

# **Van Hippocrates tot marktdenken**

*Over verandering van beroepsethiek en professionals in de zorgmarkt*

Afstudeerscriptie Bram van Vliet

Master Bestuur & Beleid

Utrechtse School voor Bestuurs- en organisatiewetenschap (USBO)

Universiteit Utrecht

Begeleid door Prof. Dr. M.J. Trappenburg

Tweede lezer Dr. A.M.B. Michels



**Universiteit Utrecht**





# Inhoudsopgave

<b>Samenvatting .....</b>	<b>5</b>
<b>1. Inleiding.....</b>	<b>7</b>
1.1 Doelstelling .....	7
1.2 Probleemstelling .....	8
1.3 Theoretisch kader .....	9
1.4 Onderzoeksmethode .....	9
1.5 Relevantie.....	10
1.6 Leeswijzer .....	10
<b>2. Veranderingen in beroepsethiek .....</b>	<b>11</b>
2.1 Medische beroepsethiek .....	11
2.1.1 Beroepscodes en artseneed.....	12
2.2. Verandering van beroepsethiek.....	15
2.2.1 Economisering van zorg en beroepsethiek.....	16
2.2.2 Onderzoek naar ontwikkelingen rond professies .....	17
2.2.3 Veranderingen in huisartsgeneeskunde volgens Mol en Van Lieshout .....	18
2.3 Tot slot.....	20
<b>3. Methode van onderzoek.....</b>	<b>21</b>
3.1 Onderzoeksfocus .....	21
3.2 Operationalisatie.....	22
3.3 Methode van analyse .....	22
3.3.1 Tijdschriftanalyse .....	22
3.3.2 Analyse van de interviews.....	24

<b>4. Huisarts in Praktijk 1990-2008 .....</b>	<b>26</b>
4.1 De beginperiode: filosoferen over nieuwe stelsels, 1990-1994 .....	26
4.2 De periode van Minister Borst, 1995-2002 .....	32
4.3 De opmaat naar het nieuwe zorgstelsel, 2002-2005 .....	36
4.4 Het nieuwe zorgstelsel met de huisarts als ondernemer, 2005-2008 .....	40
4.5 Conclusie anno 2008: De huisarts als ondernemer .....	43
<b>5. De huisarts aan het woord .....</b>	<b>45</b>
5.1 Ondernemerschap bij huisartsen .....	45
5.2 Veranderingen door marktwerking en het zorgstelsel.....	47
5.3 Waarden in de huisartsenpraktijk .....	49
<b>6. Conclusie .....</b>	<b>51</b>
<b>7. Discussie .....</b>	<b>54</b>
<b>Literatuur.....</b>	<b>56</b>
<b>Dankwoord.....</b>	<b>57</b>
<b>Bijlage I Topicijst .....</b>	<b>59</b>
<b>Bijlage II Codeerschema interviews .....</b>	<b>60</b>
<b>Bijlage III Gespreksverslag redactioneel beleid LHV .....</b>	<b>62</b>

## Samenvatting

In de bestuurskunde gaat veel aandacht uit naar ontwikkelingen rond professionals in relatie tot de opkomst van bureaucratie en marktwerking. Door ontwikkelingen in de maatschappij verandert de positie van de professional en mogelijk daarmee ook hun beroepsethiek. Huisartsen zijn professionals werkzaam in de gezondheidszorg. Dit onderzoek gaat over veranderingen in de beroepsethiek van huisartsen.

De afgelopen decennia is de gezondheidszorg flink veranderd. In 2006 is het stelsel van zorgverzekeringen veranderd waarbij elementen van marktwerking zijn ingevoerd en concurrentie tussen zorgverzekeraars tot stand is gekomen. Deze veranderingen zouden ook van invloed kunnen zijn op de beroepsethiek van huisartsen die werkzaam zijn in de gezondheidszorg.

Verschillende auteurs hebben ontwikkelingen rond professionals beschreven. Uit deze onderzoeken blijkt dat de beroepsethiek van professionals onder druk staat door de opkomst van marktwerking en de nadruk op economische beginselen of principes. Voor huisartsen zouden daardoor economische of bureaucratische waarden belangrijker worden in hun vak.

Vanaf 1990 zijn er vanuit de overheid voorstellen gedaan om de gezondheidszorg te veranderen naar een meer marktgericht stelsel. Vandaar dat de veranderingen en ontwikkelingen in de beroepsethiek van huisartsen vanaf 1990 tot 2008 zijn onderzocht. De volgende probleemstelling staat in dit onderzoek centraal:

*In hoeverre heeft de aanloop naar en invoering van de zorgverzekeringswet van 1 januari 2006 geleid tot veranderingen in de beroepsethiek van huisartsen?*

Het onderzoek heeft plaatsgevonden door een analyse van het tijdschrift van de Landelijke Huisartsen Vereniging, de belangenvereniging voor huisartsen in Nederland. Daarnaast zijn er acht huisartsen geïnterviewd over de ontwikkelingen in hun beroep de afgelopen twintig jaar.

Uit de analyse van het tijdschrift blijkt dat huisartsen sinds 1990 fel tegen marktwerking en stelselwijzigingen zijn. Vanaf 2002 maakt de landelijke overheid een begin met de invoering van een nieuw zorgstelsel waarbij elementen van marktwerking worden ingevoerd. Het is ook vanaf dat moment dat uit het tijdschrift blijkt dat huisartsen zich hier meer naar zijn gaan gedragen. In hun beroep wordt ondernemerschap en markteconomisch denken belangrijker. Meer huisartsen gaan samenwerken in grote praktijken of runnen hun praktijk als een bedrijf. De economische kant van de huisartsenpraktijk is sindsdien belangrijker geworden.

Uit de interviews is de trend van ondernemerschap en de nadruk op financiën ook naar voren gekomen. Huisartsen geven aan dat, in vergelijking met twintig jaar geleden, er veel meer managementtaken zijn bijgekomen. Daarnaast geven huisartsen aan dat zij gedwongen worden meer marktgericht te denken. Dit komt onder andere, zo geven zij aan, door de wijziging van het zorgstelsel. Huisartsen vinden medische waarden nog steeds het belangrijkste. Maar markteconomische waarden zijn een grotere rol

gaan spelen in hun praktijk. De beroepsethiek van huisartsen is daardoor verschoven naar een ethiek die meer past bij het werken in een omgeving waarin marktwerking heerst.

# 1. Inleiding

In en rondom de gezondheidszorg hebben de afgelopen decennia grote veranderingen plaats gevonden. Er is in de samenleving een steeds luider wordende roep om doelmatigheid en kostenbeheersing en een burger die een steeds kritischer houding aanneemt ten opzichte van professionals in de zorg.<sup>1</sup>

Naast veranderingen in de samenleving is er in de gezondheidszorg ook veel veranderd ten opzichte van vroeger. Er is sprake van een toenemende economisering in de gezondheidszorg: economische waarden en principes worden steeds belangrijker in de zorg.<sup>2</sup> Naast het verlenen van goede zorg wordt de laatste jaren meer de nadruk gelegd op het financiële aspect van zorg.

Vroeger hadden huisartsen bijvoorbeeld slechts met enkele zorgverzekeraars of ziekenfondsen te maken. Nu worden zij door het nieuwe zorgstelsel gedwongen rekening te houden met preferenties van tientallen concurrerende zorgverzekeraars. Daarnaast worden huisartsen tegenwoordig betaald per verrichting of consult, waardoor zij meer moeten letten op hun inkomsten en financiën, waar zij vroeger vaak één som geld voor ziekenfondspatiënten kregen.

Door veranderingen in de gezondheidszorg verandert mogelijk ook de manier waarop huisartsen naar hun beroep kijken. Van huisartsen wordt verwacht dat zij bepaalde eigenschappen hebben: deskundigheid, betrokkenheid, vriendelijkheid, empathie en rechtvaardigheid waarmee zij op een deugdelijke manier hun vak uit kunnen oefenen.<sup>3</sup> Marktwerking, prestatiemetingen, zorgverzekeraars en mondige patiënten zetten druk op deze 'klassieke' eigenschappen en de beroepsethiek van huisartsen.

De herziening van de gezondheidszorg, met in het bijzonder de invoering van de nieuwe zorgverzekeringwet van januari 2006, heeft mogelijk tot gevolg dat er verschuivingen of veranderingen optreden in de beroepsethiek. De zorgverzekeringwet heeft onder meer tot doel gehad om marktwerking te introduceren en concurrentie in de zorg op gang te brengen. Mogelijk verandert de beroepsethiek van huisartsen onder invloed van marktwerking omdat economische principes de zelfregulerende functie van een beroepsgroep naar de achtergrond drukken.

## 1.1 Doelstelling

Dit onderzoek gaat over de verandering(en) van de beroepsethiek van huisartsen onder invloed van marktwerking en de stelselwijziging. In brede zin gaat dit onderzoek over artsen als professional. Het omgaan, managen en werken met professionals is in de bestuurskunde een belangrijk onderwerp. De beroepsethiek van professionals is door veel schrijvers op verschillende manieren uiteengezet. In dit onderzoek gebruik ik de definitie van beroepsethiek zoals Eliot Freidson (2001) die heeft beschreven. Freidson onderscheidt in zijn boek drie verschillende soorten logica: de logica van de markt, de logica

---

<sup>1</sup> Le Grand-van den Bogaard, M.J.M en Verloove-Vanhorick, S.P. (2000) *Professionals in de Gezondheidszorg*, Rapport Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ).

<sup>2</sup> Hilhorst, M.T. e.a. (2004) *Economisering van zorg en beroepsethiek*, Raad voor Volksgezondheid en Zorg / Centrum voor Ethiek en Gezondheid, Zoetermeer.

<sup>3</sup> Bolt, L.L.E., (2007), *Deugen of niet deugen, dat is de vraag*, in: Bolt, L.L.E., M.E. Verweij en J.J.M. van Delden (2007), *Ethiek in Praktijk*, Assen: Koninklijke van Gorcum.

van de bureaucratie en de logica van de professional. Van beroepsethiek is volgens hem sprake als er, ten eerste, een officieel erkende set van kennis en kunde is ('body of knowledge and skills'). Ten tweede is er een vorm van ideologie die met het beroep van een professional gepaard gaat, "*servicing some transcendent values and asserting greater devotion to doing good work than to economic reward*".<sup>4</sup>

Huisartsen doen hun werk goed als zij patiënten op een goede manier kunnen beoordelen, helpen en behandelen. Hierbij is van belang dat zij goede kennis van zaken (*body of knowledge*) hebben en deskundig zijn in de behandeling die zij uit moeten voeren. Naast de beroepsvaardigheden wordt gevraagd dat artsen betrokken zijn, empathie naar hun patiënt tonen en rechtvaardig zijn. Het is dus van belang dat artsen over verschillende eigenschappen beschikken en deze in de juiste mate kunnen uitoefenen. Door de veranderingen in de zorg worden professionals steeds meer geconfronteerd met verantwoordelijkheid voor de organisatie en de afstemming van zorg met managementvraagstukken, zo schrijft de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2000). Artsen worden hierdoor gedwongen meer te letten op de gevolgen die hun handelen heeft en daarbij te letten op het publiek belang. De veranderingen in de zorg kunnen daarom leiden tot een nadruk op verplichtingen, principes en regels en dit zou ten koste gaan van het ontwikkelen van juiste attitudes, eigenschappen en deugden bij artsen. Huisartsen kunnen volgens de definitie van Freidson als professionals worden omschreven, en passen in de logica van professionals. Volgens Freidson wordt de logica van professionals bedreigd door die van de bureaucratie en de markt. Het doel van dit onderzoek is te achterhalen of er veranderingen in de beroepsethiek van huisartsen hebben plaatsgevonden onder druk van marktwerking en de stelselwijziging.

## 1.2 Probleemstelling

In dit onderzoek staat de volgende vraagstelling centraal:

*In hoeverre heeft de aanloop naar en invoering van de zorgverzekeringswet van 1 januari 2006 geleid tot veranderingen in de beroepsethiek van huisartsen?*

Vanuit de hoofdvraag zijn de volgende deelvragen afgeleid:

1. Wat is de beroepsethiek van huisartsen?
2. Welke verandering(en) in de beroepsethiek kan/kunnen vanuit de theorie worden verwacht?
3. Welke verandering(en) in de beroepsethiek van huisartsen kan/kunnen in de praktijk worden waargenomen?

De veranderingen die plaatsvinden in de zorg en rondom professionals in de zorg spelen inmiddels al jaren. Het gemeenschappelijke kader waar meer en meer vanuit wordt gedacht is keuzevrijheid, marktwerking en kostenbeheersing, wat zijn wortels vindt in de stroming van het New Public

---

<sup>4</sup> Freidson, E. (2001), *Professionalism: the Third Logic*. Cambridge: Polity Press, 2001.



Management.<sup>5</sup> De invoering van het nieuwe zorgstelsel kan hier een extra impuls aan gegeven hebben en een kenmerkend (keer)punt zijn om de beroepsethiek van huisartsen op te onderzoeken.

### 1.3 Theoretisch kader

De beroepsethiek van artsen kan worden gezien als het geheel van normen en waarden die gaan overe en juiste manier van handelen. Het is gebaseerd op principes voor de medische beroepspraktijk waarin het respect voor autonomie, weldoen en niet-schaden, rechtvaardigheid en de normen voor de arts-patiënt relatie uiteen worden gezet.<sup>6</sup> De beroepsethiek komt vervolgens tot uitdrukking in onder andere opleidingen, beroepsverenigingen, beroepsopvatting en de artseneed. Onder invloed van economisering (toename van economische waarden en principes) in de gezondheidszorg zorgt dit voor druk op de beroepsethiek. Eliot Freidson (2001) beschrijft daarin de bedreigingen van de logica van de markt en de logica van de bureaucratie voor de positie van de arts als professional. Daarnaast zijn er meer theorieën die ingaan op het veranderen van de beroepsethiek van professionals in de zorg onder invloed van marktwerking.

In het theoretisch kader komt aan de orde hoe de beroepsethiek van artsen is veranderd waarbij (economische) waarden als klantgerichtheid, doelmatigheid, prestaties en kostenbeheersing belangrijker worden.

### 1.4 Onderzoeksmethode

De ontwikkeling van de beroepsethiek wordt bij huisartsen onderzocht omdat zij in de keten van de gezondheidszorg aan de basis staan van de meeste zorg. De ontwikkeling wordt onderzocht vanaf 1990 tot de periode van nu, na het invoeren van de nieuwe zorgverzekeringswet in 2006. De invoering van het nieuwe zorgstelsel speelt een belangrijke rol, omdat dit waarschijnlijk een belangrijk punt is voor de verandering van de beroepsethiek door de invoering van elementen van marktwerking.

Dit onderzoek is een kwalitatief onderzoek waarin de focus ligt op veranderingen of verschuivingen in de beroepsethiek van huisartsen.

In de eerste plaats bestaat de kwalitatieve analyse uit onderzoek naar het tijdschrift van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), die over de beroepsuitoefening van huisartsen publiceert. In het tijdschrift zijn artikelen, columns en nieuwsberichten uit de jaargangen tussen 1990 en nu, 2008, geanalyseerd. In de analyse zijn berichten en meningen van huisartsen en betrokken actoren over de beroepsethiek in relatie tot marktwerking en stelselwijzigingen (overheidsbeleid) meegenomen.

In de tweede plaats bestaat de kwalitatieve analyse uit semigestructureerde interviews met acht huisartsen. De artsen zijn geïnterviewd over hun vak, ontwikkelingen in hun beroep, ontwikkelingen door het zorgstelsel en ten slotte over waarden die een rol spelen in de beroepsuitoefening.

---

<sup>5</sup> Hood, C. (1995), A Public Management for all seasons?, *Public Administration*, London, Vol. 69, No.1 (spring) p.3-19.

<sup>6</sup> Beauchamp, T.L. & Childress, J.F. (2001), *Principles of biomedical ethics*, 5<sup>e</sup> druk, Oxford University Press.

## 1.5 Relevantie

Dit herzieningen in de gezondheidszorg passen in een ontwikkeling van bedrijfsmatig werken die speelt in de publieke sector.<sup>7</sup> De effecten die marktwerking en het nieuwe zorgstelsel hebben op het werk van artsen in de gezondheidszorg zouden kunnen leiden tot veranderingen in beroepsethiek. Door de komst van economische waarden kan de beroepsethiek van artsen veranderd zijn. De vraag is of dit daadwerkelijk in de praktijk gebeurd is en wat daar precies de consequenties van zijn. De relevantie van dit onderzoek ligt dus in het inzichtelijk maken van de effecten die marktwerking en stelselwijzigingen hebben op de beroepsethiek van artsen. Dit is wetenschappelijk interessant omdat het ingaat op consequenties van overheidsbeleid op het niveau van professionals in de zorg. Daarnaast is het maatschappelijk relevant omdat dit onderzoek iets vertelt over de manier waarop de gezondheidszorg (in het bijzonder de huisartsenzorg) verandert en op dit moment in elkaar steekt. Het kan zo zijn dat de beroepsethiek van huisartsen bestand is tegen de veranderende omgeving. Daarnaast kan de beroepsethiek van huisartsen veranderd zijn onder invloed van marktwerking in de zorg. Als achterhaald is wat de effecten precies zijn dan kunnen normatieve uitspraken worden gedaan over de wenselijkheid van marktwerking in de sector van de gezondheidszorg.

## 1.6 Leeswijzer

Dit onderzoeksrapport bestaat uit zeven hoofdstukken. Hoofdstuk twee omvat het theoretisch kader en gaat over de veranderingen in de beroepsethiek van artsen, specifiek huisartsen. Hierbij komt ten eerste aan de orde wat onder medische beroepsethiek wordt verstaan. Ten tweede komt de literatuur die gaat over veranderingen van beroepsethiek van huisartsen aan de orde.

Hoofdstuk drie is het hoofdstuk waarin de methode van onderzoek wordt uitgelegd. Hierin staat op welke manier de beroepsethiek van huisartsen is onderzocht.

