gives free-market capitalism greater scope. While the Rhine model emphasizes certain obligations of economic institutions to the polity, the Anglo-America model stresses the state bureaucracy's subordination to the economic, and thus is willing to loosen the safety net provided by government. ... The Rhine regimes tend to put the brakes on changes when their less powerful citizens suffer, while the Anglo-American regime is more inclined to pursue changes in work organizations and practices even though the weak might pay the price.'⁷

en

'The attack on the welfare state, begun in the neoliberal, Anglo-American regime and now spreading in other more "Rhinish" political economies, threatens those who are dependent on the state with the suspicion that they are social parasites, rather than truly helpless.'⁸

Binnen het Anglo-Amerikaanse model wordt de werking en ontwikkeling van een samenleving grotendeels ondergeschikt gemaakt aan economische principes met als voornaamste doelstelling de efficiency te bevorderen. Een van de sleutelbegrippen om de efficiency te bevorderen is marktwerking. Er is op zich niets mis om grote maatschappelijke systemen, als bijvoorbeeld de overheid, efficiënter te laten opereren. Echter tot op heden is niet of nauwelijks aangetoond dat marktwerking daadwerkelijk het beoogde succes heeft gehad. De vraag of marktwerking van toepassing is op dergelijke fundamentele maatschappelijke voorzieningen als de gezondheidszorg, infrastructuur, energievoorziening en andere nutsvoorzieningen is nimmer bevredigend beantwoord.

c. Het Amerikaanse voorbeeld

Een voorbeeld van de ontwikkelingen zoals deze in *The corrosion of character* worden geschetst, is het medische zorgstelsel in de Verenigde Staten. Een recentelijk onderzoek naar de huidige stand van zaken van de Amerikaanse gezondheidszorg in opdracht van Harvard

⁶ R. SENNETT, a.w., 148.

⁷ M. ALBERT, *Capitalism against capitalism.*, London, Whurr, 1993, in: RICHARD SENNETT, a.w., 53.

⁸ M. ALBERT, a.w., in: RICHARD SENNETT, a.w., 139.

University toont aan dat er een tamelijk grote ontevredenheid heerst over de kwaliteit, kosten en toegang tot de gezondheidszorg. Zeker de toekomst baart menig Amerikaan zorgen. Ontwikkelingen als toename van inkomensverschillen en de betaalbaarheid van de gezondheidszorg zijn de oorsprong van deze zorg. Ontwikkelingen die ook door Sennett in zijn werk naar voren worden gebracht. Sinds WO II is er in de Verenigde Staten een onophoudelijk debat aan de gang met de vraag of onverzekerden in aanmerking mogen/kunnen komen voor medische verzorging. Marktwerking of andere economische principes blijken niet in staat te zijn om een bijdrage te kunnen leveren aan de oplossing van dit probleem. Daar de Amerikaan ook niets ziet in een te grote invloed van de overheid op dit gebied of verhoging van de belastingstarieven, zal het probleem wellicht nooit structureel worden opgelost.⁹ De medische wetenschap mag in de Verenigde Staten tot de beste ter wereld worden gerekend, rond de 100 miljoen van de 290 miljoen Amerikanen is echter niet, nauwelijks of in mindere mate in staat om daar gebruik van te maken. Bij chronische ziekte of kostbare behandelingen worden velen genezen, maar zij raken financieel volledig aan de grond.¹⁰

d. De Nederlandse context

Ook Nederland doet volop mee in de verschuiving van het Rijnland model naar het Anglo-Amerikaanse model. Illustratief hiervoor is invoering van het nieuwe zorgstelsel op 1 januari 2006. Doelstellingen zijn een kwalitatief betere zorg en meer keuzevrijheid voor de zorgvrager en een efficiënter werkende zorgverlener die ook nog eens flexibeler kan inspringen op ontwikkelingen in de samenleving. De beoogde doelstellingen sluiten echter aan bij een kritische, onafhankelijke en mondige zorgvrager. Nochtans is er groep in de samenleving die zich nauwelijks laat identificeren met dit type zorgvrager. Denk bijvoorbeeld aan mensen met psychische en psychiatrische problemen, mensen die als wilsonbekwaam worden beschouwd, illegalen en anderszins mensen die om wat voor reden dan ook niet kunnen voldoen aan de financiële verplichtingen van dit nieuwe zorgstelsel.