Hoofdstuk vier en vijf vormen het empirische deel van het onderzoek. In hoofdstuk vier worden de bevindingen uit het tijdschrift van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) op het gebied van marktwerking, concurrentie en veranderingen in het zorgstelsel vanaf 1990 tot nu beschreven. In hoofdstuk vijf komen vervolgens de bevindingen uit de interviews met de huisartsen aan de orde.

Hoofdstuk zes en zeven omvatten het slot van het rapport. In hoofdstuk zes volgt de conclusie waarin de bevindingen van het onderzoek worden geïnterpreteerd in relatie tot het theoretisch kader. Hoofdstuk zeven is de discussie. Hierin worden de onderzoeksmethode en de bevindingen in perspectief geplaatst en ter discussie gesteld.

---

<sup>7</sup> Hood, C. (1995), *A Public Management for all seasons?*, Public Administration, London, Vol. 69, No.1 (spring) p.3-19.

## 2. Veranderingen in beroepsethiek

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de eerste twee deelvragen van dit onderzoek. In het eerste deel volgt een uiteenzetting over medische beroepsethiek. Hierbij gaat het vooral om het vaststellen van de verschillende elementen waar medische beroepsethiek uit bestaat. Om te beginnen wordt er beschreven wat medische beroepsethiek is. Daarna komen de beroepscode, gedragsregels en artseneed aan de orde. In het tweede deel wordt de literatuur die over veranderingen in beroepsethiek gaat behandeld. Hierin worden de verschillende effecten van marktwerking en economisering op beroepsethiek belicht.

### 2.1 Medische beroepsethiek

Ethiek gaat over goede manieren van handelen. In het kort kan ethiek voorgesteld worden als het beschouwen van menselijk handelen tussen goed en kwaad. Uit ethische beschouwingen komen moraal, normen en waarden voort die al dan niet zijn vastgelegd in voorschriften, regels of gedragscodes. Medische ethiek komt dan neer op opvattingen en gedragsregels die gaan over een goede uitoefening van de geneeskunde.

Medische beroepsethiek gaat over de goede manieren van handelen van artsen in de gezondheidszorg, in dit geval de medische professional in de gedaante van de huisarts. Beauchamp en Childress (2001) hebben in hun boek vier basisprincipes van medische ethiek uiteengezet:<sup>8</sup>

- **Respect voor autonomie:** dit houdt in dat patiënten een eigen keuze moeten hebben of, hoe en op welke manier zij zorg willen ontvangen. De arts is verplicht om autonome besluitvorming van de patiënt te stimuleren en mag geen relevante, medische informatie achterhouden. Respect voor autonomie betekent dat een arts de autonomie van patiënten niet mag negeren, beledigen of inperken.
- **Niet-schaden:** het niet-schaden principe is de verplichting om geen schade te doen aan anderen. Een arts mag geen (medische) handelingen uitvoeren die kunnen schaden. Volgens Beauchamp en Childress houdt schade in dat er opzettelijk sprake is van het tegenwerken, achter stellen of afdoen van iemands belang. Schadelijke handelingen die uiteindelijk positief werken voor een patiënt zijn in principe wel toegestaan.<sup>9</sup>
- **Weldoen:** het principe van weldoen is complementair aan het principe van niet-schaden. Hierbij gaat het om het voorkomen of wegnemen van schade en om het stimuleren van handelingen die de gezondheid ten goede komen. Weldoen refereert aan handelingen die zorgen voor voordelen en positieve effecten op patiënten.
- **Rechtvaardigheid:** het principe van rechtvaardigheid komt neer op een gelijke behandeling van patiënten. Dit principe heeft te maken met een rechtvaardige verdeling van middelen in de gezondheidszorg. Op het gebied van rechtvaardigheid bestaat er geen

---

<sup>8</sup> Beauchamp, T.L. & Childress, J.F. (2001), *Principles of biomedical ethics*, 5<sup>e</sup> druk, Oxford University Press.

<sup>9</sup> Beauchamp, T.L. & Childress, J.F. (2001), p.116-117

sociale consensus, per land en per rechtssysteem verschilt de invulling van rechtvaardigheid.<sup>10</sup>

De principes van Beauchamps en Childress gaan op voor alle artsen en zijn dus ook voor huisartsen van toepassing.

Daryl Koehn (1994) heeft in haar boek verschillende elementen uiteengezet van waaruit zij beroepsethiek beschrijft. In haar boek gaat ze in op de beroepsethiek van verschillende professies, waarbij ook de arts als professional aan de orde komt. Koehn stelt dat een professie is gebaseerd op ethische manieren van handelen (*practices*). De taak van een professie is vertrouwen te geven aan patiënten of cliënten die een specifiek goed (dienst of product) nodig hebben en te zorgen dat het vertrouwen beschermd blijft.<sup>11</sup>

Volgens Koehn komt beroepsethiek tot uitdrukking in verschillende elementen, die raakvlakken hebben met de eerder genoemde principes van Beauchamps en Childress (2001). In haar boek schrijft Koehn (1994) dat artsen handelen vanuit het belang en het vertrouwen van de patiënt, de patiënt staat centraal. Artsen baseren zich in de behandeling van patiënten op de kennis en kunde die zij met andere artsen delen. Koehn (1994) stelt daarnaast dat het afleggen van een publieke eed, bijvoorbeeld de artseneed, zorgt voor de belofte dat artsen op een juiste manier hun vak uitoefenen. Door zich te voegen in de beroepsgroep geldt de publieke eed ook voor een arts. Artsen doen hierdoor volgens Koehn een publieke belofte om mensen te dienen die zorg nodig hebben.<sup>12</sup> Naast deze elementen zorgen artsen dat hun specifieke kennis wordt overgedragen door eigen organisaties (universiteiten, verenigingen), die door de maatschappij als zodanig erkend worden. Ten slotte beschikken artsen over een grote, vrije (discretionaire) ruimte waarover zij verantwoording moeten kunnen afleggen. Artsen bepalen vanuit hun expertise, binnen die vrije ruimte, wat goede zorg is en dit kan per arts enigszins verschillen.

Medische beroepsethiek wordt op grond van deze literatuur als volgt gedefinieerd: *beroepsethiek is het geheel van waarden en normen dat door de beroepsgroep wordt ontwikkeld en uitgedragen en die gaan over een juiste manier van beroepsuitoefening, waarbij het vertrouwen van patiënten centraal staat.* Het vertrouwen richt zich op het principe dat patiënten erop kunnen vertrouwen dat artsen hun medisch oordeel baseren op hun beroepsethiek.

De algemene principes van Beauchamps en Childress (2001) en de elementen van Koehn (1994) kennen hun invulling in de praktijk onder andere door het bestaan van gedragscodes, een artseneed en beroepsorganisaties in de gezondheidszorg.

### **2.1.1 Beroepscode en artseneed**

Heleen Dupuis (1988) schrijft dat de beroepsethiek van medici wordt ontwikkeld door een specifieke vorming in een specifieke traditie en dat er drie componenten aan verbonden zijn. De diensten die

---

<sup>10</sup> Beauchamp, T.L. & Childress, J.F. (2001), p. 272.

<sup>11</sup> Koehn, D. (1994), *The Ground of Professional Ethics*. London. Routledge, p.8.

<sup>12</sup> Koehn, D. (1994), p.11.

professionals leveren zijn volgens Dupuis zo cruciaal dat er speciale papieren voor nodig zijn. Ten eerste bestaat beroepsethiek uit een intellectuele component (de specialistische kennis), ten tweede een morele component (de kennis moet juist ingezet worden ten bate van de patiënt en samenleving) en ten derde een gildecomponent (de professional maakt deel uit van een eigen groep met eigen traditie, normen en gedrag).<sup>13</sup>

Om de specifieke eigenschappen van de beroepsgroep te behouden zijn er artsencodes ontstaan die teruggaan naar de tijd van Hippocrates<sup>14</sup> toen de eerste artseneed ontstond. In deze codes gaat het volgens Dupuis (1988) om twee hoofdzaken: in de eerste plaats is sprake van een regeling van de relaties binnen de beroepsgroep zelf en in de tweede plaats is de arts-patiëntrelatie gereguleerd. In de artseneed staat onder meer het leven en welzijn van de patiënt centraal.

Naast de artseneed zijn ook internationale verklaringen van de World Medical Association (WMA) van invloed op het geheel aan beroepscode rond artsen. De declaratie van Genève uit 1948 is hier een voorbeeld van. In de declaratie van Genève staan de plichten van de arts in het algemeen, die van de arts ten opzichte van de patiënt en die van arts tot arts centraal.

Op nationaal niveau zijn er voor artsen ook gedragsregels opgesteld door de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG). De gedragsregels zijn door de beroepsgroep zelf opgesteld en kunnen voor interne tuchtzaken worden gebruikt. Daarbij kunnen de regels ook door de civiele- en tuchtrechter worden gebruikt om “het handelen van de arts te toetsen aan wettelijke (en tucht-)normen”.<sup>15</sup> Specifiek voor huisartsen stelt het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) de standaarden, standpunten en richtlijnen op voor het handelen van huisartsen die voornamelijk gaan over de omgang met bepaalde ziektebeelden.

Bij de analyse van beroepscode en de artseneed komt een belangrijk gegeven naar voren, namelijk dat de beroepsethiek geen statisch geheel is. Door de tijd heen heeft de artseneed verschillende vormen aangenomen, de artseneed van nu is niet meer als die ten tijde van Hippocrates. De artseneed wordt nog wel door artsen afgelegd maar het is niet meer wettelijk verplicht om dit te doen, omdat in 1997 de wet op de uitoefening van de geneeskunst is geschrapt.<sup>16</sup> Het feit dat tegenwoordig aan artsen de keuze wordt gelaten om wel of niet de eed af te leggen duidt erop dat beroepsethiek continu verandert onder invloed van overheidsbeleid en maatschappelijke ontwikkelingen. De artseneed en de wetteksten zijn in dit kader niet als enige veranderd. Ook standaarden van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en gedragsregels van de KNMG veranderen door de tijd heen: in 2002 zijn de gedragsregels van de KNMG bijvoorbeeld nog herzien.

---

<sup>13</sup> Dupuis, H.M. (1988), *Ontwikkelingen in de medische ethiek: Van artsencode naar ethiek van de gezondheidszorg*, hoofdstuk 2, in: Beaufort, de D. & Dupuis, H.M. (1988), *Handboek Gezondheidsethiek*, Assen/Maastricht: van Gorcum

<sup>14</sup> Hippocrates (geboren c.a. 460 v. Chr.) doceerde geneeskunde in de Griekse oudheid en schreef in die tijd de eerste eed voor medici. Zie voorts: Johansen, K.F. (1998), *A History of Ancient Philosophy: From the beginnings to Augustine*, London/New York: Routledge, p.79-85.

<sup>15</sup> Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), *Gedragsregels voor artsen*, 25 juni 2002.

<sup>16</sup> Erkelens, D.W., e.a. (2005), *De Artseneed*, Commissie Herziening Artseneed in samenwerking met de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), Den Haag: Vereniging van Universiteiten (VSNU).

## Declaratie van Genève, World Medical Association<sup>17</sup>

### DUTIES OF THE PHYSICIAN

A PHYSICIAN SHALL	always exercise his/her independent professional judgment and maintain the highest standards of professional conduct.
A PHYSICIAN SHALL	respect a competent patient's right to accept or refuse treatment.
A PHYSICIAN SHALL	not allow his/her judgment to be influenced by personal profit or unfair discrimination.
A PHYSICIAN SHALL	be dedicated to providing competent medical service in full professional and moral independence, with compassion and respect for human dignity.
A PHYSICIAN SHALL	deal honestly with patients and colleagues, and report to the appropriate authorities those physicians who practice unethically or incompetently or who engage in fraud or deception.
A PHYSICIAN SHALL	not receive any financial benefits or other incentives solely for referring patients or prescribing specific products.
A PHYSICIAN SHALL	respect the rights and preferences of patients, colleagues, and other health professionals.
A PHYSICIAN SHALL	recognize his/her important role in educating the public but should use due caution in divulging discoveries or new techniques or treatment through non-professional channels.
A PHYSICIAN SHALL	certify only that which he/she has personally verified.
A PHYSICIAN SHALL	strive to use health care resources in the best way to benefit patients and their community.
A PHYSICIAN SHALL	seek appropriate care and attention if he/she suffers from mental or physical illness.
A PHYSICIAN SHALL	respect the local and national codes of ethics.

### DUTIES OF PHYSICIANS TO PATIENTS

A PHYSICIAN SHALL	always bear in mind the obligation to respect human life.
A PHYSICIAN SHALL	act in the patient's best interest when providing medical care.
A PHYSICIAN SHALL	owe his/her patients complete loyalty and all the scientific resources available to him/her. Whenever an examination or treatment is beyond the physician's capacity, he/she should consult with or refer to another physician who has the necessary ability.
A PHYSICIAN SHALL	respect a patient's right to confidentiality. It is ethical to disclose confidential information when the patient consents to it or when there is a real and imminent threat of harm to the patient or to others and this threat can be only removed by a breach of confidentiality.
A PHYSICIAN SHALL	give emergency care as a humanitarian duty unless he/she is assured that others are willing and able to give such care.
A PHYSICIAN SHALL	in situations when he/she is acting for a third party, ensure that the patient has full knowledge of that situation.
A PHYSICIAN SHALL	not enter into a sexual relationship with his/her current patient or into any other abusive or exploitative relationship.

### DUTIES OF PHYSICIANS TO COLLEAGUES

A PHYSICIAN SHALL	behave towards colleagues as he/she would have them behave towards him/her.
A PHYSICIAN SHALL	NOT undermine the patient-physician relationship of colleagues in order to attract patients.
A PHYSICIAN SHALL	when medically necessary, communicate with colleagues who are involved in the care of the same patient. This communication should respect patient confidentiality and be confined to necessary information.

<sup>17</sup> *Declaration of Geneva* (1948). Adopted by the General Assembly of World Medical Association at Geneva Switzerland, September 1948

## 2.2. Verandering van beroepsethiek

In deze paragraaf komen de veranderingen in beroepsethiek aan de orde. Hierbij zal onder andere naar voren komen dat de positie van de professional onder druk staat door onder andere overheidsbeleid en maatschappelijke ontwikkelingen.

In de inleiding is Eliot Freidson al genoemd die in zijn boek *Professionalism: The third logic* (2001) een belangrijke ontwikkeling heeft willen duiden op het gebied van beroepsethiek van professionals. Hij heeft in zijn boek drie ideaaltypen uiteengezet waarmee hij werk of de praktijk van kennis typeert. De ideaaltypen worden door Freidson verschillende vormen van logica genoemd. Deze ideaaltypen of logica zijn achtereenvolgens; de logica van de markt, waarin controle plaatsvindt door marktwerking; de logica van de bureaucratie, waarin bureaucratische controle centraal staat (managers); de logica van de professional, waarin controle is overgelaten aan de professie zelf.<sup>18</sup>



**Figuur 1: Ideaaltypen van Freidson**

In de logica van de professional onderscheidt Freidson (2001) vijf elementen. Deze elementen komen in grote mate overeen met wat Koehn (1994) schrijft over beroepsethiek. Het eerste element is een set van specialistische kennis en kunde, de zogenoemde *body of knowledge*. Het tweede element is het verschijnsel dat het werk door de beroepsgroep in stand gehouden wordt: de professionals zijn de enigen die het werk juist uit kunnen voeren. Ten derde wordt de arbeidsmarkt voor het betreffende beroep alleen vervuld door de professionals zelf. In de vierde plaats wordt de opleiding en training verzorgd door de professionals. Tenslotte is er onder de professionals sprake van een door de beroepsgroep hoog gehouden ideologie.

Freidson (2001) schrijft in zijn boek dat de beroepsethiek van professionals wordt bedreigd door marktwerking en de opkomst van bureaucratie. In het hoofdstuk over artsen beschrijft Freidson (2001) de opkomst van marktmechanismen en bureaucratische principes in de gezondheidszorg waardoor de

---

<sup>18</sup> Freidson, E. (2001), *Professionalism: the Third Logic*. Cambridge: Polity Press, 2001.

logica van de professional op het gebied van uitoefening van zorg en het zorgproces onder druk is komen te staan. Door de invoering van marktwerking komen volgens Freidson (2001) andere principes in de zorg centraal te staan. Marktwerking zorgt ervoor dat professionele kennis en kunde minder belangrijk wordt omdat economische principes gaan regelen en sturen. Daardoor verandert de beroepsethiek van professionals en wordt deze mogelijk minder belangrijk. In het volgende kader staan de gevolgen van de opkomst van de logica van de bureaucratie en de logica van de markt voor de professional beschreven.

#### **Gevolgen van bedreiging van de logica van professionals volgens Freidson (2001) <sup>19</sup>**

1. Werk wordt niet meer gereguleerd door professionals of de beroepsgroep, maar door de markt of door bureaucratieën.
2. In plaats van professionele kennis en kunde, komen bureaucratische regels en controle of economische positie en voorkeuren van de consument centraal te staan.
3. Het najagen van eigen belang of standaardisatie van het werk wordt belangrijker voor de professional dan zijn ideologie.

### **2.2.1 Economisering van zorg en beroepsethiek**

Hilhorst heeft in zijn bijdrage aan de achtergrondstudie van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG) en de Raad voor de Volksgezondheid (RVZ) een aantal implicaties geduid van de economisering in de zorg voor de beroepsethiek van zorgverleners. In het stuk schrijft Hilhorst dat marktwerking en marktinstrumenten zorgen voor een ander perspectief op de gezondheidszorg. Als er sprake is van sturing door de markt staat namelijk een tevreden patiënt centraal en niet een gezonde of genezen patiënt.<sup>20</sup> Door het intreden van marktinstrumenten in de gezondheidszorg verandert de beroepsethiek mee: de beroepsethiek in een omgeving met marktwerking is een andere in een situatie zonder marktwerking. Hij stelt dat de beroepsethiek van zorgverleners door economisering een andere vorm krijgt omdat er vanuit de professie minder kan worden gestuurd en sturing meer door economische instrumenten zoals marktwerking plaatsvindt. Hilhorst maakt zich in het artikel sterk voor artsen die actief vorm en inhoud geven aan de beroepsethiek in een marktomgeving.

De beroepsethiek wordt nu volgens Hilhorst meer door marktwerking geleid en minder door de professie. De beroepsethiek die nu onder invloed van marktwerking en economisering ontstaat, heeft een andere werking en een andere uitwerking op de gezondheidszorg. Door economisering kan voor de kwaliteit van de zorg volgens Hilhorst minder worden vertrouwd op de richtlijnen, codes en ethiek die ontwikkeld zijn door de beroepsgroep.

---

<sup>19</sup> Freidson, E. (2001), hoofdstuk 8 & 9.

<sup>20</sup> Hilhorst, M.T. (2004), *Goeddoen met winst maken: naar een economisering van zorg en beroepsethiek?*; Zoetermeer: CEG / RVZ, p.35.



### **Gevolgen van economisering voor beroepsethiek volgens Hilhorst<sup>21</sup>:**

1. De afspraken tussen zorgverlener en zorgaanbieder bepalen wat goede zorg is.
2. Er is minder noodzaak tot consensus binnen beroepsgroepen omdat marktwerking zal zorgen voor toenemend individualistisch denken.
3. De ethiek van zorgverleners zal zich bewegen richting een ethiek van de markt waarbij het gaat om klanttevredenheid, kwalitatief goede producten, imago en goede dienstverlening.
4. Waarden zullen vaker worden afgewogen tegen de individuele situatie en volgens eigen voorkeuren, waarbij financiële redenen een grotere rol zullen spelen.
5. Waarden zoals gelijkheid en rechtvaardigheid worden losgelaten omdat andere waarden als doelmatigheid en efficiency belangrijker worden in het zorgproces.

### **2.2.2 Onderzoek naar ontwikkelingen rond professies**

In een recente publicatie van Groenewegen, Hansen en Ter Bekke zijn brede maatschappelijke trends en ontwikkelingen rond medische professies onderzocht.<sup>22</sup> De auteurs gaan in op de verandering van de positie van professies in de gezondheidszorg door te kijken naar de invloed van maatschappelijke trends (veranderingen in arbeidsmarkt, arbeidsverdeling, marktwerking, (de)regulering en meer) op vertrouwensrelaties tussen actoren in de zorg. In het boek gaan de auteurs in op de verschillende relaties die bestaan tussen professionals en patiënten, professionals onderling en professionals en derde partijen. Het onderzoek is gebaseerd op interviews, rapporten en internationale literatuur.

Uit het boek blijkt dat de context waarin artsen hun werk doen sterk aan het veranderen is. Door marktwerking en concurrentie verandert het referentiekader van professionals, zij kijken door deze ontwikkelingen anders naar hun omgeving. Daarnaast is de basis voor vertrouwen, de langdurige relatie tussen huisarts en patiënt, onder druk komen te staan: deze is aan het verdwijnen.<sup>23</sup>

De auteurs signaleren meer ontwikkelingen, waarbij de belangrijkste in relatie tot dit onderzoek in het onderstaande schema zijn opgenomen.

### **Ontwikkelingen rond professies volgens Groenewegen, Hansen en Ter Bekke**

1. In de praktijk blijken patiënten veel minder mondig te zijn dan ze denken. De arts geniet nog steeds een hoog aanzien. De auteurs verwachten op lange termijn wel een stijging van de mondigheid van burgers, wat betekent dat in de toekomst de professional zich sterker en vaker moet beroepen op zijn autoriteit.<sup>24</sup>
2. De auteurs constateren in het boek schaalvergroting in huisartspraktijken door een toename van praktijkondersteuners. Deze schaalvergroting past binnen veranderingen in

<sup>21</sup> Hilhorst, M.T. (2004), p.68-69.

<sup>22</sup> Groenewegen, P.P., Hansen, J. en Ter Bekke, S. (2007), *Professies en de toekomst, veranderende verhoudingen in de gezondheidszorg*, Vereniging VVAA.

<sup>23</sup> Groenewegen, P.P., Hansen, J. en Ter Bekke, S., 2007, p.91.

<sup>24</sup> Groenewegen, P.P., Hansen, J. en Ter Bekke, S., 2007, p.88.

huisartsenpraktijken: praktijken integreren en huisartsen verenigen zich in coöperaties, waar zij eerst praktijk aan huis hielden.<sup>25</sup>

3. Een andere belangrijke ontwikkeling is die van marktwerking en concurrentie: uit het onderzoek blijkt dat de sfeer van onderling vertrouwen tussen professionals hierdoor lijkt te verslechteren. In beroepen waar al veel concurrentie in de omgeving is ingevoerd is het onderling vertrouwen kleiner. Daarnaast hebben artsen die in hun werk meer worden beïnvloed door marktwerking en concurrentie minder vertrouwen in hun collega's buiten de praktijk.<sup>26</sup>
4. In het slothoofdstuk stellen de auteurs dat huisartsen in aanzien gelijk zijn gebleven ten opzichte van andere medische beroepen. Daarnaast zijn huisartspraktijken niet allemaal meer dezelfde kleine praktijken waar één mannelijke huisarts werkt; er werken meer vrouwen in praktijken en meer huisartsen in dienst van huisartsen. Tenslotte ervaren huisartsen in vergelijking met andere beroepsgroepen weinig marktwerking en concurrentie in hun werk.<sup>27</sup>

Nu is vastgesteld wat medische beroepsethiek inhoudt en in grote lijnen de veranderingen in de gezondheidszorg duidelijk zijn geworden, is het ten slotte belangrijk om vast te stellen hoe de ethiek van de huisartsgeneeskunde er twintig jaar geleden voor stond. Het boek van Mol en Van Lieshout uit 1989 vormt hiervoor het vertrekpunt van dit onderzoek.

### **2.2.3 Veranderingen in huisartsgeneeskunde volgens Mol en Van Lieshout**

Mol en Van Lieshout (1989) hebben twintig jaar geleden de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde over veertig jaar tijd onderzocht. In hun boek beschrijven zij het gedrag en de medische taal die huisartsen gebruikten tussen 1945 en 1985. In hun analyse gebruiken zij de begrippen medicalisering (de ontwikkeling dat meer verschijnselen binnen het domein van de geneeskunde vallen) en normalisering (het verschijnsel dat de geneeskunde normen produceert, bijvoorbeeld normen over wat ziek of afwijkend is en wat gezond of normaal is). Mol en Van Lieshout beschrijven in hun boek de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde tot 1985. Over de huisartsgeneeskunde in de jaren tachtig schrijven zij dat voor het eerst het beeld ontstaat van de patiënt als deskundige. Patiënten krijgen eigenschappen toegedicht die passen bij de rol van 'hulpverlener' en worden in veel gevallen niet meer als leek, maar als deskundige gezien. Deze ontwikkeling is beïnvloed door de toename van mondige patiënten en het stimuleren van mondigheid door huisartsen, in de jaren zeventig. Diagnosticeren gaat tot de eigenschappen van patiënten behoren. De rol van de huisarts ligt vanaf dat moment bij het achterhalen wat de patiënt *denkt*. Mol en Van Lieshout (1989) citeren uit het tijdschrift *Huisarts en Wetenschap* het volgende: "De eerste stap die de huisarts moet doen in zijn contact met de somatiserende patiënt, is nagaan hoe de patiënt zelf zijn klachten diagnosticeert. Met opzet staat hier

---

<sup>25</sup> Groenewegen, P.P., Hansen, J. en Ter Bekke, S, 2007, p.116.

<sup>26</sup> Groenewegen, P.P., Hansen, J. en Ter Bekke, S, 2007, p.116.

<sup>27</sup> Groenewegen, P.P., Hansen, J. en Ter Bekke, S, 2007, p.164.

niet 'hoe de patiënt zelf zijn klachten beleeft' want dat is te onspecifiek”<sup>28</sup> Een patiënt die bij de dokter komt vertelt zijn eigen diagnose waarna hij hier met de huisarts over in discussie gaat.

### **Huisartsgeneeskunde in de jaren tachtig, Mol en van Lieshout<sup>29</sup>**

De volgende vier punten zijn van toepassing op de situatie van de huisartsgeneeskunde aan het eind van de jaren tachtig:

1. Mondigheid van patiënten stimuleren
2. Patiënten zelf laten diagnosticeren
3. Weinig *doen* als huisarts (alleen als dit de patiënt ten goede komt)
4. Voorkomen dat patiënten in verwijscircuits of de tweede lijn terecht komen

### **Rol van de huisarts**

In de jaren tachtig vindt er onder huisartsen een verandering plaats in het kijken naar het aanbod van de zorg die zij leveren. Huisartsen kijken niet naar wat zij kunnen gaan doen, maar vooral naar wat zij *niet* moeten doen. Er zijn veel dingen die juist *niet* moeten gebeuren, daardoor wordt voorkomen dat patiënten in een ‘verwijscircuit’ blijven hangen.<sup>30</sup> De redenen die hieraan ten grondslag liggen zijn medisch inhoudelijk: iets ‘doen’ is niet altijd goed, het kan zelfs schade opleveren voor de patiënt. Huisartsen willen er voor zorgen dat patiënten zoveel mogelijk in de eerste lijn blijven. Om deze reden concentreren huisartsen zich op hun eigen zorgaanbod en worden er protocollen en handelingsrichtlijnen verspreid. Door de protocollen kunnen huisartsen elkaar toetsen en zorgen voor een specifiek eigen en doelgericht aanbod.<sup>31</sup>

### **Verhouding tussen patiënt en huisarts**

In de jaren tachtig wordt zelfdiagnose een eigenschap van patiënten. Er worden succesvolle cursussen aan patiënten gegeven om aan de roep om zelfdiagnose en mondigheid gehoor te geven. Hulpverleners en patiënten wisselen voortaan informatie uit. Vervolgens vertelt de patiënt welke diagnose hij zelf heeft gesteld, waar de arts positief op ingaat of met de patiënt over in discussie treedt. Een belangrijke ontwikkeling is dat de arts de patiënt is gaan zien als een *drager* van kennis en niet alleen het *object* van kennis. Een arts hoeft niet langer alleen patiënten te bekijken en te beluisteren, maar wat de patiënt zegt is kennis voor de arts geworden. Huisartsen gaan met patiënten - die voorafgaand aan een consult zelf een diagnose hebben gesteld - in discussie over ‘de waarheid’.<sup>32</sup>

<sup>28</sup> Tijdschrift Huisarts & Wetenschap, 1981, p. 172 in: Mol, A.. & P. van Lieshout (1989), Ziek is het woord niet, RUG, Nijmegen, SUN, p.236.

<sup>29</sup> Mol, A.. & P. van Lieshout, 1989, p.130-133, 250-266.

<sup>30</sup> Mol, A.. & P. van Lieshout, 1989, p.133.

<sup>31</sup> Mol, A.. & P. van Lieshout, 1989, p.134.

<sup>32</sup> Mol, A.. & P. van Lieshout, 1989, p.254.

## 2.3 Tot slot

In dit hoofdstuk hebben we gezien dat beroepsethiek uit verschillende elementen bestaat. Daarbij is beroepsethiek gebaseerd op ethische manieren van handelen die door een beroepsgroep worden bepaald. Volgens Koehn (1994) is het de taak van huisartsen vertrouwen te geven aan patiënten en te zorgen dat het vertrouwen beschermd blijft. Huisartsen zorgen daarbij dat de ethische manieren van handelen worden bepaald door de beroepsgroep. Door middel van eigen opleidingen en eigen beroepsorganisaties wordt goede zorg gewaarborgd. De definitie van beroepsethiek die hieruit volgde is de volgende: *Beroepsethiek is het geheel van waarden en normen dat door de beroepsgroep wordt ontwikkeld en uitgedragen en die gaan over een juiste manier van beroepsuitoefening, waarbij het vertrouwen van patiënten centraal staat.*

Vervolgens zijn we in het hoofdstuk literatuur tegen gekomen die ingaat op veranderingen in de beroepsethiek. Hieruit blijkt onder andere dat:

- De beroepsgroep in mindere mate zelf kan bepalen wat goede zorg is omdat dit wordt bepaald en gereguleerd door marktwerking of bureaucrativering (Freidson, 2001).
- De normen en waarden die belangrijker worden voor huisartsen zijn van markteconomische aard en worden niet door de beroepsgroep ontwikkeld. (Hilhorst, 2004)
- Door de veranderende beroepsethiek gaan huisartsen (volgens markteconomische waarden) meer aan hun eigen belang denken en verslechterd onder andere de onderlinge sfeer tussen huisartsen. Hierdoor worden zij minder afhankelijk van de beroepsgroep. (Groenewegen e.a., 2007)

Om veranderingen over de afgelopen 18 jaar te onderzoeken, is er geschetst wat in de beroepsgroep van huisartsen eind jaren '80 als goede manier van handelen werd verstaan. Hieruit blijkt wat de beroepsethiek van huisartsen eind jaren '80 was. Uit het onderzoek van Mol en van Lieshout (1989), blijkt dat huisartsen aan het eind van de jaren tachtig vooral mondigheid van patiënten hebben willen stimuleren. Patiënten moesten daarbij zelf hun diagnose leren stellen. De taak van de huisarts was erop gericht om zo min mogelijk te doen en te voorkomen dat patiënten in de tweede lijn terecht komen.

In het volgende hoofdstuk komen de methode van onderzoek aan de orde.

### 3. Methode van onderzoek

Uit de literatuur blijkt dat beroepsethiek aan verandering onderhevig is door overheidsbeleid en maatschappelijke ontwikkelingen: de invoering van marktwerking, de toename van economische waarden in de zorg, mondigheid van patiënten en toename van parttime werkers in de zorg dragen bij aan veranderingen in de beroepsethiek.

De beroepsethiek van huisartsen in relatie tot de stelselwijziging en de daarmee gepaard gaande toename van marktwerking staat in dit onderzoek centraal. Om een antwoord te kunnen geven op de vraagstelling van dit onderzoek is een kwalitatief onderzoek uitgevoerd. Dit onderzoek bestaat enerzijds uit een documentanalyse van het tijdschrift van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), *Huisarts in Praktijk*. Uit het tijdschrift is, vanaf 1990 (eerste jaargang) tot 2008, achterhaald hoe door huisartsen en betrokkenen uit de beroepsgroep de beroepsethiek wordt gezien. Anderzijds zijn er interviews met huisartsen gehouden om te achterhalen welke veranderingen huisartsen hebben ervaren en in hoeverre dit overeenkomt met de bevindingen uit de documentanalyse.

#### 3.1 Onderzoeksfocus

De focus in dit onderzoek ligt op veranderingen van de medische beroepsethiek bij huisartsen in relatie tot marktwerking en de stelselwijziging. Er is voor gekozen om de beroepsethiek bij huisartsen te onderzoeken, omdat zij als arts aan de basis staan van gezondheidszorg: zij fungeren als poortwachter naar specialistische zorg.<sup>33</sup> De huisarts is in dat opzicht een belangrijke professional in de gezondheidszorg.

Deze scriptie is bedoeld om inzicht te krijgen in veranderingen van medische beroepsethiek vanaf 1990 tot 2008. Op basis van de verkregen inzichten rondom deze beroepsethiek en theorie over veranderingen in professionele ethiek, is er onderzocht in hoeverre de beroepsethiek van huisartsen is veranderd. Het gaat hierbij om de veranderingen van beroepsethiek -zoals deze in het theoretisch kader zijn weergegeven- onder invloed van de opkomst van meer marktwerking en de stelselwijziging in de gezondheidszorg. Er is gekozen voor deze factoren omdat ze specifiek herleidbaar zijn, bijvoorbeeld aan de hand van overheidsbeleid of beleid binnen de beroepsgroep. De verandering wordt vanaf 1990 onderzocht, wat ruwweg als aanlooptijd voor de invoering van het nieuwe zorgstelsel geldt.<sup>34</sup>

---

<sup>33</sup> Boot, J.M. en Knapen, M.H.J.M., (2005), *De Nederlandse Gezondheidszorg*, Houten: Bohn Stafleu van Loghum, p.102

<sup>34</sup> Boot en Knapen noemen marktwerking als leidend beginsel in de structuur en financiën van de gezondheidszorg vanaf 1988. Zie voorts: Boot, J.M. en Knapen, M.H.J.M., (2005), *De Nederlandse Gezondheidszorg*, Houten: Bohn Stafleu van Loghum, p.220.

## 3.2 Operationalisatie

Op grond van het theoretisch kader is er onderzocht welke veranderingen er zijn waar te nemen. In het theoretisch kader is zijn de volgende onderdelen van beroepsethiek vastgesteld zoals deze tegen het eind van de jaren tachtig was:

Beroepsethiek van huisartsen eind jaren tachtig (Mol en van Lieshout, 1989):

- Mondigheid van patiënten stimuleren
- Rol van zelfdiagnose.
- Zelf zo min mogelijk doen.
- Voorkomen dat patiënten in de tweede lijn terecht komen.

Op grond van het theoretisch kader zijn de volgende onderzoeksvragen gebruikt die gaan over veranderingen in de beroepsethiek:

- Wat zijn de belangrijkste waarden die voor huisartsen in hun werk centraal staan?
- Bepalen huisartsen, op basis van normen en waarden uit de beroepsgroep, wat de juiste manier van beroepsuitoefening is?
- Welke rol spelen markteconomische waarden in het werk van huisartsen?
- Geven huisartsen aan over de afgelopen jaren meer in een marktgerichte omgeving te werken?
  - Wat is de mate waarin actoren een toename of afname beschrijven van het belang van markteconomische waarden in hun werk?
- Welke veranderingen ondervinden huisartsen door marktwerking?
- Welke veranderingen ondervinden huisartsen door wijzigingen in het zorgstelsel?
- Wat is de invloed van de invoering van het nieuwe zorgstelsel op:
  - De manier van werken in de praktijk.
  - De rol van de zorgverzekeraar.
  - De houding van en naar de patiënt.
  - De houding ten opzichte van collega's.