Het is met name de groep onverzekerden en illegalen waar ik mijn aandacht op wil richten. Deze groepen stellen zich uitermate afhankelijk op ten opzichte van anderen om desondanks toch in aanmerking te komen voor medische zorg en behandeling. Globaal spelen er, afgezien van de afhankelijke zorgvrager, twee partijen een belangrijke rol van betekenis met betrekking tot deze problematiek. Op de eerste plaats is dat het medische personeel dat direct wordt geconfronteerd met de zorgvrager. Op de tweede plaats is er de samenleving, die een nadrukkelijk grotere afstand heeft tot deze zorgvrager. De samenleving wordt in deze vertegenwoordigd door de betreffende zorginstelling en uiteindelijk de verantwoordelijke landelijke politiek. Ethisch kan dit leiden tot totaal verschillende opvattingen met betrekking tot zorg aan onverzekerden. Ik wil deze ethisch verschillende opvattingen beschrijven.

3. CASUSSEN

Er zijn verschillende invalshoeken mogelijk wanneer onverzekerden ter sprake komen. Ik beschrijf in dit gedeelte van het werkstuk twee casussen die enerzijds het perspectief van het individu als uitgangspunt heeft en anderzijds een casus waarin ook de samenleving als geheel een rol van betekenis speelt. Als eerste casus komt de HIV-kliniek van het Academisch Medisch Ziekenhuis te Amsterdam aanbod. Hierin komt mijns inziens vooral naar voren dat een medische interventie zich voornamelijk afspeelt tussen individuen. Het is een afgebakende gebeurtenis dat zich afspeelt in een groter kader, maar het is toch

⁹ R. BLENDON en ANDEREN, 'Americans' Views of Health Care, Costs and Quality', *The Milbank Quarterly*, Volume 84, Issue 4, 2006, 623-657.

¹⁰ W. KURPERSHOEK, 'Zorg in VS heeft slechte naam', *Weblogs NOS Journaal*, 2 januari 2006.

vooral het individuele aspect dat zich duidelijk op de voorgrond stelt. Om het perspectief van de samenleving te duiden, maak ik gebruik van de Bijbelse parabel van de barmhartige Samaritaan. Naast het individuele aspect, dat hier eveneens aanwezig is, bestrijkt deze parabel mijns inziens een meer volledig kader.

a. Het AMC & Maatschappij

Het Academisch Medisch Centrum (AMC) in Amsterdam heeft de grootste HIV-kliniek in Nederland. In de loop van de tijd is er verandering in populatie opgetreden. Waren de artsen in het verleden gewend aan goed geïnformeerde homoseksuele mannen, inmiddels bestaat de populatie voornamelijk uit mensen van Afrikaanse afkomst, waarvan een groot gedeelte illegaal in Nederland verblijft. Het beleid van het AMC is erop gericht om alle HIV-geïnfecteerden te behandelen. In het geval van onverzekerden of illegalen treedt er een heel proces in werking om de nodige fondsen te werven om de behandeling te bekostigen en daarnaast worden er oplossingen gezocht voor eventuele problemen op het gebied van huisvesting en dergelijke. In het geval van illegaliteit wordt er bovendien gezocht naar mogelijkheden om de status, in verband met de ziekte, te legaliseren.

Kenmerkend voor het beleid van het AMC is dat alle patiënten worden vertaald naar een naam en een gezicht. De mens wordt gezien als mens en deze staat los van status of verzekering. In de meeste gevallen zal een behandelende arts niet weten of er sprake is van een verzekerde of onverzekerde patiënt, of van een legaal of illegaal in Nederland verblijvende patiënt. Inmiddels is het AMC wel een onderzoek gestart naar de behandelingsresultaten in combinatie met de status van iemand. De uitkomsten worden binnenkort verwacht.¹¹

b. De barmhartige Samaritaan

Op weg van Jeruzalem naar Jericho werd eens een man overvallen en door de overvallers voor halfdood achtergelaten langs de kant van de weg. Er passeerde een priester. Toen deze het slachtoffer zag liggen, liep hij met een boog om hem heen en vervolgde zijn weg. Er kwam ook een Leviet voorbij. Ook deze ging met een boog om het slachtoffer heen. Als derde passeerde een Samaritaan. Deze voelde mededogen met slachtoffer en hij ontfermde zich over hem. De vraag wie mijn naaste is, is hiermee beantwoord. De opdracht van Jezus is helder (^{W95} **Lucas 10:37**): ‘De Schriftgeleerde zei: “De Samaritaan die hem barmhartigheid heeft bewezen.” Jezus zei tegen hem: “Doe dan voortaan net als hij.”’¹² Om de benaderingswijze te verhelderen begin ik dit onderdeel van het werkstuk met een exegetische uitleg van de versregel Lucas 10:35 uit de parabel. Het vers luidt:

^{BNT} **Lucas 10:35** καὶ ἐπὶ τὴν αὔριον ἐκβαλὼν ἔδωκεν δύο δηνάρια τῷ πανδοχεῖ καὶ εἶπεν· ἐπιμελήθητι αὐτοῦ, καὶ ὅ τι ἂν προσδαπανήσης ἐγὼ ἐν τῷ ἐπανέρχεσθαί με ἀποδώσω σοι.¹³

Vertaald naar het Nederlands wordt dit:

¹¹ J. ENKLAAR, ‘Ziek zonder bed, bad of brood. Het primaire proces: AMC & Maatschappij’, *Over het AMC*, Universiteit van Amsterdam, www.amc.uva.nl.

¹² Lucas 10:37, Willibrord Vertaling 1995, BibleWorks 7.0, BibleWorks, LCC, Norfolk VA, 2006 (cursieve gedeelte zijn aanpassingen van de auteur).

¹³ E. NESTLE, B. ALAND en K. ALAND, *Novum Testamentum Graece* (27^{ste} druk), Stuttgart, Deutsch Bibelgesellschaft, 1993, in: BibleWorks 7.0, a.w.

^{W95} **Lucas 10:35** De volgende ochtend haalde hij twee denariën tevoorschijn en gaf ze aan de waard. “Zorg voor hem,” zei hij, “en als u nog meer kosten moet maken, zal ik ze u op mijn terugreis vergoeden.”¹⁴

Sleutelwoord om de benaderingswijze om het perspectief van de samenleving te kunnen duiden is mijns inziens het woord **δηνάριον** – denarie. De Bauer-Danker – Greek English Lexicon on the New Testament (BDAG) geeft de volgende uitleg met betrekking tot dit woord:

1819 δηνάριον

• **δηνάριον, ου, τό** (Lat. denarius as δηνάριον first in two ins fr. Acraephiae of the time of Sulla [IG IX/2, 415 b, 89]. Exx. fr. later times in Hahn 271 word-index; OGI ind. VIII; cp. Preis. III 346; loanw. in rabb.) **denarius**, a Roman silver coin orig. c. 4.55 g; the debasement of coinage under Nero reduced it in value; it was a worker's average daily wage (cp. Tob 5:15; Talmud Babli: Aboda Zara 62a; SBastomsky, Greece and Rome, ser. 2, 37, '90, 37) **Mt 18:28; 20:2, 9f, 13; 22:19; Mk 6:37; 12:15; 14:5; Lk 7:41; 10:35; 20:24; J 6:7; 12:5; Rv 6:6.** τὸ ἄνὰ δηνάριον a denarius each, like the others before them **Mt 20:10** (B-D-F §266, 2).—Hultsch, Pauly-W. V 202ff; KRegling, Wörterbuch der Münzkunde, ed. FSchrötter, 1930, 126ff; Kl. Pauly I, 1488-90; IDB III 428, illustr. 29 p. 433; Schürer II 65.—Other reff. s. ἀργύριον end.—M-M.¹⁵

De barmhartige Samaritaan ontfermt zich niet alleen over het slachtoffer van een overval op weg van Jeruzalem naar Jericho, maar draagt ook zorg voor alle bijkomende factoren. De barmhartige Samaritaan voldoet zo ook de financiële last, die de zorg voor het slachtoffer met zich mee brengt. De BDAG geeft aan dat een denarie het gemiddelde dagloon van een arbeider was. Ook in de tijd van het vroege Christendom was medische zorg een kostbare aangelegenheid. Vertaald naar de tegenwoordige tijd betekent dit dat er aan iedere vorm van zorg een prijskaartje hangt. Derhalve, tegenover het recht op medische zorg staat de plicht om de financiële verplichting voor een zorgverzekering te hebben voldaan.