## 3.3 Methode van analyse

Dit onderzoek heeft in de eerste plaats gestalte gekregen door een analyse van het tijdschrift van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), hier zal ten eerste op worden in gegaan. Ten tweede komt de methodische verantwoording van de interviews aan de orde.

### 3.3.1 Tijdschriftanalyse

Het tijdschrift van de LHV verscheen tot 1994 onder de naam *De Huisarts in Nederland*. Vanaf 1994 is het blad verschenen onder de naam *Huisarts in Praktijk (HIP)*. Het tijdschrift *Huisarts in Praktijk* is het officiële orgaan van de LHV en verschijnt in een oplage van (in 2007) ruim 11.000. In het blad worden

artikelen gepubliceerd over praktijkuitoefening, management aspecten en recente ontwikkelingen op het gebied van de huisartsgeneeskunde. In de colofon van het eerste nummer staat dat het blad bedoeld is voor: “huisartsen, huisartsen-in-opleiding, beleidsmakers (overheid, financiers), provinciale en regionale instellingen koepelorganisaties en functionarissen in de perifere gezondheidszorg.”.<sup>35</sup> Het blad is een spreekbuis voor de LHV en haar lezers; de redactie bestaat grotendeels uit huisartsen en middels ingezonden brieven en columns kan er door lezers worden gereageerd.

Uit het tijdschrift is achterhaald hoe er over de tijd door huisartsen en betrokkenen uit de beroepsgroep en de overheid, wordt aangekeken tegen de beroepsethiek. De ontwikkelingen zijn daarbij geanalyseerd in relatie tot de opkomst van marktwerking en het overheidsbeleid op het gebied van wijzigingen in het zorgstelsel. De analyse heeft plaatsgevonden op basis van artikelen, ingezonden reacties en nieuwsberichten uit het tijdschrift.

Hierbij zijn artikelen geanalyseerd die gaan over de verschillende elementen van beroepsethiek, namelijk:

- Belangrijkste waarden die voor huisartsen in hun werk centraal staan.
- De mate waarin de beroepsgroep zelf bepaalt wat goede zorg is.
- De mate waarin patiënten centraal staan in het werk van huisartsen.

Op grond van de veranderingen in de beroepsethiek die uit het theoretisch kader naar voren komen zijn artikelen met de volgende onderwerpen geanalyseerd:

- Berichten over de mate waarin huisartsen worden geacht marktgericht te werken:
  - Onder invloed van overheidsbeleid of beleid uit de beroepsgroep
- Berichten over het invoeren of intreden van markteconomische waarden in het werk van huisartsen.
- Reactie van betrokken actoren op initiatieven om marktgericht te werken.
- De mate waarin actoren een toename of afname beschrijven van het belang van markteconomische waarden in hun werk.
- Veranderingen die actoren beschrijven door de opkomst of invoering van (elementen van) marktwerking.
- Veranderingen die actoren beschrijven door wijzigingen in het zorgstelsel.
- Invloed van marktwerking en de invoering van het nieuwe zorgstelsel op:
  - De manier van werken in de praktijk.
  - De rol van de zorgverzekeraar.
  - De houding van en naar de patiënt.
  - De houding ten opzichte van collega's.

Artikelen die over andere onderwerpen gaan zijn buiten beschouwing gelaten en niet meegenomen in de analyse. Uit de geselecteerde artikelen zijn citaten overgenomen die duidelijk aangeven hoe er op dat moment door betrokken actoren wordt aangekeken tegen de beroepsethiek. Daarbij is vooral van belang

---

<sup>35</sup> Colofon, *De Huisarts in Nederland*, tijdschrift Landelijke Huisartsen Vereniging, jaargang 1, nr.1. p.3.

wat de actoren zeggen over een juiste manier van beroepsuitoefening in relatie tot marktwerking en de invoering van het zorgstelsel. Deze citaten zijn gecategoriseerd op tijd. Aangezien in dit onderzoek een verandering wordt onderzocht, die zich geleidelijk voltrekt, is het van belang om chronologisch te bekijken hoe door de tijd heen wordt aangekeken tegen de beroepsethiek.

Daarbij is er vervolgens gecategoriseerd naar bron:

- Huisartsen
- Vertegenwoordigers uit de beroepsorganisaties
- Politici (vertegenwoordigers van de overheid)

Vervolgens zijn de bevindingen uit het tijdschrift ook naar onderwerp gecategoriseerd:

- Visie op het beroep
- Ethiek: normen en waarden in de huisartsenpraktijk
- Marktwerking
- Stelselwijzigingen

Op grond van de analyse van het tijdschrift is er een chronologisch overzicht gemaakt waarin de bevindingen per kabinetsperiode uiteen worden gezet, deze bevindingen worden in hoofdstuk 4 gepresenteerd. In de bevindingen wordt een selectie van citaten gepresenteerd die veelzeggend zijn en die een representatief verhaal vormen van hoe er door huisartsen en betrokken actoren aan wordt gekeken tegen de eerder genoemde onderwerpen. De citaten die niet geselecteerd zijn wijken inhoudelijk niet noemenswaardig af van de gebruikte citaten.

### **3.3.2 Analyse van de interviews**

De ontwikkelingen die in het tijdschrift worden geconstateerd hoeven niet representatief te zijn voor wat zich in werkelijkheid voltrokken heeft. Daarom zijn er naast de analyse van het tijdschrift semigestructureerde interviews gehouden met huisartsen, om naast de bevindingen van de tijdschriftanalyse te leggen.

Aan de hand van de interviews is onderzocht hoe huisartsen de periode over de afgelopen 20 jaar hebben beleefd en wat zij in hun praktijk merken van het ingevoerde zorgstelsel, marktwerking en concurrentie. Er zijn acht huisartsen geïnterviewd over hun dagelijks werk, de relatie met zorgverzekeraars, de invloed van het zorgstelsel, marktwerking, concurrentie, over hun beroepsethiek en waarden die een rol spelen in de uitoefening van hun vak.

De leeftijd van de geïnterviewde huisartsen varieert van 41 tot 61 jaar, met een gemiddelde van 53 jaar. Vijf respondenten waren al voor 1990 werkzaam als huisarts, twee respondenten gaven aan binnen enkele jaren met pensioen te gaan. Het merendeel van de huisartsen kan de periode die in dit onderzoek centraal staat overzien. Van de geïnterviewde huisartsen zijn er twee solist, de rest is werkzaam in een groepspraktijk of duopraktijk. Vier respondenten hebben hun praktijk buiten verstedelijkt gebied in de periferie (platteland), de overige vier respondenten bevinden zich met hun praktijk aan de rand van verstedelijkt gebied.



In het volgende schema zijn details te vinden over de geïnterviewde huisartsen:

	<b>Leeftijd:</b>	<b>Huisarts sinds:</b>	<b>Praktijk:</b>	<b>Periferie / Stad</b>
<b>Huisarts 1</b>	41	2000	Groepspraktijk / Gezondheidscentrum	Periferie (Groningen)
<b>Huisarts 2</b>	61	1974	Duopraktijk	Periferie (Groningen)
<b>Huisarts 3</b>	49	1993	Solopraktijk	Periferie (Groningen)
<b>Huisarts 4</b>	48	1988	Duopraktijk	Periferie (Utrecht)
<b>Huisarts 5</b>	49	1991	Duopraktijk	Verstedelijk gebied (Utrecht)
<b>Huisarts 6</b>	59	1985	Solopraktijk	Verstedelijk gebied (Noord- Holland)
<b>Huisarts 7</b>	59	1979	Duopraktijk	Verstedelijk gebied (Utrecht)
<b>Huisarts 8</b>	56	1981	Solopraktijk	Verstedelijk gebied (Utrecht)

Bij de interviews is gebruik gemaakt van een topiclijst. De topiclijst is gebaseerd op het theoretisch kader: de onderzoeksvragen uit de operationalisatie van de veranderingen in beroepsethiek vormen de basis van de topiclijst. De topiclijst is te vinden in de bijlage van dit rapport (zie Bijlage 1). De interviews zijn allemaal opgenomen, letterlijk getranscribeerd en vervolgens gecodeerd met het programma MaxQda. De data uit de interviews zijn geanalyseerd op basis van een codeerschema (zie Bijlage 2). Dit codeerschema is gebaseerd op de veranderingen zoals die in het theoretisch kader zijn beschreven.

In de volgende hoofdstukken, hoofdstuk vier en vijf komen de bevindingen van het onderzoek aan de orde. Hoofdstuk vier omvat de analyse van het tijdschrift van de LHV, in hoofdstuk vijf komt de analyse van de interviews aan de orde.

## 4. Huisarts in Praktijk 1990-2008

In dit hoofdstuk worden de bevindingen gepresenteerd uit het tijdschrift van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV). De paragrafen beginnen met een overzicht waarin de politiek-bestuurlijke situatie van dat moment wordt geduid en de beschrijving hoe huisartsen daarop hebben gereageerd in het tijdschrift. Vervolgens volgt er een uitgebreide beschrijving met citaten uit het tijdschrift. Het tijdschrift verscheen voor het eerst in 1990, dat is het moment waar deze bevindingen ook mee beginnen.

### 4.1 De beginperiode: filosofen over nieuwe stelsels, 1990-1994

#### Stelselwijziging Ziektekostenverzekering of het plan-Simons, 1990

In 1990 komt de nota *Werken aan Zorgvernieuwing* uit.<sup>36</sup> De nota spitst zich toe op nagenoeg de hele gezondheidszorg, van preventie tot aan de zorgsector. Door vergrijzing neemt de behoefte aan zorg toe, de oplossing hiervoor is één zorgverzekering voor iedereen. De uitvoering van de verzekeringen komt hierdoor bij de zorgverzekeraars te liggen die zijn verenigd in de opvolger van de Ziekenfondsraad, de Raad voor de Zorgverzekering.

De realisering van het nieuwe zorgstelsel dat aan de notitie ten grondslag ligt, wordt bekend onder de naam Stelselwijziging Ziektekostenverzekering of het plan-Simons.<sup>37</sup> Het doel van dit plan was het realiseren van één basisverzekering binnen een meer marktgericht stelsel.<sup>38</sup>

De politieke ontwikkelingen en de effecten van het stelsel worden breed uitgemeten in *De Huisarts in Nederland*. Artsen zijn tegen de voorgestelde marktwerking en proberen koste wat kost de stelselwijziging buiten de deur te houden.

Uit de analyse van het tijdschrift van de Landelijke Huisartsen Vereniging blijkt dat er in de beginjaren van het tijdschrift flink door huisartsen over marktwerking en concurrentie in de gezondheidszorg werd gespeculeerd en gediscussieerd. Vanuit de overheid en andere instellingen rondom de gezondheidszorg komen ideeën en impulsen om meer financiële prikkels in de zorg in te voeren. Huisartsen reageren hier over het algemeen huiverig op en zetten zich tegen deze ideeën af. In de eerste tien jaar blijven marktwerking en nieuwe zorgstelsels als een zwaard van Damocles boven de huisartsen hangen.

Het eerste citaat komt uit een stuk waarin uitleg wordt gegeven bij het verschijnen van de eerste editie van *De Huisarts in Nederland*. Hierin wordt door de redactie een korte schets gegeven van de veranderingen die de gezondheidszorg heeft meegemaakt de afgelopen jaren. Het stuk komt uit het

<sup>36</sup> Ministerie van WVC. 1990. *Werken aan zorgvernieuwing*. Actieprogramma van het beleid voor de zorgsector in de jaren negentig. Kamerstukken II, 1989-1990, 21245, nrs 1 en 2. 's-Gravenhage: SDU.

<sup>37</sup> Boot, J.M. en Knapen, M.H.J.M., (2005), p.228.

<sup>38</sup> Zie voorts: Boot, J.M. en Knapen, M.H.J.M., (2005).

eerste nummer, uit 1990. Het citaat vindt aansluiting bij de conclusies en het geschetste beeld van de huisartsgeneeskunde van Mol en Van Lieshout<sup>39</sup> eind jaren tachtig, waar de taak van de huisarts scherp onder de loep werd genomen.

*In de jaren tachtig dienden zich veranderingen aan in het denken over maatschappij en gezondheidszorg. De gedachte aan de maakbaarheid van de samenleving, maakte plaats voor de zorg om behoud van kwaliteit. De rol van de overheid werd scherp ter discussie gesteld en de taak van de huisarts in het licht van onder andere bezuinigingen, ontwikkelingen in de tweede lijn en een zich voortdurend verbeterend medisch inzicht, in een ander perspectief geplaatst.*

Redactie van *De Huisarts in Nederland*, toelichting bij het verschijnen van de eerste editie.<sup>40</sup>

In de nieuws- en actualiteitenberichten van het tijdschrift wordt vaak aandacht besteed aan de plannen van de overheid. In het blad worden in de begintijd veelal bewindslieden of deskundigen aan het woord gelaten die vertellen wat er volgens hen in de praktijk gaande is. Ook de redactie laat niet na geregeld te berichten over de stand van zaken in de politiek. Over de plannen van Simons zeggen zij het volgende:

*Overigens blijkt Simons niet ongevoelig voor het concurrentie-element in de gezondheidszorg. Hij wil immers een systeem van maximumtarieven invoeren, waardoor verzekeraars met hulpverleners kunnen gaan onderhandelen over een eventueel lager tarief. Bovendien zal de contracteerplicht worden afgeschaft. Ziekenfondsen zijn nu nog wettelijk verplicht om met alle hulpverleners in hun regio overeenkomsten af te sluiten. Dat kan gaan veranderen, als de notitie van Simons kabinetsbeleid wordt.*

Redactie in rubriek 'Berichten/actualiteiten'<sup>41</sup>

In een ingezonden brief van huisarts Bruins komt de honorering van huisartsen per verrichting aan de orde. De reactie volgde nadat in het tweede nummer van de eerste jaargang een artikel inging op de mogelijkheid om de honorering van huisartsen te veranderen. Dit zou, net als bij specialisten, een honorering per behandeling moeten worden. Het idee wordt door huisarts Bruins in zijn bijdrage aan de kant gezet:

*Een honorering gebaseerd op een groot aantal verrichtingen leidt tot: -bureaucratisering van de huisartsgeneeskunde -verhoging van de kosten; in de eerste lijn voor huisartsen, voor verzekeraars en macro-economisch, zonder dat er sprake is van substitutie. - Onzekerheid in de beroepsopleiding t.a.v. de specifieke kennis van de toekomstige stadsplattelands huisartsen. Dit levert geen bijdrage aan het huisartsgeneeskundig handelen.*

H.B. Bruins, ingezonden brief

---

<sup>39</sup> Mol, A. & P. van Lieshout (1989), p.254.

<sup>40</sup> Redactie van 'De Huisarts', *De Huisarts in Nederland*, tijdschrift Landelijke Huisartsen Vereniging, 1990, jaargang 1, nummer 1, p.21.

<sup>41</sup> Redactie van 'De Huisarts', rubriek Berichten/Actualiteiten, *De Huisarts in Nederland*, tijdschrift Landelijke Huisartsen Vereniging, 1990, jaargang 1, nummer 3, p. 29.

Er is veel verzet tegen de plannen voor een nieuw zorgverzekeringsstelsel en ook tegen plannen om kostenstructuren te veranderen, zo blijkt uit het laatste citaat. In de column *Dwarsstraat* komt tot twee maal toe een reactie op de plannen van staatssecretaris Simons om de gezondheidszorg te hervormen. In de plannen van Simons wordt namelijk voorgesteld het takenpakket van huisartsen vrij te geven en de poortwachtersfunctie niet alleen door huisartsen te laten doen, maar ook bijvoorbeeld door commerciële instellingen. De auteur doet een oproep aan de beroepsgroep om dit een halt toe te roepen:

*(..) wanneer we als beroepsgroep onze positie in de toekomst willen handhaven, dan zullen we de mogelijkheden van substitutie moeten waarmaken, we zullen moeten illustreren dat de huisartsentaken inderdaad het beste door huisartsen uitgevoerd kunnen worden en moeten we als beroepsgroep aan verzekeraars kunnen garanderen dat we (ook individueel) werkelijk leveren wat we pretenderen.*<sup>42</sup>

Column, Anoniem

*Openbare voorzieningen, zoals (..) gezondheidszorg moeten -geprivatiseerd of niet- zodanig worden gefinancierd, dat niet alleen hun beschikbaarheid is gegarandeerd, maar dat bovendien het genereren van curatieve activiteiten ( .., voorschrijven, snijden enz..) financieel niet aantrekkelijk wordt. Geen prikkelende verrichtingentarieven dus voor het (..) in behandeling houden van patiënten.*<sup>43</sup>

Column, Anoniem

Het onderwerp van de veranderingen in de zorg, met mogelijk concurrentie elementen leeft onder de huisartsen. In mei 1990 stapt de heer Kuijper op, hij was voorzitter van een van de districten van de LHV. In zijn afscheidsinterview met *De Huisarts in Nederland* geeft hij zijn perspectief op de toekomst van de Nederlandse huisarts. Hierin ziet hij veranderingen die mede hun aanleiding vinden in veranderingen in de samenleving:

*De huisarts was vroeger een gezinsarts, maar zal moeten inspelen op de tendens naar individualisering van de samenleving. De gezinsarts wordt dan een persoonlijk adviseur in gezondheidsvraagstukken. Daarnaast lijkt mij een zeer nauwe samenwerking met de specialisten van de tweede lijn van groot belang. Deze samenwerking is weleens iets te veel verwaarloosd. Wat samenwerking betreft: ik ben een groot voorstander van duo- of trio-praktijken, omdat de mogelijkheid van overleg het functioneren van een huisarts ten goede komt. Voor het overige vind ik dat huisartsen elkaar en hun gespreks- en onderhandelingspartner met respect dienen te bejegenen.*<sup>44</sup>

Scheidend Districtsvoorzitter Kuijper in een interview met *De Huisarts in Nederland*

---

<sup>42</sup> Column *Dwarsstraat*, *De Huisarts in Nederland*, tijdschrift Landelijke Huisartsen Vereniging, 1990, jaargang 1, nr.4. p.17.

<sup>43</sup> Column *Dwarsstraat*, *De Huisarts in Nederland*, tijdschrift Landelijke Huisartsen Vereniging, 1991, jaargang 2, nr.1. p.15.

<sup>44</sup> AJM Kuijper, Scheidend districtvoorzitter LHV in interview met *De Huisarts in Nederland*, tijdschrift Landelijke Huisartsen Vereniging, 1990, jaargang 1, nummer 5, p.13.

Het citaat van de heer Kuijper wijst enigszins op een verandering van koers. Er wordt benadrukt dat de huisarts zal moeten inspelen op individualisering, iets wat past binnen de traditie van mondige patiënten in de huisartsenpraktijk. In de tweede jaargang geeft ook LHV-beleidsmedewerker De Hoog in een interview zijn visie over de positie van de huisarts in de gezondheidszorg en de veranderingen die, mede vanuit de plannen van Simons, op de huisartsen afkomen. Er wordt gewezen op de sterke positie van de huisarts en de baat die zorgverzekeraars hebben bij een goed functionerende huisarts die kan werken zonder een vorm van prijsconcurrentie.

*Hoewel de positie van de huisartsen de afgelopen jaren vaak punt van discussie is geweest, heeft De Hoog vertrouwen in de toekomst. Hij noemt het goede imago van de huisartsen bij het publiek en de overheid en vindt dat hun spilfunctie in de gezondheidszorg algemeen is erkend. 'Ik ben ervan overtuigd dat iedereen het belang van de positie van de huisarts inziet, ook de verzekeraars. Ik ben dan ook niet bang dat zij huisartsen tegen elkaar zullen uitspelen, als wij tot goede afspraken zijn gekomen'. 'Ze zullen hun 'klanten' immers geen plezier doen met een verlaging van de zorgkwaliteit vanwege prijsconcurrentie. Huisartsen en verzekeraars zijn op elkaar aangewezen en hebben beide belang bij een goed evenwicht in de gezondheidszorg. De huisartsen bieden een gegarandeerde hoogstaande kwaliteit, die de verzekeraars zelf kunnen controleren. Ik heb er daarom vertrouwen in dat goede contracten tot stand zullen komen.'*<sup>45</sup>

Mr. J.C. de Hoog (beleidsmedewerker LHV)

Naar aanleiding van de plannen van staatsecretaris Simons wordt er nog veel gediscussieerd en gespeculeerd over marktwerking in de zorg. In *De Huisarts in Nederland* komen voorzitters, bestuurders en bewindslieden aan het woord om hun visie op of mening over marktwerking en kostenbeheersing te uiten. In het volgende citaat uit een interview met de voorzitters van de LHV (Landelijke Huisartsen Vereniging), VNZ (Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen) en KLOZ (Kontaktkommissie Landelijke Organisaties van Ziektekostenverzekeraars) geven de voorzitters De Jong en Laffré hun mening over marktwerking in de zorg. Marktwerking wordt hierin genoemd als iets dat niet past binnen de cultuur van de gezondheidszorg.

*De Jong: "Het KLOZ staat nogal aarzelend tegenover marktwerking. Het woord betekent concurrentie en is in feite een strijdmodel dat absoluut niet past in de cultuur van de gezondheidszorg, die juist geheel is ingesteld op samenwerking." Laffré zegt hierover: "Ik geloof niet dat marktwerking in de meer economische betekenis van het woord, een rol zal gaan spelen in het nieuwe stelsel en ook niet dat het kostenbeheersing zou bewerkstelligen. Het lijkt mij eerder dat marktwerking als een onderhandelingsmodel zal gaan werken. Het nieuwe systeem legt zorgverzekeraars en zorgaanbieders wettelijk de verantwoordelijkheid op om orde op zaken te stellen in de gezondheidszorg."*<sup>46</sup>

---

<sup>45</sup> Pothof, A. interview met Mr. J.C. de Hoog (beleidsmedewerker LHV) *De Huisarts in Nederland*, tijdschrift Landelijke Huisartsen Vereniging, 1991, jaargang 2, nr.3. p.11.

<sup>46</sup> Hirschfeld, F. & Stenfert-Kroese, H., interview met de voorzitters van het LHV, VNZ en KLOZ, *De Huisarts in Nederland*, tijdschrift Landelijke Huisartsen Vereniging, 1991, jaargang 2, nr.11. p.7.

Ook de vertegenwoordigers van de huisartsen en die van zorgverzekeraars zijn geen voorstanders van de overheidsplannen, zo blijkt uit het citaat. Maar de plannen voor een nieuw zorgstelsel, de nadruk op kostenbewustzijn en het invoeren van financiële prikkels in de gezondheidszorg blijven in leven.

Els Borst, op dat moment vice-voorzitter van de Gezondheidsraad laat haar licht schijnen over kostenbewustzijn in de gezondheidszorg:

*'Het is van groot belang dat er een mentaliteitsverandering ontstaat bij de zorgvrager en dat zijn kostenbewustzijn zich ontwikkelt. Uit de gegevens die hierover bekend zijn, blijkt steeds weer dat financiële prikkels, die niet eens geweldig groot hoeven te zijn, toch het gedrag van mensen in de gewenste richting kunnen helpen sturen en tot doelmatiger gebruik van het aanbod van voorzieningen kunnen leiden.'*<sup>47</sup>

Interview met Els Borst, vice-voorzitter Gezondheidsraad

Uit het citaat blijkt dat, mede onder de invloed van de plannen van Simons ook in andere sectoren van de gezondheidszorg wordt nagedacht over financiële prikkels in de gezondheidszorg. Het vergroten van kostenbewustzijn in de gezondheidszorg staat hierin centraal.

Rond die tijd, in 1993, komt er vanuit de huisartsen in het district Stedendriehoek een pleidooi om de LHV om te vormen tot een organisatie die het zorgaanbod moet regisseren. De huisartsen uit de Districts Huisartsen Vereniging (DHV) Stedendriehoek schrijven over de situatie op dat moment:

*Tussen ziekenfondsverzekerde en huisarts bestaat geen financiële relatie. Huisarts en particuliere verzekeraars hebben geen relatie met elkaar. De particuliere patiënt heeft wel een financiële relatie met de huisarts.*

*Als gevolg van de fusies en het loslaten van de gebiedsindeling in de verzekeringswereld, zien we dat de relatie tussen een ziekenfonds en een regio dreigt te verdwijnen. De ziekenfondsen verschuiven van zorgverzekeraar, verantwoordelijk voor een totale samenhangende gezondheidszorg in een gebied, naar schadeverzekeraar verantwoordelijk voor het beschikbaar zijn van voorzieningen en het vergoeden van de zorg voor verzekerden in heel Nederland.*<sup>48</sup>

A.P.H. Bijlard (Voorz. DHV stedendriehoek) en F.J. Roos (directeur DHV)

Uit dit citaat blijkt dat de huisartsen bang zijn voor een verschuiving van ziekenfondsen naar een vorm van schadeverzekeraar. Deze verschuiving is iets wat later in werkelijkheid weer terugkomt als in 2006 het zorgstelsel ingevoerd wordt. Opvallend is de rol die ziekenfondsen hier wordt toegeschreven, zij zouden zorgen voor de samenhang van zorg in een district. Het citaat is een tegenreactie op de plannen voor een nieuw zorgstelsel waar het beleid buiten de beroepsgroep wordt geplaatst.

In een bijdrage van de nieuwe LHV voorzitter Knook schrijft hij over de doelmatigheid in financieel opzicht door apotheekhoudende huisartsen. Hierin legt hij uit waar het in de kern voor de huisarts om gaat. Hij zet zich in zijn bijdrage af tegen de manier van werken die men in een nieuw zorgstelsel voorstelt.

---

<sup>47</sup> Stenfert-Kroese, H, interview met vice-voorzitter van de Gezondheidsraad Els Borst, *De Huisarts in Nederland*, tijdschrift Landelijke Huisartsen Vereniging, 1992, jaargang 3, nr.2. p.9.

<sup>48</sup> Bijlard, A.P.H. (Voorz. DHV stedendriehoek) en Roos, F.J. (directeur DHV), *De Huisarts in Nederland*, tijdschrift Landelijke Huisartsen Vereniging, 1992, jaargang 3, nr.7. p.21.

*Zo zijn wij niet opgeleid. Huisartsgeneeskunde kenmerkt zich door doelmatig denken. Eerst een logisch en verantwoord onderzoek, dan een verifieerbare diagnose. Daarop sluit de behandeling aan: uitleg aan de patiënt, advies hoe ermee om te gaan, eventueel aangevuld met de keuze van een medicijn. Het juiste medicijn: passend bij de kwaal, maar ook bij de patiënt. Werking en bijwerking worden zorgvuldig afgewogen zodat ze in evenwicht zijn met de patiënt, diens aandoening, diens achtergronden, verdere medicatie en medicatie-verleden.<sup>49</sup>*  
LHV-Voorzitter Knook

In een column van Rob Oudkerk wordt in 1994 (de vijfde jaargang) vervolgens treffend beschreven hoe er in de politiek en in de samenleving op dat moment wordt omgegaan en aangekeken tegen de gezondheidszorg. Oudkerk legt nadruk op de managementtaal die het denken over de gezondheidszorg beheerst en pleit voor het concentreren op de patiënt.

*Er begint iets op te vallen. Waar gaat het eigenlijk over, als we het over de "gezondheidszorg" hebben? Meestal over de reorganisatie daarvan of over de stelselwijziging. Of de ordening. De convergentie. De kostenbeheersing is ook zo'n favoriet onderwerp. Transmurale zorg is een nieuwe loot. Wat betreft die laatste heb ik overigens een tip aan beleidsmakers. Geef de computer in WordPerfect de opdracht overal waar "samenwerking eerste en tweede lijn" staat de woordjes "transmurale zorg" in te voeren. Dan heb je gelijk 132 kersverse vernieuwende rapporten. Maar dat terzijde. Bij het spreken over de "gezondheidszorg" willen we het ook nog wel eens hebben over premierrestitutie. Of de standaardpakketpolis. Of een gedifferentieerde honorering. Over protocollering. Peilstations. Automatisering. Beleidskaders. UvO's. Verstrekkingen-besluiten. Trechters. Zeven. FTO. Hidha's. FOZ-overschrijdingen. WTG's WZV's. Een MAF. Is u al iets opgevallen? Mij wel. We hebben het nogal druk met allerlei structuur en regelgeving. Met het al dan niet oprekken van bestaande regelgeving. Met een veelheid aan financieringsstructuren. Je zou bijna vergeten waar we het allemaal voor doen. Voor de patiënt natuurlijk. Die moet op een betere meer doelmatige en efficiëntere wijze van zijn gezondheidsproblemen worden afgeholpen. Daarom zijn we zo druk bezig met allerlei belangrijke zaken. Ten bate van de patiënt. Het is maar dat u het weet.<sup>50</sup>*

R. Oudkerk, huisarts te Amsterdam en staflid van de LHV in zijn column "Grenzeloos"

Het einde van de column is typerend voor de huisarts die graag het belang van de patiënt naar voren wil halen in dit soort kwesties. De reacties van Knook en Oudkerk wijzen erop dat huisartsen zich niet willen richten op financiële prikkels, marktwerking of een stelselwijziging. Zij willen patiënten goed behandelen en daar de aandacht voor krijgen.

---

<sup>49</sup> LHV-Voorzitter Knook, Samenvatting van verhaal voorzitter tijdens het LHV-symposium Huisarts & Farmacie dd. 13 mei 1999, *De Huisarts in Nederland*, tijdschrift Landelijke Huisartsen Vereniging, 1993, jaargang 4, nr.5. p.15.

<sup>50</sup> Oudkerk, R. in zijn column *Grenzeloos*, *De Huisarts in Nederland*, tijdschrift Landelijke Huisartsen Vereniging, 1994, jaargang 5, nr.3. p.32.

## 4.2 De periode van Minister Borst, 1995-2002

### Het paarse kabinet en haar gezondheidszorgbeleid

De plannen van staatssecretaris Simons voor een stelselwijziging komen er niet doorheen. Als de staatssecretaris en de ministers D'Ancona en vervolgens Ritzen opgestapt zijn, wordt Els Borst als minister verantwoordelijk voor het onderwerp Volksgezondheid tijdens het paarse kabinet (PvdA, D66 en VVD).

In de bewindsperiode van minister Borst breekt een tijd aan waarin het vaarwater van de gezondheidszorg en voor de huisartsen redelijk rustig wordt. Het nieuwe kabinet is vanaf het begin voornemens niet in te zetten op marktwerking of een stelselwijziging. Het kabinet wil de uitvoering van beleid over laten aan de zorgsector. Tijdens het paarse kabinet is het de bedoeling dat het ziekenfonds en particuliere zorgverzekeringen naar elkaar toegroeien, deze bedoelingen uiten zich vooral in vrijwillige afspraken. Het paarse beleid typeert zich als een overheid die zich wat de gezondheidszorg betreft terughoudend opstelt.<sup>51</sup>

Huisartsen hebben in de paarse kabinetsperiode weinig om over te klagen wat betreft mogelijke invoering van marktwerking of een nieuw zorgstelsel. Het vormt een groot contrast met de periode van Simons met nauwelijks artikelen of ingezonden stukken over overheidsbeleid. Wat voornamelijk speelt in het verloop van de jaren '90 is de toenemende werkdruk van huisartsen. Een veranderde samenleving gaat meer eisen stellen aan het werk van zorgverleners, dit gebeurt door zorgverzekeraars maar ook door veeleisende patiënten.

In het blad verschijnen vanaf 1995 langzaam maar zeker vaker interview met huisartsen, waar voorheen vaker bewindslieden of deskundigen aan het woord kwamen. Zo is er het interview met de huisarts André de Boer die pleit voor het concentreren op kerntaken. Hij gebruikt geen computer zodat hij zich meer kan concentreren op het patiëntencontact als hij zijn patiënten ziet in de spreekkamer. De Boer signaleert een toenemende druk vanuit de zorgverzekeraar en patiënten om meer en harder te werken. Hij is tegen deze ontwikkeling en pleit ervoor minder te *doen* en het bij kerntaken te houden, een traditie en manier van denken die past binnen de filosofie van eind jaren tachtig.

*'De patiënt wil het maximaal mogelijke, en dat moet je soms bijsturen. We moeten als huisarts meer gereedschappen hebben om die klus tot een goede oplossing te brengen. De patiënt kent de prijs en de waarde van een onderzoek niet -en kan die afweging niet maken. Je wilt onderzoek en therapie terugbrengen tot wat medisch gezien redelijk is- maar daar kan de patiënt andere opvattingen over hebben'.*

*(..) De zorgverzekeraar ("onze werkgever") zou de druk op de huisarts moeten afremmen meent hij."Maar men wil meer produkt voor hetzelfde geld, men laat de lopende band -de huisarts- wat harder lopen. Maar het gaat om persoonlijk contact in de spreekkamer, je kan die band niet harder laten draaien.'<sup>52</sup>*

A. de Boer, huisarts in interview met *De Huisarts in Praktijk*

<sup>51</sup> Boot, J.M. en Knapen, M.H.J.M., (2005), p.232-235.

<sup>52</sup> De Boer, Andre, *De Huisarts in Praktijk*, tijdschrift Landelijke Huisartsen Vereniging, 1995, jaargang 6, nr.9. p.12.



Rond 1995 wordt er steeds vaker expliciet benoemd dat de samenleving en dus ook de huisarts aan het veranderen is. Dit wordt als volgt duidelijk in een citaat van de redactie die toelichting geeft op een nieuwe discussienota van de LHV getiteld: *De wereld verandert en de huisarts verandert mee*.

*De individuele dokter van nu is trouwens ook een andere dan die van vroeger. Steeds vaker komt de wens om parttime te werken naar voren. Het gezin neemt een heel andere plaats in. De grote werkdruk ontaardt soms in verschijnselen van 'burn-out'. Ook de patiëntengroep verandert. Er komen meer ouderen. Dat betekent meer werk en gecompliceerder problemen. Patiënten worden mondiger, ze staan kritischer tegenover de dokter en verenigen zich in belangengroepen. Tot slot is ook het takenpakket van de LHV geëvolueerd. Van pure belangenbehartiger is het een vereniging geworden met een verantwoordelijkheid voor de huisartsenzorg in ons land.<sup>53</sup>*

Redactie, *De Huisarts in Praktijk*

De redactie van het blad signaleert dus veranderingen in het beroep die vooral een grotere werkdruk tot gevolg hebben. Patiënten worden veeleisender en huisartsen worden kritischer op hun takenpakket. Ook komen er signalen van huisartsen in ingezonden brieven, waarin wordt geklaagd over een enorm toenemende werkdruk. Een aantal artsen uit Nieuw-Vennep schrijft dan een ingezonden brief naar de redactie waaruit het volgende citaat over de oorzaken van de werkdruk komt:

*Wij maken ons ernstig zorgen over de snel toenemende werkdruk en hebben het gevoel, dat dit door de bestuurlijke organen, met name de LHV, te weinig beseft wordt. Er worden onvoldoende maatregelen genomen om hieraan het hoofd te bieden. De taakverzwaren behelst de volgende punten: 1. Verschuiving van taken van tweede naar eerste lijn, bijvoorbeeld door de kortere opnameduur en de zorg voor chronische patiënten. 2. De poortwachtersfunctie van de huisarts. 3. Zorg en tijdrovend overleg voor patiënten, die eigenlijk in een zieken-, verpleeg- of verzorgingshuis horen, maar door plaatsgebrek nog thuis verblijven. 4. Vergrijzing van de bevolking, waardoor meer tijdverslindende geriatrische problematiek. 5. Informatie en uitleg: nieuwe toverwoorden, maar het wordt wel door patiënten van hun huisarts verlangd. De werkdruk tijdens spreekuren neemt er fors door toe! 6. Overleg met specialisten, Riagg, psychologen, maatschappelijk werk, verpleegkundigen, fysiotherapeuten etc. 7. Preventieve taken zoals griepvaccinatie, cervix-onderzoek (binnenkort zelfs het oproepen!), gezondheidsvoorlichting, vragen over osteoporose, hypercholesterolaemie, etc. 8. Administratieve rompslomp door de "verre" ziekenfondsen, informatie-verzoeken, machtigingen voor verstrekkingen en de voortdurende veranderingen in de regelgeving hieromtrent. 9. Kwaliteitsverbetering door middel van standaardenbeleid, verplichte nascholing, FTO, opleidingsscholing etc. Prima, maar het kost veel tijd! 10. Automatisering: effectief, maar vraag ook tijdsinvestering. 11. Wettelijke regelgeving met betrekking tot euthanasie, de Wet Klachtrecht, de WGBO etc.<sup>54</sup>*

Ingezonden brief van de Huisartsengroep (HAGRO) Nieuw-Vennep

---

<sup>53</sup> Redactie in bijdrage over de discussienota van de LHV 'De wereld verandert en de huisarts verandert mee', *De Huisarts in Praktijk*, tijdschrift Landelijke Huisartsen Vereniging, 1995, jaargang 6, nr.9. p.12.