4. **PERSPECTIEVEN**

a. **Zorg en het individu**

De parabel van de barmhartige Samaritaan is een van de vele peilers waarop de wijze van ons morele handelen is gegrondvest. Daarnaast spelen historische ontwikkelingen een belangrijke rol van betekenis in onze moraal. Denk in dit geval aan bijvoorbeeld aan beide wereldoorlogen, die de integriteit van de menselijke waardigheid daarna heeft verheven tot een zeer belangrijke waarde binnen de West-Europese samenleving. Ook de opkomst van de moderne wetenschap heeft zeker een bijdrage geleverd. Er is door deze opkomst een hernieuwde interesse voor wat het leven zelf behelst, maar ook is de morele waardering voor het leven aanzienlijk toegenomen. In vooral de zorg komen de uitkomsten van deze ontwikkelingen op een zeer duidelijke wijze tot uiting in bijvoorbeeld de eed van Hippocrates, de artseneed, maar ook in bijvoorbeeld *Eerbied voor het leven volgens Albert Schweitzer*, theoloog, arts en tweevoudig Nobelprijswinnaar.¹⁶

Het nieuwe zorgstelsel is per 1 januari 2006 ingevoerd in Nederland. De verschillende verzekeringsmaatschappijen zijn tot 1 juli 2007 verplicht een ieder te verzekeren. Na deze

¹⁴ Lucas 10:35, Willibrord Vertaling 1995, BibleWorks 7.0, BibleWorks, LCC, Norfolk VA, 2006.

¹⁵ W. BAUER en F.W. DANKER, *A Greek English lexicon of the New Testament and other early Christian literature* (BDAG), in: BibleWorks 7.0, BibleWorks, LCC, Norfolk, 2006.

¹⁶ H.A.M.J. TEN HAVE, R.H.J. TER MEULEN en E. VAN LEEUWEN, *Medische ethiek*, Houten/Diegem, Bohn Stafleu Van Loghum, 1998, 61-75.

datum mogen deze maatschappijen mensen weigeren en wanbetalers royeren als verzekerden. De NOS heeft recentelijk een onderzoek verricht en noemt een getal van 300.000 onverzekerden in de nabije toekomst in Nederland.¹⁷ Uit de resultaten van een onderzoek onder ruim 1100 huisartsen uit 2006 door KNMG blijkt dat huisartsen regelmatig worden geconfronteerd met onverzekerden. De beleidsmedewerker van KNMG, Eric van Wijlick, herleidt de uitkomsten van zijn onderzoek tot de volgende getallen:

'Deze patiënten zijn wanbetalers premie geroyeerd (39%), illegalen (55%), dak- of thuislozen (30%) of psychiatrische patiënten (19%); anderen zijn bewust onverzekerd (31%) of voorheen gedetineerd (12%). Combinaties zijn ook mogelijk.'¹⁸

Hij constateert vervolgens dat er al een verschuiving zichtbaar is in de berichtgeving dat medische noodzakelijke en verplichte zorg, wordt versmald tot acute zorg, spoedeisende zorg of levensbedreigende zorg. Tenslotte heeft hij geconstateerd dat in meer dan de helft van de gevallen van onverzekerd zijn, van invloed is op beslissing van de huisarts om mensen door te verwijzen naar medische specialisten. In zijn onderzoek concludeert Wijlick verder het merkwaardig te vinden dat dergelijke maatschappelijke problematiek wordt neergelegd bij zorgverleners en zorginstellingen. Zijn roep om een waarborgfonds om deze problematiek structureel aan te pakken wordt door de politiek niet gehoord.¹⁹ Ook grote instellingen als GGZ en sociale diensten roepen om de instelling van een waarborg om de problematiek structureel aan te pakken, zeker omdat de hevigheid van het probleem na 1 juli 2007 alleen maar zal toenemen.

Zoals al eerder vermeld, is de zorgverlener of de zorginstelling verplicht de noodzakelijke medische hulp te verlenen, ongeacht illegaliteit of verzekering. Het is duidelijk dat hier sprake is van een grijs gebied wat afhankelijk van arts of ziekenhuis zelf ingevuld kan worden. Er is dan ook een duidelijk waarneembare verschillende opstelling hoe ziekenhuizen omgaan met mensen die niet verzekerd zijn. Zo zijn er ziekenhuizen die een beleid voeren om onverzekerden alleen te behandelen middels de spoedeisende hulp; van opname zal dan geen sprake meer zijn. Weer andere ziekenhuizen kennen een aanmerkelijk minder stringent beleid om over te gaan tot een medische behandeling of interventie. De kosten van de behandeling in dergelijke gevallen wordt dan verhaald op de post dubieuze debiteuren. Weer andere ziekenhuizen sturen mensen weg met de mededeling terug te komen als de verzekering is geregeld. Duidelijk is wel dat de diverse ziekenhuizen over budgetten beschikken om momenteel de schade veroorzaakt door onverzekerden te kunnen opvangen. Echter als het aantal onverzekerden in de nabije toekomst alleen maar gaat stijgen, zullen de momenteel bestaande reserves snel zijn opgesoupeerd. Kortom, er is geen duidelijkheid over de omgang met deze problematiek en een mogelijke structurele oplossing is nog niet gevonden.