<sup>54</sup> HAGRO Nieuw-Vennep, 9 huisartsen, *De Huisarts in Praktijk*, tijdschrift Landelijke Huisartsen Vereniging, 1997, jaargang 8, nr.10. p.22.

Uit de ingezonden brief blijkt dat de omgeving van huisartsen veel meer organisatievermogen vergt van de huisartsen dan voorheen. Dit heeft tot gevolg dat de werkdruk toeneemt. Opvallend is dat er hierin geen elementen worden genoemd die te maken hebben met het zorgstelsel of die gaan over marktwerking of concurrentie waar de huisartsen mee te maken hebben. Dit past in het tijdsbeeld en in het op dat moment gevoerde overheidsbeleid.

In 1999 komt de positie van de apothekhoudende huisartsen onder druk te staan. Minister Borst zegt vervolgens expliciet toe deze huisartsen te beschermen. In een ingezonden column getiteld “Beste Els”, schrijft de apothekhoudend huisarts Kruithof een dankwoord aan de minister:

*Welnu, het warme toekomstvertrouwen wat me was bijgebleven na je Gorinchemse optreden heb ik steeds mogen bijhouden. De totale beroepsgroep van huisartsen vind[t] je nog steeds een goede minister.<sup>55</sup>*

J.W. Kruithof, apothekhoudend huisarts

Of dit citaat ook werkelijk geldt voor de gehele beroepsgroep valt te betwijfelen, maar het laat wel zien dat huisartsen gespaard zijn voor stelselwijzigingen en ander onheil tijdens de periode dat minister Borst aan het roer stond.

Tegen het einde van de bewindsperiode van Borst komen er vanuit de rijksoverheid weer plannen en adviezen waarin de mogelijkheid tot een nieuw zorgstelsel worden geïnventariseerd. Daarbij verschijnen er in *De Huisarts in Praktijk* artikelen van instellingen en verenigingen die pleiten voor meer marktwerking en macht voor patiënten in de zorg.

*Wij willen vooral aan een betere marktpositie van de consument van zorg gaan werken. Vooral door het vergroten van keuzemogelijkheden en door het verstrekken van consumenteninformatie over die mogelijkheden en kwaliteit van zorg. Dat alles moet leiden tot een grotere invloed van consumenten.<sup>56</sup>*

F. Cohen, Voorzitter van de Consumentenbond in een ingezonden column

*Het ziekenfonds lijkt zich zo langzamerhand te hebben overleefd. Het is een uiterst paternalistische regeling, waarin alles vastligt en verzekerden niets meer te kiezen hebben. Maar in de 21ste eeuw is het merendeel van de mensen heel goed in staat om voor zichzelf te zorgen. Waarom blijven we dan miljoenen Nederlanders in een keurslijf persen?<sup>57</sup>*

R. van der Planck VNO/NCW tijdens themabijeenkomst over één basisverzekering

Op deze geluiden van de consumentenbond, die pleit voor een sterkere machtspositie van de consument, en die van VNO/NCW, die aangeeft dat het ziekenfonds uitgerangeerd is, blijven de reacties van huisartsen in het tijdschrift niet uit. De huisartsen zijn als altijd tegen meer marktwerking, maar realiseren zich dat de maatschappij dit wel steeds meer van hen gaat eisen. Uit de reacties blijkt

---

<sup>55</sup> Kruithof, J.W. Ingezonden Column, “Beste Els”, *De Huisarts in Praktijk*, tijdschrift Landelijke Huisartsen Vereniging, 1999, jaargang 10, nr.2. p.19.

<sup>56</sup> Cohen, F., Ingezonden Column “Consument heeft recht op inzicht in de gezondheidszorg”, *De Huisarts in Praktijk*, tijdschrift Landelijke Huisartsen Vereniging, 1999, jaargang 10, nr.10. p.21.

<sup>57</sup> Planck, van der, R., verslag themabijeenkomst Basisverzekering: eerlijk delen of de verschillen stimuleren? Themabijeenkomst bij afscheid van voorzitter Roeland van Velzen, *De Huisarts in Praktijk*, tijdschrift Landelijke Huisartsen Vereniging, 2000, jaargang 11, nr.8. p.15.

dat huisartsen de nieuwe situatie herkennen maar niet erkennen en door willen gaan op het huidige pad.

*Wij vormen een consumentenmaatschappij waarin iedereen elkaars consument is. D.w.z.: niet afhankelijk van de ander, maar gewoon op zoek naar de beste kwaliteit voor een redelijke prijs. Dit staat op gespannen voet met ons oude adagium van "de persoonlijke, continue en integrale zorg" en een arts voor het hele gezin. De consument denkt: bij welke arts kan ik voor deze klacht op dit moment terecht. De beste kwaliteit voor een redelijke prijs betekent, dat onze beroepsorganisatie (LHV) verplicht is, om een goed kwaliteitsbeleid te voeren als grondslag voor goede tarieven.<sup>58</sup>*

Dr. C.P. van Lidth de Jeude, huisarts in Huizen

*Mensen lijken een soort supermarktgeneeskunde te wensen.<sup>59</sup>*

L.P. Heukels, huisarts in Den Ham

Vanaf 2002, als minister Borst demissionair wordt en vervolgens Eduard Bomhoff zich over het onderwerp van de Volksgezondheid gaat bekommeren, komen er meer berichten over marktwerking en concurrentie. Op dat moment speelt in de gezondheidszorg ook een groot tekort aan huisartsen. Om hieraan tegemoet te komen ontwikkelen zorgverzekeraars artslijnen waar patiënten naar toe kunnen bellen met hun klachten. Er wordt door veel huisartsen in ingezonden reacties negatief op de commerciële initiatieven gereageerd en marktwerking wordt van de hand gewezen.

*Om te beginnen kun je je afvragen of zorgverzekeraars de regiefunctie in de zorg überhaupt wel moeten hebben. In mijn ogen behoort de regie bij de huisartsen te liggen. Ook kun je de vraag stellen of vrije marktwerking in de zorg wel mogelijk is. Lijkt me van niet.<sup>60</sup>*

J. Bakers, Huisarts in Breda

*Ik vind het een slecht idee. Als zorgverzekeraar ga je nu op de stoel van zorgverlener zitten. Bovendien creëer je weer iets nieuws naast de bestaande structuren. Stop dat geld gewoon in de eerstelijnszorg, de huisartsenposten bijvoorbeeld.<sup>61</sup>*

D. van Oord, huisarts in Houten

---

<sup>58</sup> Dr. C.P. van Lidth de Jeude, huisarts in Huizen, ingezonden reactie rubriek: Forum, *De Huisarts in Praktijk*, tijdschrift Landelijke Huisartsen Vereniging, 2000, jaargang 11, nr.8. p.32.

<sup>59</sup> L.P. Heukels, Huisarts in Den Ham, ingezonden reactie rubriek: Forum, *De Huisarts in Praktijk*, tijdschrift Landelijke Huisartsen Vereniging, 2000, jaargang 11, nr.8. p.29.

<sup>60</sup> Bakers, J., Huisarts in Breda in reactie op huisartsenlijn vd zorgverzekeraars, *De Huisarts in Praktijk*, tijdschrift Landelijke Huisartsen Vereniging, 2002, jaargang 13, nr.3. p.15.

<sup>61</sup> Van Oord, D. Huisarts in Houten in reactie op huisartsenlijn vd zorgverzekeraars, *De Huisarts in Praktijk*, tijdschrift Landelijke Huisartsen Vereniging, 2002, jaargang 13, nr.3. p.15.

### 4.3 De opmaat naar het nieuwe zorgstelsel, 2002-2005

#### **In vier jaar van Paars II naar Balkenende II**

Voordat het Paarse kabinet aftreedt wordt de basis gelegd voor de komst van een nieuw zorgstelsel door veranderingen in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ).<sup>62</sup> Onder de ministers Bomhoff en Hoogervorst wordt hierop ingehaakt en leeft vervolgens de komst van een nieuw zorgstelsel weer op in het overheidsbeleid.

Onder minister Hoogervorst worden de particuliere verzekering en de ziekenfondsverzekering samengevoegd. Hierdoor ontstaat er één algemene verzekering. De aanbodsturing uit het Paarse kabinet wordt vervangen door gereguleerde marktwerking. Regelgeving en sturing vanuit de overheid worden grotendeels vervangen door marktconcurrentie. De gezondheidszorg moet beter gaan presteren om daarmee tegemoet te komen aan wachtlijsten in de zorg en de economische crisis die zich na de millenniumwisseling aandient. De speerpunten van de kabinetten Balkenende worden wachtlijstreductie, doelmatigheidsbevordering en een nieuw verzekeringsstelsel.<sup>63</sup>

Het aantal artikelen over de veranderende politieke koers neemt in *Huisarts in Praktijk* toe. Huisartsen zijn faliekant tegen de plannen voor een nieuw zorgstelsel en gaan over tot protestacties en zelfs stakingen. In het blad komt er op de eerste pagina een ‘muurkrant’ waar een selectie van ingezonden reacties van huisartsen wordt geplaatst.

Vanaf 2002 gaan zorgverzekeraars meer financiële prikkels afgeven. Dit past in het plaatje van de hernieuwde aandacht voor marktwerking en een nieuw zorgstelsel. Huisartsen krijgen bijvoorbeeld een financiële beloning van de zorgverzekeraar als zij aantoonbaar zinnig en zuinig gaan voorschrijven. De vice-voorzitter van de LHV wil hier niets van weten en zegt hierover het volgende:

*De beroepsgroep huisartsen heeft richtlijnen en standaarden opgesteld voor goed huisartsengeneeskundig handelen. Van professionals mag je dan verwachten dat ze die vervolgens ook toepassen. In dat systeem past in geen geval dat zij op individueel niveau een financiële beloning ontvangen als zij een vooraf afgesproken financiële target behalen. Wel zou gedacht kunnen worden over het toepassen van instrumenten in voorwaardenscheppende zin waarmee huisartsen worden gestimuleerd om zich aan de afspraken over standaarden en richtlijnen te houden.*<sup>64</sup>

J. van der Ven, vice-voorzitter LHV

De vice-voorzitter haalt hierbij duidelijk de traditionele opvatting van de professional naar voren, en noemt de financiële prikkels niet passend in de omgeving van de huisarts. In de periode rond het millennium komen meer berichten over de toegenomen werkdruk en de explosie van managementtaken die op huisartsen zijn neergedaald. Huisartsen geven aan hierdoor meer te moeten managen en organiseren.

<sup>62</sup> Boot, J.M. en Knapen, M.H.J.M., (2005), p.260.

<sup>63</sup> Boot, J.M. en Knapen, M.H.J.M., (2005), p.259-280.

<sup>64</sup> Ven, van der, J. in interview met Santen, van. H., *De Huisarts in Praktijk*, tijdschrift Landelijke Huisartsen Vereniging, 2002, jaargang 13, nr.7. p.9.

*Met mijn 20 jaar ervaring als huisarts in een achterstandswijk vind ik dat vooral de energievretende bureaucratie mij het plezier in mijn vak ondermijnt. De ergste veroorzaker is de NMa, die mij wil dwingen meer dan 30 contracten met zorgverzekeraars per jaar op hun merites te onderzoeken. De NMa die wil dat ik concurreer met collega's met wie ik het liefst samenwerk en taken verdeel. Ook al weet ik dat de LHV hier aandacht aan besteedt, komt dit punt te weinig aan de orde in de media.*<sup>65</sup>

I. Muiser, ingezonden reactie

*Toen ik mij hier vestigde, was er weinig ruimte voor verandering. Bijna tien jaar geleden ging een van de leden van de maatschap met pensioen en daarmee veranderde dat. We zijn toen gaan automatiseren waarna de groene kaarten al snel plaatsmaakten voor het Elektronisch Medisch Dossier. En daarna is er nog veel meer veranderd. We hebben een Hidha aangesteld voor drie dagen per week zodat we alle drie één dag per week bezig konden zijn met de praktijk zonder patiënten te zien. Er kwamen twee parttime assistentes bij en nog weer later een praktijkondersteuner. Sinds kort is er ook een diabetesverpleegkundige één dag per week bij ons gedetacheerd. In de loop van de tijd bleek dat dingen niet altijd even soepel liepen. De drie huisartsen hebben toen een managementcursus gedaan, gesponsord via de industrie. Dat hielp ons in te zien waarom de invoering van goede ideeën soms zo moeilijk was. De oplossing in onze praktijk bleek het instellen van een gestructureerd werkoverleg.*<sup>66</sup>

A. van der Born, Huisarts in Rozenburg

Als minister Bomhoff verdwijnt en er nieuwe verkiezingen worden gehouden wordt het weer eventjes rustig. Na de verkiezingen treedt Hans Hoogervorst aan als minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Op het moment dat zijn plannen loskomen wordt er in *De Huisarts in Praktijk* in elke editie begonnen met een 'muurkrant' waarin ingezonden reacties worden geplaatst. De toenmalige LHV-Voorzitter Bart Vos uit zeer pittige kritiek en vecht voor de positie van de huisartsen. Klare taal wordt ook geuit door huisartsen. Reacties uit de 'muurkrant':

*Bravo, dit kabinet gaat de boeken van de historie in als HET KABINET dat het klaarspeelde om de gezondheidszorg echt aan de galg te hangen. Eigen bijdrage huisarts, eigen bijdrage per recept, straks zeker ook nog een eigen bijdrage voor ziekenhuisopname, enz. Het is allemaal een keer eerder gezien en gehoord. Een ezel stoot zich in het algemeen niet tweemaal aan dezelfde steen. Klaarblijkelijk gaat dat niet op voor dit kabinet. Welnee, vrolijk goochelen met cijfertjes is belangrijker dan een goed en gedegen beleid. Beleid is ook een woord dat de dames en heren zittend in dit kabinet helmaal vergeten schijnen te zijn. Tja er moet bezuinigd worden, zegt men dan, en beleid kost geen geld, dus men kiest voor GEEN BELEID, dat is klaarblijkelijk ook een optie.*<sup>67</sup>

F.A.P. Willemsen, Huisarts

---

<sup>65</sup> Muiser, I., Ingezonden reactie, *De Huisarts in Praktijk*, tijdschrift Landelijke Huisartsen Vereniging, 2002, jaargang 13, nr.8. p.38.

<sup>66</sup> Rosenborg, A., "De huisarts moet geen manager worden", *De Huisarts in Praktijk*, tijdschrift Landelijke Huisartsen Vereniging, 2003, jaargang 14, nr.3. p.53.

<sup>67</sup> Willemsen, F.A.P., Muurkrant, *De Huisarts in Praktijk*, tijdschrift Landelijke Huisartsen Vereniging, 2003, jaargang 14, nr.10. p.6.

*Het wordt tijd dat het LHV en wij huisartsen niet meer braafjes achter elk nieuwe initiatief van overheid en ziekenfondsen aanhollen. Seniorenbeleid, nurse practitioner, lokaal huisvestingsbeleid voor huisartsen etc. Het zijn allemaal povere doekjes voor het bloeden.*<sup>68</sup>

G. Slock, huisarts

In het eerste interview met Hoogervorst als minister van VWS komt naar voren dat hij een andere aanpak heeft voor de gezondheidszorg en ook voor huisartsen. Huisartsen moeten zich meer op gaan stellen als ondernemer.

*Ik ben serieus. Huisarts zijn doe je uit gedrevenheid, idealisme en omdat je het een prachtig vak vindt. Huisartsen verdienen goed. Als je het huisartsentekort wilt aanpakken helpt het als huisartsen niet telkens blijven communiceren dat ze te weinig verdienen. Want dat is namelijk niet zo.*

*(..) Maar de huisarts kan zich wel meer opstellen als ondernemer in de zin van meer maatwerk leveren aan de patiënten.*<sup>69</sup>

H. Hoogervorst, Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Het citaat van Hoogervorst is typerend voor wat er die periode gaande is, de huisarts wordt herhaaldelijk erop gewezen een ondernemer te zijn. Het lijkt wonderlijk, maar na het citaat van Hoogervorst komen er huisartsen aan het woord die zichzelf daadwerkelijk meer als ondernemer gaan zien. Er wordt zelfs een cursus voor huisartsen aangeboden over ondernemen in de zorg. De volgende reacties van deelnemende huisartsen volgen:

*Een huisarts is een zelfstandig ondernemer. Als product bieden wij huisartsenzorg, gebaseerd op brede kennis en ervaring. Wij weten bij wie onze cliënt de zorg die wij niet zelf kunnen leveren, kan halen. En we hebben een langdurige en persoonlijke relatie met de cliënt en zijn of haar omgeving.*<sup>70</sup>

B. Prenger, deelnemende huisarts aan de cursus ondernemen in de zorg

*Bij de komende verandering in de financieringsstructuur dient een huisarts zich meer en meer te profileren als zorgdrager en ondernemer. De eerstelijns veranderingen vanuit VWS en de zorgverzekeraars houden in dat huisartsen meer verantwoording moeten afleggen over wat ze te bieden hebben en hoe ze dat doen.*<sup>71</sup>

N. van Egmond, deelnemende huisarts aan de cursus ondernemen in de zorg

---

<sup>68</sup> Slock, G., Muurkrant, *De Huisarts in Praktijk*, tijdschrift Landelijke Huisartsen Vereniging, 2003, jaargang 14, nr.11. p.6.