In het geval van al dan niet spoedeisende hulp wordt het medische personeel, net als de barmhartige Samaritaan, direct en persoonlijk geconfronteerd met een lijdende persoon. De vraag of iemand al dan niet beschikt over de benodigde verzekering, lijkt in zo'n geval triviaal. Vanuit de Joods-christelijke traditie, als ook van de beroepsethiek, heeft het medisch personeel de morele verplichting moreel te handelen. Ook het grijze gebied dat de overheid momenteel heeft gedefinieerd, waarbinnen medische handelingen kunnen plaatsvinden, biedt geen soelaas. De vraag of een dergelijke beslissing om een medische handeling te weigeren op grond van het niet hebben van een verzekering überhaupt hoort te liggen bij het

¹⁷ Bron: 'Zorgverzekering/Tienduizenden zijn straks onverzekerd', *Trouw*, 2 maart 2007.

¹⁸ E. VAN WIJLICK, 'Onverzekerden krijgen andere zorg', *Medisch Contact*, Nr. 39 - 29 september 2006, 1535.

¹⁹ E. VAN WIJLICK, a.w.

medische personeel dat op een directe en persoonlijke wijze wordt geconfronteerd met lijden, is mijns inziens niet terecht.

b. Zorg en de samenleving

De handeling van de barmhartige Samaritaan is een volledig op zichzelf staande parabel. De handeling is van begin tot eind een afgerond geheel. De handeling in een zorginstelling is dat echter niet. Het is niet een handeling van bijvoorbeeld één arts die een gebroken arm zet bij een patiënt. De handeling is complex en kent een voorgeschiedenis en een afloop, die voorbij de handeling liggen. De patiënt moet een verzekering hebben afgesloten om in aanmerking te komen voor een behandeling in een ziekenhuis. De arts wil graag betaald worden voor de tijd die zij in een ziekenhuis doorbrengt. De gebruikte apparatuur zal betaald moeten worden. De gebruikte middelen zullen gefinancierd moeten worden. Er vindt nazorg plaats; het gips zal verwijderd moeten worden en er zal controle plaatsvinden om te bezien of de breuk naar alle tevredenheid is genezen. Enzovoort, enzovoort.

Vanuit het perspectief van de samenleving is er enige kritiek mogelijk mocht een zorgverlener overgaan tot de behandeling van een onverzekerde persoon of een illegaal in Nederland verblijvende persoon. Uiteraard is het medische personeel ruimschoots voldoende opgeleid om een ieder adequaat te behandelen. De handelswijze is ingegeven door de historische ontwikkelingen binnen de maatschappelijke Joods-christelijke traditie. De parabel van de barmhartige Samaritaan is in deze illustratief, als ook de regels, die de beroepsethiek vormgeven, zoals de eed van Hippocrates. Maakt dat de handelswijze om iemand, die illegaal in Nederland verblijft of onverzekerd rondloopt, te behandelen tot een morele handeling? Een persoon die geconfronteerd wordt met een ander lijdend persoon heeft de behoefte om hulp te verlenen. Echter kan een arts of verpleegkundige de reikwijdte van zijn of haar handeling volledig overzien? De Nederlandse samenleving heeft een aantal voorzieningen gecreëerd waar door een ieder aanspraak op kan worden gemaakt. Medische zorg is in deze slechts een van de aspecten waar aanspraak op gemaakt kan worden. Scholing, sociale voorzieningen en dergelijke zijn andere aspecten. Om deze voorzieningen mogelijk te maken draagt een ieder bij in de vorm van belastingen, verzekeringen en wat dies meer zij. Kortom om aanspraak te kunnen maken op voorzieningen binnen de Nederlandse samenleving staat de morele verplichting om belasting te betalen of om een basisverzekering af te sluiten. Het geld dat wordt gebruikt om illegalen of onverzekerden te behandelen wordt onttrokken aan tegoeden die toebehoren aan de samenleving ten behoeve van deelnemers aan deze samenleving. Ten tweede betreft het de verdeling van economische middelen en derhalve schaarse middelen. Fondsen toekennen aan iemand die niet heeft voldaan aan de verplichting die deze voorzieningen überhaupt mogelijk hebben gemaakt gaat ten koste van iemand die mogelijk wel aan de verplichting heeft voldaan. Tenslotte, in het geval van het AMC, betreft het de behandeling van onder andere illegaal in Nederland verblijvende HIV-geïnfecteerden. Met andere woorden het betreft een infectieziekte en er wordt in Nederland een mogelijke infectiebron in stand gehouden, die volgens de Nederlandse wetgeving in het geval van illegaliteit hier niet hoort te zijn.

Een medische behandeling of interventie heeft direct betrekking op enkele individuen, maar heeft indirect invloed op de samenleving als geheel. Beseft een arts dat haar of zijn handeling, een handeling is die van invloed is op de samenleving? Vanuit het perspectief van een individuele behandelaar, die een lijdende persoon helpt, is er sprake van een moreel juiste en moreel goede handeling. Echter, er worden in dergelijke gevallen wel regels overtreden die door de samenleving zijn opgesteld. In tegenstelling tot de barmhartige Samaritaan uit de Bijbelse parabel, wentelt de zorgverlener een aantal aspecten ongevraagd af op de samenleving. Waar de barmhartige Samaritaan uit eigen middelen de wonden van het slachtoffer overgiet met wijn en olie, de wonden verbindt met verbandmiddelen en enkele denariën

betaalt om de behandeling elders voort te zetten, zal de zorgverlener over het algemeen niet direct een bijdrage leveren, behoudens de behandeling zelf. Deze werkwijze wordt mede mogelijk gemaakt door de opleiding van het medisch personeel, als ook door de onduidelijke regelgeving met betrekking tot de hulp aan onverzekerden en illegalen. Spelen bovengenoemde doordenkingen een rol van betekenis wanneer een zorgverlener een behandeling start, wetende dat de zorgvrager niet verzekerd is? Zouden ze een rol moeten of mogen spelen?

5. CONCLUSIE

In Nederland is op 1 januari 2006 een nieuw zorgstelsel geïntroduceerd. Vanaf 1 juli 2007 zijn verzekeringsmaatschappijen niet langer verplicht om iedereen in de verzekering toe te laten. De eerste voorspellingen wijzen in de richting van 300.000 onverzekerden in de nabije toekomst. Een sleutelbegrip in het nieuwe zorgstelsel is marktwerking. Dit leidt mijns inziens onherroepelijk tot enkele onoverkomelijke problemen. In de door mij aangestipte aspecten binnen dit werkstuk leidt dat tot de volgende conclusies.

a. Marktwerking

Sennett waarschuwt in zijn boek *The corrosion of character* voor enkele ontwikkelingen binnen de huidige samenleving. Het welhaast tot heilige proporties opgeklote begrip marktwerking doet zijn intrede binnen de zorg, maar ook andere nutsvoorzieningen en voor een samenleving als cruciaal ervaren onderdelen worden geconfronteerd met dit begrip. Op zich is er niets mis mee deze onderdelen efficiënt te laten functioneren. In het verleden werd er gewerkt met door de overheid verstrekte budgetten en dit leverde nauwelijks prikkels om tot een effectiever en efficiënter beleid te komen. Het is echter de vraag of marktwerking wel in staat is om de kosten van de zorg binnen beheersbare en acceptabele grenzen te houden. Ik heb in de dit werkstuk het voorbeeld van de zorg in de Verenigde Staten geschetst. Het is vermoedelijk veilig te veronderstellen dat in Nederland en in de andere landen van het Rijnland model een dergelijke situatie niet wenselijk is (de beste zorg is alleen voor diegene beschikbaar, die bereid is daarvoor te betalen). Er is hier mijns inziens voldoende bereidheid om belastinggeld aan te wenden voor de zorg en andere sociale voorzieningen. Dit is in tegenstelling met landen uit het Anglo-Amerikaanse model. Een verschuiving van het Rijnland model naar het Anglo-Amerikaanse model moet mijns inziens dan ook met de grootst mogelijke argwaan worden bejegend.

Een ander aspect van marktwerking is dat er economische principes worden geïntroduceerd binnen de zorg. Dit levert naar mijn mening een strijdige situatie op. De toegang tot zorg en de zorg zelf behoort tot het publieke domein en dient derhalve het algemene belang. Marktwerking is in principe gericht op bedrijven en producten en hoort daarom thuis in het private domein en dient slechts een bijzonder of subjectief belang. Een bedrijf heeft bijvoorbeeld een winsttoogmerk als doelstelling. Daarnaast laten de doelstellingen van bedrijven zich meten binnen economische kaders. Of deze kaders wenselijk zijn voor de zorg is zeer de vraag. Er is geen winst te behalen in de zorg en het mag ook geen doelstelling van de zorg zijn.