<sup>69</sup> Minister Hoogervorst in interview met Marco Barneveld en Aliette Jongers, *De Huisarts in Praktijk*, tijdschrift Landelijke Huisartsen Vereniging, 2004, jaargang 15, nr.1. p.9.

<sup>70</sup> Prenger, B. Cursus Bedrijfsplan: ondernemen in de zorg, *De Huisarts in Praktijk*, tijdschrift Landelijke Huisartsen Vereniging, 2004, jaargang 15, nr.6. p.7.

<sup>71</sup> Egmond, van, N. Cursus Bedrijfsplan: ondernemen in de zorg, *De Huisarts in Praktijk*, tijdschrift Landelijke Huisartsen Vereniging, 2004, jaargang 15, nr.6. p.8.

Naast de huisartsen die mee gaan met de nieuwe koers van het overheidsbeleid blijft er in *Huisarts in Praktijk* de nodige kritiek. Het beeld is vanaf dat moment tweeledig. Aan de ene kant zijn er huisartsen die zich storten op het ondernemerschap en aan de andere kant zijn er zij die zich vooral blijven verzetten tegen het overheidsbeleid. Vooral de voorzitter van de LHV, Bart Vos, blijft in interviews en in de media fel van zich af bijten. In 2004 komt er een petitie en volgen acties tegen de plannen van Hoogervorst die dan de eerste nota presenteert over de toekomst van de eerstelijns zorg. Vanaf dat moment komt er een explosie van initiatieven om de gezondheidszorg marktgericht te laten werken. Zo pleit Frank de Grave, voorzitter van het College Tarieven Gezondheidszorg en de Zorgautoriteit (op dat moment in oprichting), voor het afschaffen van maximumtarieven waardoor de ene zorgverlener meer geld kan vragen voor een verrichting dan een ander.

De columnist van de LHV, Anjo Elberg, gaat in zijn columns in die tijd veelvuldig in op de huidige gang van zaken:

*Waarom moeten we zo ons best doen om de minister te overtuigen dat we zo nuttig en goedkoop zijn. Want dat zijn we toch? Je zou er bijna aan gaan twijfelen. De '95% van het werk voor 3% van het geld' blabla kennen we zo langzamerhand zelf ook wel. Maar als het wáár is -en dat is het- dan moeten we niet langer aan onszelf twijfelen! Ik sta er bij en kijk er naar, me verbazend over de arrogantie van de macht, die eigenlijk zegt dat ik het niet goed doe, en -hoe je het ook wendt of keert- dat er nog wel wat af kan. Hoe is het mogelijk...<sup>72</sup>*

A. Elberg, Column Arrogantie

*Mijn geduld raakt op, en ik word inmiddels niet goed van politiek. Het is één grote schertsvertoning. Als wij dit 'winnen' -het woord zegt het al- dan hebben we slechts het politieke spelletje gewonnen. Maar intrinsiek respect? Oprechte politieke bewustwording? Dat je met de Nederlandse huisartsenij goud in handen hebt en dat we simpelweg onze praktijkkosten willen betalen zonder dat van ons eigen 'salaris' te hoeven doen? Dat besef is er niet gekomen en dat verdriet mij zeer.<sup>73</sup>*

A. Elberg, Column Farce en deceptie

Aan het eind van 2004 wordt het de LHV te veel en kondigen de huisartsen acties aan. Hierbij gaan zij veel patiënten direct doorverwijzen naar de tweedelijns om zo een beeld te geven van hoe het in de toekomst kan lopen. Daarnaast zijn er huisartsen met kookwekkers in hun spreekkamer die afgaan na vijf minuten consult. Ook zijn er protesten van huisartsen, waarbij huisartsen die niet de straat op gaan chronisch zieke patiënten bezoeken.

Naast de aandacht voor acties volgen er begin 2005 artikelen met uitleg, betekenis en consequenties van het zorgstelsel. Voornamelijk gaat het om een toelichting van technische details over het nieuwe beleid. Er volgt veel kritiek in het blad, maar het staat er niet in elk nummer vol van. Als de kogel door de kerk is, en de besluitvorming over het nieuwe zorgstelsel rond is, wordt de teneur in het tijdschrift weer wat rustiger dan voorheen.

---

<sup>72</sup> Elberg, A., Column Arrogantie, *De Huisarts in Praktijk*, tijdschrift Landelijke Huisartsen Vereniging, 2005, jaargang 16, nr.3. p.17.

<sup>73</sup> Elberg, A., Column Farce en deceptie, *De Huisarts in Praktijk*, tijdschrift Landelijke Huisartsen Vereniging, 2005, jaargang 16, nr.6. p.33.

#### 4.4 Het nieuwe zorgstelsel met de huisarts als ondernemer, 2005-2008

##### Ondernemende huisartsen in een nieuw zorgstelsel

Na het in werking treden van het nieuwe zorgstelsel in 2006 breekt er een periode van relatieve rust aan op beleidsmatig gebied. Administratief zijn de problemen echter groot; declaraties vinden hun weg niet naar de verzekeraar, sommige patiënten zijn onverzekerd en huisartsen zijn veel tijd kwijt aan de administratieve chaos.

Het ondernemende karakter van de huisartsen komt weer naar voren in de berichtgeving. Er zijn huisartsen die hier niets van willen weten en oproepen hierin niet mee te gaan. Daar tegenover staan huisartsen die actief mee gaan op de golf van het ondernemerschap. De nieuwe voorzitter van de LHV, Steven van Eijck, gaat mee in het benoemen van ondernemerschap in de huisartsenpraktijk.

Vanaf de invoering van het zorgstelsel ontstaat een tweedeling tussen huisartsen die zich niet als ondernemer willen gedragen en huisartsen die dit wel doen. Feit is dat het nieuwe zorgstelsel klaarblijkelijk geneigd is huisartsen in een ondernemersrol te drukken.

In 2005 sluiten de huisartsen uiteindelijk een akkoord met de minister over de toekomst van de eerstelijns zorg. De eerste reacties hierop zijn niet allemaal even hartelijk. Huisartsen wijzen zelf in de reacties op de verwijdering van de 'oude' manier van werken richting het ondernemerschap en marktdenken. Duidelijk is dat veel huisartsen hier niet aan willen beginnen.

*Als huisartsen hebben we onvoldoende gelobbyd om de waarde van het huisartsenvoak naar de politiek te vertalen.(...) Als ik in dienst ben van een bedrijf dat in mijn wijk de huisartsenzorg aanbiedt, treedt daarmee ook het bedrijfseconomisch handelen in werking. Ik zie het dan nog wel een keer gebeuren dat de baas zegt dat de omzet over september tegenvalt en dat we dus snel op zoek moeten naar nieuwe patiënten om extra omzet te genereren. Hoe doe je dat dan? Ga je dan -net als apotheken nu al doen- maar iedereen op cholesterol prikken om te kijken of je nog wat patiënten kunt vinden aan wie je een geneesmiddel kunt voorschrijven?<sup>74</sup>*

H. Itjeshorst, huisarts

*In plaats van dit laatste bastion van maatschappelijke warmte te koesteren, wordt nu ook de positie van de huisarts snel afgebroken. Aangespoord door ministerie en zorgverzekeraars moeten huisartsenpraktijken worden omgevormd tot professionele organisaties met moderne technologieën waar zakelijkheid, efficiency, doelmatigheid en schaalvergroting toverwoorden zijn. De huisarts wordt opgescheept met complexe financieringsstructuren en wordt gedwongen zijn praktijk razend snel om te gooien. Op 1 januari 2006 moet iedereen ook nog eens optimaal voorbereid zijn op de nieuwe zorgverzekeringswet. De huisartsen zijn er dan -hopelijk mede door de informatievoorziening via het LHV-switchproject- klaar voor.<sup>75</sup>*

Anton J.M. van de Ven, Hoofdredacteur en algemeen directeur LHV

<sup>74</sup> Itjeshorst, H. *De zorg wordt alleen maar duurder, De Huisarts in Praktijk*, tijdschrift Landelijke Huisartsen Vereniging, 2005, jaargang 16, nr.9. p.14.

<sup>75</sup> Ven, van de, A. Redactionele bijdrage, *De Huisarts in Praktijk*, tijdschrift Landelijke Huisartsen Vereniging, 2005, jaargang 16, nr.10, p.9.



In 2005 wordt er in het blad nog veel over de gevolgen van de binnenkort in te voeren wet gespeculeerd. Veel huisartsen zijn bang dat zorgverzekeraars zich als schadeverzekeraars gaan gedragen. Daarnaast worden er op het gebied van de declaraties veel problemen verwacht omdat alles digitaal moet worden opgestuurd. Voorzitters van de beroepsorganisaties uit de gezondheidszorg uiten in het blad hun twijfels over het verenigen van marktwerking en de gezondheidszorg. Een van deze reacties komt van de bestuursvoorzitter van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG):

*Vanuit de uitgangspunten van de huisartsgeneeskunde staan wij voor een rechtvaardig stelsel dat stoelt op toegankelijkheid, solidariteit, doelmatigheid en kwaliteit. Ik denk niet dat marktwerking het juiste principe is om die uitgangspunten te realiseren. Er zijn onvoldoende waarborgen.<sup>76</sup>*

Arno Timmermans, NHG bestuursvoorzitter

Vanaf begin 2006 doet het nieuwe zorgstelsel in de gezondheidszorg zijn werk. Vanaf het begin wordt er in *Huisarts in Praktijk* veel geschreven over de administratieve chaos die de omschakeling tot gevolg heeft. Doordat er gewerkt wordt met elektronische declaraties zijn er overbelaste computersystemen die geen gegevens terug kunnen sturen van eind december tot eind januari. Daarnaast dreigt er nu voor het eerst een probleem van onverzekerde patiënten en van patiënten die niet (kunnen) betalen. In het blad worden de problemen aangeduid met wildwest taferelen. Huisarts Frank Nieuwesteeg over de periode net na de invoering van het nieuwe zorgstelsel:

*Weet je wat ik nou zo cru vind van de laatste tijd? We worden door de omstandigheden gedwongen om ons alleen maar met financiën bezig te houden. Dat wil ik helemaal niet. Ik heb ook geen pinautomaat in de praktijk gezet. Ik denk niet dat mijn patiënten dat zouden pikken van me. En ik wil het zelf ook niet. Juist voor je patiënten moet je duidelijk zijn dat je een bepaalde ethiek hebt ten aanzien van je werk. Dat het juist niet alleen maar om het geld gaat.<sup>77</sup>*

Frank Nieuwesteeg, Huisarts

In de periode net na de invoering van het nieuwe zorgstelsel ligt de nadruk op de financiële administratie bij artsen. Het citaat van Nieuwesteeg geeft aan dat dit absoluut iets is wat de huisarts niet wil, omdat het ingaat tegen zijn beroepsethiek.

De onderwerpen die verder gedurende het jaar aan de orde komen zijn onder andere: contractonderhandelingen tussen huisartsen en zorgverzekeraar en wederom cursussen ondernemerschap die worden aangeboden door de LHV. Ook huisartsen zelf komen hier in interviews op terug. Een initiatief van huisartsen op dit gebied is 'De ondernemende huisarts', een vereniging voor praktijken die samen optrekken in kwaliteitsbeleid, onderhandelingen, contracteren, externe relaties en faciliteren:

---

<sup>76</sup> Timmermans, A. Bestuursvoorzitter NHG: "Wie vindt wat van marktwerking in de zorg: Gouden greep versus gruwelijke VVD-vondst", *De Huisarts in Praktijk*, tijdschrift Landelijke Huisartsen Vereniging, 2005, jaargang 16, nr.12. p.13.

<sup>77</sup> Nieuwesteeg, F., "Help! De dokter verzuipt!", *De Huisarts in Praktijk*, tijdschrift Landelijke Huisartsen Vereniging, 2006, jaargang 17, nr.2. p.10.

*Dat past in een commercieel ondernemersplaatje, maar daar proberen we voor te waken. We zijn geen proeftuin voor producten die niet evidence-based zijn! NHG-standaarden vormen het uitgangspunt. Het uitgangspunt is dat als wij bepaalde commerciële producten niet aanbieden, anderen staan te popelen om dat wel te doen.(..)*

*Nu zeggen we: we zijn een 'bedrijf', waarin processen plaatsvinden. Een belangrijk onderdeel daarvan is het spreekkamercontact. Maar daarnaast is er nog een heel stuk dat nooit zichtbaar is gemaakt. Dat gaan we nu doen. In feite op uitnodiging van de overheid. Die zegt immers dat we transparant moeten zijn. Wat gebeurt er precies achter de deur van de spreekkamer? vragen de zorgverzekeraars. Wij zijn met hart en ziel huisarts, maar omdat de gezondheidszorg steeds commerciëler wordt, moeten we ook ondernemerschap ontwikkelen.<sup>78</sup>*

Ton de Moel, huisarts in Eindhoven

Het hernieuwde, ondernemende karakter wordt ook in andere interviews aan het licht gebracht. Zo is er het interview met de hoogleraar huisartsgeneeskunde Bert Schadé die ook meer ondernemerschap ziet bij huisartsen, en Wim Stalman die over de academisering van huisartsenpraktijken spreekt.

*De huisarts moet daarin vooral huisarts zijn. Hij moet inhoudelijk invulling geven aan de huisartsfunctie, niet breder dan dat. Dat is wel iets essentieels. De huisarts moet heel scherp zijn werkgebied omschrijven. De invulling die hij aan ondernemerschap geeft, hangt dus af van de situatie.<sup>79</sup>*

Bert Schadé, hoogleraar huisartsgeneeskunde, UvA

*Er moet nog héél veel administratie worden afgehandeld, maar er is wel ruimte ontstaan voor creatief en maatschappelijk ondernemerschap. In het verleden hadden we een zorgstelsel dat erop gericht was gebrek aan initiatief te belonen. Als je iets bijzonders wilde, dan rolde je al gauw met allerlei partijen over de straat. Met de huidige regelgeving en financiering kan ook niet alles, maar wel veel meer dan vroeger.*

Wim Stalman, hoogleraar huisartsgeneeskunde, VU

In de reactie van de hoogleraar Stalman is al geen plaats meer voor de 'oude' manier van werken. Huisartsen moeten initiatief nemen en 'maatschappelijk ondernemerschap' tonen. Er komen meer berichten over ondernemerschap en berichten die hier zware kritiek op leveren. Sommige huisartsen zien het opgedrongen ondernemerschap niet zitten waar anderen juist zonder moeite hier aan toegeven. Een overzicht van verschillende reacties:

*We leveren een dienst, geen product. Er is helemaal geen markt, er is geen vrije keus. De patiënt kan niet zeggen dat hij liever een steenpuist heeft dan een griep of dat hij liever naar een huisarts in Groningen gaat dan naar een huisarts in Amsterdam. En als ik naar de prijsstelling kijk, kan ik alleen maar tot de conclusie komen dat de overheid eigenlijk ook*

---

<sup>78</sup>Moel, de, T., "De ondernemende huisarts", *De Huisarts in Praktijk*, tijdschrift Landelijke Huisartsen Vereniging, jaargang 17, 2006, nr.4. p.11.

<sup>79</sup>Schadé, B., hoogleraar huisartsgeneeskunde, *De Huisarts in Praktijk*, tijdschrift Landelijke Huisartsen Vereniging, 2006, jaargang 17, nr.1. p.38.

*helemaal geen markt wil. De huisarts mag toch niet het tarief rekenen dat hij wenst? Ik vind die hele marktwerking echt totale onzin.*<sup>80</sup>

Schelte van Randen: was tot 1992 huisarts

*Door de marktwerking en nieuwe zorgontwikkelingen moet de huisarts zich meer dan ooit bewust zijn van het feit dat hij naast medicus ook ondernemer is. Er worden meer eisen gesteld, niet alleen vakinhoudelijk, maar ook op het gebied van praktijkvoering. Er komen vragen op hem af over bijvoorbeeld marketing, aansprakelijkheid, personeelsbeleid en samenwerkingsvormen.*<sup>81</sup>

Karel van Rosmalen, initiatiefnemer MBA ondernemerschap

*Huisartsen zijn al ondernemers. Tenminste, in het nieuwe, meer marktgeoriënteerde zorgstelsel worden zij voortdurend in die hoedanigheid aangesproken. Bijzonder aan dit ondernemerschap is echter dat hun bedrijfsuitoefening aan strikte regels van overheid en verzekeraars is gebonden en hun omzet- en winstmogelijkheden in ernstige mate zijn gelimiteerd.*<sup>82</sup>

Steven van Eijck, LHV-Voorzitter

#### **4.5 Conclusie anno 2008: De huisarts als ondernemer**

Vanaf 1990 spelen er stelselwijzigingen in het gezondheidszorgbeleid. Het gaat dan in *De Huisarts* vaak en veel over marktwerking in de gezondheidszorg. Hierbij komen huisartsen, hoogleraren en beleidsmakers aan de orde die hun visie geven op de mogelijke veranderingen door een nieuw zorgstelsel. Maar huisartsen verzetten zich actief tegen de komst van een mogelijke stelselwijziging en de overheid ziet initiatieven voor een nieuw zorgstelsel met meer marktwerking niet uitgevoerd. De huisartsen zijn tegen het werken onder invloed van financiële prikkels en vinden dat het belang van de patiënten voorop moet staan en niet de financiën.