Tenslotte kleeft er aan marktwerking in de zorg nog een ander zeer nadelig effect voor wat betreft de ethiek. Wanneer economische meetinstrumenten worden geïntroduceerd binnen de zorg en daar een dominante rol gaan spelen, blijft het ethische aspect impliciet. Ethische waarden blijven onuitgesproken. Mensen die niet verzekerd zijn of zich illegaal in Nederland bevinden laten zich niet plaatsen binnen deze economische kaders van marktwerking. Marktwerking impliceert dat een ieder actief deelneemt aan de vrije markt en biedt per

definitie geen ruimte voor personen en aspecten die zich buiten de vrije markt bevinden. De Nederlandse politiek kiest voor regulering, zonder daarbij de problematiek rond onverzekenden en illegalen helder te expliciteren. Het is dan ook mijn indruk dat zij zich achter het principe van marktwerking verschuilen, om de problematiek niet te hoeven expliciteren.

b. Casuïstiek

In het artikel van het AMC wordt een casus gepresenteerd rondt één individu en de handeling wordt beperkt tot een louter medische interventie. Met andere woorden, de morele handeling wordt vanuit de casuïstiek benaderd en gerechtvaardigd. Zoals ik heb getracht duidelijk te maken met de casus omtrent de parabel van de barmhartige Samaritaan, vindt de medische interventie plaats binnen een groter geheel. De medische interventie is niet een op zich staande handeling tussen enkele individuen, maar heeft ook zijn invloed op de samenleving als geheel. Uiteraard is uit de casuïstiek de moreel juiste handelwijze te herleiden, echter het mag niet zo zijn dat de casuïstiek de moreel juiste handelwijze dicteert. Wanneer sprake is van het laatste, ontstaat er mijns inziens een niet correcte werkwijze. De casuïstiek behoort te allen tijde ondergeschikt te zijn aan de ethiek en er mag nimmer sprake zijn van een omgekeerde situatie. Immanuel Kant formuleert het als volgt:

‘Um nun von einer Metaphysik des Rechts (welche von allen Erfahrungsbedingungen abstrahirt) zu einem Grundsatz der Politik (welcher diese Begriffe auf Erfahrungsfälle anwendet) und vermittelt dieses zur Auflösung einer Aufgabe der letzteren dem allgemeinen rechtsprincip gemäß zu gelangen ... welches dann ein Grundsatz der Politik sein wird, deren Veranstaltung und Anordnung nun Decrete enthalten wird, die, aus der Erfahrungserkenntniß der Menschen gezogen, nur den Mechanism der Rechtsverwaltung, und wie dieser zweckmäßig einzurichten sei, beabsichtigen. - - Das Recht muß nie der Politik, wohl aber die Politik jederzeit dem Recht angepaßt werden.’²⁰

Kant verwijst in *Über ein vermeintes Recht aus Menschenliebe zu lügen* dat een mens de plicht heeft om goed te handelen, eenvoudigweg omdat hij de reikwijdte van zijn handelen nimmer volledig kan overzien. Zoals ik met parabel van de barmhartige Samaritaan probeer duidelijk te maken staat een handeling niet op zich en gaat zeker een medische interventie verder dan louter de medische handeling zelf. Waar de parabel volledig is afgebakend in tijd en ruimte, waarin is getracht zowel de handeling als de gevolgen van dat handelen te vatten, is een medische handeling dat niet. Er wordt aanspraak gemaakt op en gebruik gemaakt van middelen die door een samenleving voor het algemene belang bijeen zijn gebracht. Er ontstaat dan een spanning wanneer iemand die zich niet houdt aan de regels van de samenleving, aanspraak maakt op voorzieningen van diezelfde samenleving. De medische interventie wordt vrijwel altijd als een moreel juiste en goede handeling gezien. Volgens de redenering van Kant zou deze handeling binnen haar gehele reikwijdte een moreel goede en juiste handeling moeten zijn.

²⁰ I. KANT, *Über ein vermeintes Recht aus Menschenliebe zu lügen*, in: IMMANUEL KANT, AA VIII: Abhandlungen nach 1781, Freiburg, 1797, 425-430, www.ikp.uni-bonn.de.

c. Afsluitende opmerkingen

De invoering van het nieuwe zorgstelsel in 2006 in Nederland huisvest een drietal merkwaardige paradoxen:

Paradox I

De eerste paradox is dat een arts enerzijds door zijn of haar beroepsethiek verplicht wordt medisch te handelen zonder aanzien des persoons. Anderzijds wordt de beslissing om een medische interventie te weigeren op grond van status of verzekering eveneens bij dezelfde arts neergelegd.

Paradox II

Binnen de tweede paradox is het de zorgverlener zelf die rechtstreeks wordt geconfronteerd met de behoefte naar zorg. Op de eerste plaats getuigt de beslissing om een medische interventie rigoureuus te weigeren op grond van status of verzekering van een onmenselijkheid waarmee je een zorgverlener in zijn of haar directe confrontatie met de zorgvrager niet kan en niet mag belasten. Op de tweede plaats vindt een medische interventie weliswaar plaats tussen enkele individuen, echter de gevolgen van die interventie worden gedeeltelijk gedragen door de samenleving. Wanneer de samenleving nu de regels met betrekking tot het handelen van medici aanscherpt, zal de samenleving ook de verantwoordelijkheid moeten dragen om duidelijk te specificeren hoe de zorgverlener moet handelen en bepalen binnen welke kaders de handeling dient plaats te vinden. Nu wordt de verantwoordelijkheid echter onterecht bij de zorgverlener neergelegd.

Paradox III

De derde paradox is dat er binnen de zorg het economische principe van marktwerking wordt geïntroduceerd dat louter en alleen van toepassing is op het private domein van bedrijven en dat enkel een bijzonder of subjectief belang dient. De zorg daarentegen is een zaak van het publieke domein en dient een algemeen belang.

De problematiek met betrekking tot onverzekerden en illegalen zal spoedig duidelijk worden. Iedereen is voor de kwaliteit van leven afhankelijk van een goede zorg. In Nederland is er voor gekozen om de zorg in het publieke domein te plaatsen en te betalen vanuit de algemene middelen. Nu al is duidelijk dat er een groep niet mee kan *in de vaart der volkeren* en formeel geen aanspraak kan maken op de zorg uit het publieke domein, omdat hun status als inwoner van Nederland het niet toelaat of omdat deze groep om andere redenen geen verplichte verzekering heeft. Het spreekt voor zich dat ook deze groep afhankelijk is van een goede zorg. Deze groep maakt zich ook nog een afhankelijk van een contingentie om in aanmerking te komen voor zorg. Met andere woorden deze groep kent een dubbele afhankelijkheid om überhaupt in aanmerking te komen voor zorg. Mijns inziens is dit geen wenselijke situatie in Nederland.

In tegenstelling tot landen uit het Anglo-Amerikaanse model is er in landen van het Rijnland model wel degelijk de bereidheid om de zorg in het publieke domein te houden en de kosten daarvan te betalen uit de algemene middelen. Het is veilig te veronderstellen dat vrijwel niemand in Nederland of West-Europa zit te wachten op Amerikaanse toestanden in zorg. Het is ook veilig om te veronderstellen dat de zorg efficiënt en effectief moet zijn, maar belangrijker nog ook betaalbaar moet blijven. Marktwerking is mijns inziens niet de oplossing om prikkels te leveren om de kosten in de zorg te drukken en verspilling te vermijden. Marktwerking in de zorg draagt er alleen maar toe bij dat afhankelijkheid als parasiterend of vernederend wordt ervaren.

De Nederlandse politieke partijen, en zeker die partijen die vanuit christelijke dan wel sociale ideologieën menen te handelen, hebben voldoende draagvlak als ook ruimschoots voldoende idealen om de zorg op een betaalbare manier te herinrichten. Echter op de eerste plaats zullen zij eindelijk hun verantwoordelijkheid dienen te nemen en niet langer deze verantwoordelijkheid onterecht af te schuiven op individuele zorgverleners. De bovengenoemde paradoxen dienen te worden aangepakt en te worden opgelost. Het traject om te komen tot een betaalbare, effectieve en efficiënte zorg, dat ook nog eens voor een ieder toegankelijk is, zal moeten worden ingezet. Het traject zal de nodige inzet, creativiteit en visie verlangen, maar belangrijker het traject zal ver weg moeten blijven van Richard Sennett's nachtmerrie, waar in afhankelijkheid wel als vernederend wordt ervaren.

T21240: Zorgethiek en beleid
Universiteit van Tilburg

Faculteit Katholieke Theologie

Master Theologie (cluster: Pastoraat & Ethiek)

Faculteit Geesteswetenschappen
Departement Religiewetenschappen en Theologie

Master Zorg, ethiek en beleid

Docent: dr. J.E.J.M. van Heijst

Naam: M.A.F. Spinks BA

Studentennr.: 837419

Vrijdag 13 april 2007