Ten tijde van minister Borst komt het beleid van de gezondheidszorg in rustiger vaarwater, maar de samenleving verandert onder invloed van kritische patiënten, zorgverzekeraars en schaarste. Het beleid van de Paarse kabinetten is er niet op gericht om marktwerking in gezondheidszorg in te voeren, maar toch worden er voorstellen aangenomen en wetten herzien die uiteindelijk voor de kabinetten Balkenende de opmaat vormen tot een stelselherziening.<sup>83</sup> De werkdruk onder huisartsen neemt toe, maar de manier van werken lijkt hetzelfde als altijd.

Vanaf het moment dat Hoogervorst aan het roer komt en zijn eerste plannen presenteert, komt de berichtgeving over marktwerking en stelselherzieningen weer flink op gang. Naarmate de tijd vordert en we richting de invoering van het nieuwe zorgstelsel gaan, komen veel meer signalen van huisartsen

---

<sup>80</sup> Randen, van, S., Thema katern 60 jaar LHV, *De Huisarts in Praktijk*, tijdschrift Landelijke Huisartsen Vereniging, 2006, jaargang 17, nr.8. p.29.

<sup>81</sup> Rosmalen, van. R., *De Huisarts in Praktijk*, tijdschrift Landelijke Huisartsen Vereniging, 2006, jaargang 17, nr.10. p.43.

<sup>82</sup> Eijck, van, S., LHV-Voorzitter in zijn column Norminkomens en tarieven, *De Huisarts in Praktijk*, tijdschrift Landelijke Huisartsen Vereniging, 2007, jaargang 18, nr.7. p.33.

<sup>83</sup> Zie voorts: Boot, J.M. en Knapen, M.H.J.M., (2005), p. 259-260

die zich ondernemender er bedrijfsmatiger op gaan stellen. Na de invoering zijn veel huisartsen, althans volgens de berichtgeving, ondernemer geworden die (soms gedwongen) de samenwerking aangaan met andere huisartsen en de huisartsenpraktijk runnen als een bedrijf. Daarbij wordt de medisch inhoudelijke kant natuurlijk niet vergeten en zijn er idealisten die koste wat kost de marktwerking buiten hun praktijk willen houden.

In het volgende hoofdstuk komen de interviews met huisartsen aan de orde. Hierin komt ook het ondernemerschap aan de orde en blijkt inderdaad dat huisartsen, soms gedwongen, zichzelf moeten opstellen en profileren als ondernemer.

## 5. De huisarts aan het woord

In dit hoofdstuk worden de bevindingen uit de interviews met huisartsen gepresenteerd. In de eerste paragraaf wordt ingegaan op het ondernemerschap bij huisartsen. In de tweede paragraaf komen de veranderingen die huisartsen de afgelopen tien jaar hebben meegemaakt aan de orde en ten slotte komen in de derde paragraaf belangrijke waarden voor de huisartsen aan de orde.

### 5.1 Ondernemerschap bij huisartsen

Uit de interviews met huisartsen blijkt dat huisartsen inderdaad nauwelijks ontkomen aan de druk om op een marktgerichte manier te handelen of hun ondernemerschap uit te bouwen. De oude manier van werken wordt door de huisartsen zoveel mogelijk hoog gehouden, maar daar bovenop is een laag van managementtaken en ondernemerschap gekomen. Op een enkeling na zien de meeste huisartsen zichzelf, naast zorgverlener, als ondernemer. Over dit ondernemerschap zijn de meningen van de huisartsen verdeeld. De invoering van het nieuwe zorgstelsel wordt ook vaak expliciet als drijvende kracht achter het toegenomen ondernemerschap genoemd.

*Het heeft ertoe geleid dat die persoonlijke opstelling, zeg maar, voor de huisarts wat lastiger wordt. Omdat de zorg opgesplitst wordt [en] omdat je wat zakelijker naar je bedrijf moet kijken, je als ondernemer moet opstellen... [dat] betekent gewoon ook gezien het aantal taken dat je op je bordje krijgt dat je een aantal dingen moet delegeren. Dus daardoor krijg je een aantal mensen in je praktijk die een deel van jouw taken overnemen.*

Huisarts 3

*Nee, je moet commercieel gaan denken want anders overleef je het in dit vak niet... dan krijg je een heel schamel inkomen.*

Huisarts 5

*Eh.. ik denk dat dat verandert, hè? Van vroeger een notabele, tot nu op dit moment is het meer een dienstverlenend bedrijf.*

Huisarts 1

*Nou... ik zelf ben geen ondernemer. Ik ben een zorgverlener.*

Huisarts 8

Uit het laatste citaat blijkt dat zeker niet alle huisartsen zich naast zorgverlener ook als ondernemer zien. Uit de meeste interviews is op te merken dat huisartsen op een of andere manier conform de veranderende omstandigheden zijn gaan werken. De (financiële) prikkels die door het nieuwe zorgstelsel zijn doorgedrongen in de gezondheidszorg proberen de meeste huisartsen buiten boord te houden. Daarnaast hebben veel huisartsen de afgelopen jaren extra initiatieven ontplooid in samenwerking met andere huisartsen of zorginstellingen.

*Sterker nog we hebben nu een project lopen met de thuiszorg.. dat komt ook uit strategische belangen voort. Zorg van de thuiszorg, AWBZ, dat wordt steeds minder en daarmee zoeken de thuiszorgorganisaties andere bronnen van inkomsten. Zo zijn wij bezig met de thuiszorg Groningen en via huisartsen hebben wij een zorgprogramma voor astma en COPD opgezet. Dat betekent dat de thuiszorg zorgt voor het faciliteren van projecten en leiding en projectmanagement en wij vormen medische input en zij leveren dan weer praktijk verpleegkundigen. Ik denk dat daar wel markteconomische overwegingen aan ten grondslag liggen.*

Huisarts 1

*Een BV is het en die organiseert ketenzorg. En als je daar in meedoet, en daar ga ik in mee doen, dan verplicht je je om op een bepaalde manier mensen met suikerziekte te behandelen via een protocol. En daar krijgen wij dan per diabetespatiënt een bepaald bedrag voor en daar moet je dan de zorg van bekostigen. En wij moeten daar ook aan verdienen...*

Huisarts 6

Uit de interviews blijkt dat veel huisartsen bezig zijn hun praktijkvoering aan te passen of samenwerkingsverbanden met andere huisartsen aan te gaan. In de eerste plaats heeft dat te maken met de toegenomen managementtaken en in de tweede plaats wijst het ook op de toegenomen druk om te ondernemen. De druk om te ondernemen wordt door veel huisartsen herkend en gezien als een ontwikkeling die hen wordt opgedrongen door het zorgstelsel en waar vrijwel geen huisarts aan ontkomt.

*Je hebt niet meer de mogelijkheid om ergens de rem op te zetten, je moet mee met allerlei ontwikkelingen of ze nou wel of niet goed zijn.*

Huisarts 2

*Ja, je wordt gestimuleerd om je heel erg als ondernemer op te stellen en dus ook daadwerkelijk je huisartsenpraktijk efficiënt in te delen en gebruik te maken van alle financiële vergoedingen om daadwerkelijk kwaliteit van zorg te nemen, en natuurlijk in alle officiële documenten en discussies zul je zien dat huisartsen zich daar heel erg op beroepen: kwaliteit van zorg staat voorop.*

Huisarts 3

*Nou, ik denk overigens dat die ontwikkeling komt omdat huisartsen als groep hebben ingezien dat het niet meer haalbaar is om dat hele marktdenken buiten de deur te houden.*

Huisarts 7

Uit de interviews blijkt dat het ondernemerschap bij huisartsen is toegenomen en dit vaak aan het nieuwe zorgstelsel wordt toegeschreven. Door de marktwerking en financiële prikkels worden huisartsen gedwongen om met een economische inslag hun praktijk te bekijken. Om tegemoet te komen aan de groei van managementtaken worden er vaak samenwerkingsverbanden opgericht en is de tendens om zorg te bundelen groter geworden dan vroeger.

Naast de stimulans voor huisartsen om zich ondernemender op te stellen, heeft het zorgstelsel voor andere financiële prikkels gezorgd, deze komen terug in de volgende paragraaf.

## 5.2 Veranderingen door marktwerking en het zorgstelsel

Als huisartsen wordt gevraagd naar de veranderingen in hun werk als gevolg van het zorgstelsel wordt meteen de toename aan administratieve rompslomp genoemd. Over het algemeen kan gesteld worden dat de huisartsen niet positief zijn over het nieuwe zorgstelsel en de daarbij behorende marktwerking. Huisartsen constateren een gegroeid takenpakket waarbij er over de jaren meer managementtaken bij zijn gekomen. Door de groei van het takenpakket hebben huisartsen minder dan vroeger tijd voor medisch inhoudelijke zaken.

*Heel anders... er is heel veel veranderd in de loop van die twintig jaar. In het begin was het een strikt medisch-technisch beroep. Dat was het item waar we het over hadden. En dat is in de loop der jaren veranderd, en de managementtaken zijn enorm toegenomen. En niet een beetje, maar ik praat echt over enorm. En dat neemt de laatste tijd alleen nog maar verder toe.*

Huisarts 4

Naast managementtaken en meer administratieve werkzaamheden is er volgens huisartsen meer dan vroeger aandacht voor de kwaliteit van zorg. Dit wordt vaak ook toegeschreven aan het nieuwe zorgstelsel. De kwaliteit van de huisartsenzorg wordt door sommige huisartsen gezien als aanzienlijk verbeterd.

Door de invoering van marktwerking en door het nieuwe zorgstelsel is er ook een grotere invloed van financiële prikkels op het werk van huisartsen. Een heikel punt zijn bijvoorbeeld de aparte tarieven uit modules van modernisering en innovatie (M&I verrichtingen). De verleiding is groot om daar meer gebruik van te gaan maken omdat het goed verdient en de huisarts erdoor laat zien extra kwaliteit in huis te hebben.

*Daarnaast... heb je een component, hè, van die nieuwe zorgverzekeringswet dat heet modules van modernisering en innovatie. Dat gebruiken de overheid en verzekeraars als instrument om (...) bepaalde dingen te stimuleren, om bepaalde dingen te vergoeden. Wat ik daarvan in de praktijk merk dat de dingen die ik zinvol vind, hè, voor de individuele patiënt, dat ik dat doe, maar ik heb me weleens afgevraagd of ik verrichtingen of handelingen doe om financiële redenen. Dus niet dat ik denk dat, dat voor de gezondheid van mensen het beste is, maar dat, dat gunstig zou zijn voor mijn inkomsten, maar dat gebeurt eigenlijk niet....*

Huisarts 1

*Ook in deze praktijk zullen zo nu en dan ECG'tjes gedraaid worden niet omdat ik het noodzakelijk vind, maar omdat de patiënt het gedeeltelijk vraagt en omdat ik daar natuurlijk dan een vergoeding voor tegenover zie staan, terwijl ik misschien vroeger gezegd zou hebben van: nou, dat lijkt me niet echt een nuttige bijdrage aan het onderzoek.*

Huisarts 3

*Want in wezen is het helemaal niet handig om een spreekuur te doen, want dat levert niks op, dat betaalt niet! Wat betaalt is ECG's maken, spirometrieën maken, ingreepjes doen, injecties geven, sportgeneeskunde, tapen! Dus je ziet huisartsen, ik weet niet of je...een collega van mij in de stad ook te pakken kan krijgen, maar die loopt helemaal binnen op dit nieuwe stelsel: die*

*vindt dit helemaal geweldig. Kijk als u met een vervelend probleem komt, met wat ik net zei, kanker. Dan verwijst [hij] u heel snel naar een patiëntenvereniging of naar een maatschappelijk werker voor het kankerprobleem. Maar tennis je? Nou, dan meten we je een tennisbrace om of iets dergelijks: want dat verdient geld! Nou dat vind ik, daar haal je eigenlijk de ziel uit het huisartsenvak.*

Huisarts 5

Een klein deel van de huisartsen geeft toe dat de extra tarieven een verleiding vormen om gebruik van te maken. Huisartsen zeggen wel toe dat het een veelvoorkomend verschijnsel aan het worden is in huisartsenpraktijken om hen heen.

Naast de financiële prikkels is de rol van zorgverzekeraars drastisch veranderd. De zorgverzekeraar van vroeger wordt vaak genoemd als bondgenoot en huisartsen voelden zich in zekere zin werknemer van de regionale zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar is nu, in vergelijking tot vroeger, verder op afstand komen te staan en de communicatie is sterk verslechterd. Daarnaast hebben huisartsen meer het idee dat de zorgverzekeraar is verworden tot een schadeverzekeraar.

*Dus als je eenmaal wist wie eh...Pietje was dan was hij na drie maanden weer weg en zat daar Klaasje en die wist niet wie jij was...dus de communicatie met de zorgverzekeraar is \* pzzzzzzzzzzt \* (maakt geluid van neerstortend vliegtuig)... voor mij als huisarts in de periferie, naar een nulpunt gedaald.*

Huisarts 4

*(..) toen ik zeg maar in feite voordat die veranderingen begonnen (..) voelden wij ons medewerkers... ik ook.. en ik denk [dat], de meeste huisartsen die zagen zich als medewerker van het ziekenfonds. Niet als werknemer maar gewoon als medewerker. En de zorgverzekeraar zag je als (..) een onderlinge waarborgmaatschappij. Niet als een schadeverzekeringsmaatschappij die ze nu steeds meer aan het worden zijn.*

Huisarts 2

Naast de veranderende rol van de zorgverzekeraar waarbij deze op afstand van de huisarts is komen te staan en van karakter veranderd is, krijgen zorgverzekeraar meer grip op het werk van huisartsen. Door het voorschrijfbeleid is de invloed van de zorgverzekeraar volgens huisartsen te merken in de spreekkamer. Uiteindelijk leveren de meeste huisartsen nog steeds dezelfde zorg, alleen moet er meer moeite worden gedaan, omdat de zorgverzekeraar veel beleid heeft ingevuld.

*Zij krijgen wel...langzamerhand steeds meer grip op wat je wel en niet mag voorschrijven. Ook dingen die wel nodig zijn.*

Huisarts 2

*Absoluut. Dé belangrijkste verandering is dat je voor je gevoel meer een eigen baas was en dat je het idee had dat je controle had over je eigen beleid en eigen toko zal ik maar zeggen, en dat de macht nu voor een groot gedeelte toch ook in de praktijk naar de zorgverzekeraar geschoten*



*is. Waarbij je steeds meer te maken krijgt met allemaal regels die aan jou opgelegd worden vanuit de zorgverzekeraar.*

Huisarts 3

De invloed van de zorgverzekeraar is wel groter geworden, maar de meeste huisartsen beschrijven het als een marginale ontwikkeling. De relatie met de patiënt is er niet door verslechterd, alleen worden huisartsen soms in een lastige situatie geplaatst als zij worden gedwongen het beleid van de zorgverzekeraar te verkopen.

*Nee, dat niet, ik denk dat het niet veel invloed op het arts-patiënt contact heeft. Behalve dat je vaker uit moet leggen: dit wordt wel vergoed en dit niet. Niet alle dingen worden vergoed en dat moet je vaker uitleggen dan [voorheen].*

Huisarts 2

*Mijn relatie met de patiënt is er niet anders op geworden. Behalve dan... en dat wordt wel een beetje lastig... dat sommige zorgverzekeraars paal en perk stellen aan de mogelijkheden die de patiënt krijgt. En dat is heel storend.*

Huisarts 5

In de laatste paragraaf wordt ingegaan op de waarden die spelen binnen de huisartsenpraktijk. Hieruit blijkt vooral dat de waarden van het nieuwe zorgstelsel vaak botsen met de idealen van de huisartsen.

### **5.3 Waarden in de huisartsenpraktijk**

Ondanks de nadruk op ondernemerschap, financiën en managementtaken in de huisartsenpraktijk willen alle huisartsen nog steeds de vertrouwenspersoon voor het gezin zijn en dichtbij de patiënt staan. De gezondheid van hun patiënten staat bovenaan de prioriteitenlijst van huisartsen.

*Dus als je dat concreet wil omschrijven is dat opkomen voor de sociaal zwakkere of zieke, dat vind ik een belangrijke waarde of dat je geen drempels hebt om mij als vertrouwenspersoon te zien.*

Huisarts 1

*Het uitgangspunt is persoonlijke integrale en continue zorg, waarbij dan de patiënt centraal staat en er respect moet zijn voor de waarden die de patiënt hanteert. Waar ik mij als hulpverlener voor het grootste gedeelte op probeer aan te passen.*

Huisarts 3

*Nou, het belangrijkste is dat ik eerlijk ben tegen mijn patiënten. Dat vind ik het aller belangrijkste en dat weet de patiënt ook, als een patiënt bij me binnenkomt hoef ik nooit te denken wat ik drie weken geleden tegen hem heb gezegd. Dus openheid, eerlijkheid en transparantie.*

Huisarts 7

Het zorgstelsel heeft volgens alle huisartsen meer nadruk gelegd op financiën binnen de huisartsenzorg. Dit heeft tot gevolg dat de waarden die de huisartsen graag hoog willen houden onder druk komen te staan. De waarden die huisartsen hoog willen houden staan dan ook op gespannen voet met de tendens die met het nieuwe zorgstelsel is ingezet. Hierdoor komen sommige huisartsen in een dubbelzinnige situatie. In deze situatie willen huisartsen hun eigen idealen hoog willen maar worden door marktwerking onder druk gezet om hiervan afstand van te doen.

*Wat ik vaak merk door maatschappelijke ontwikkelingen is dat je meer defensief wordt en meer klantgericht wordt. Dat gaat niet altijd samen met die eed denk ik, hè. Als ik uit ga van het uitgangspunt ik doe iets voor jou omdat het goed voor jou is en voor je gezondheid, dat betekent ook wel eens dat we het niet met elkaar eens zijn. Als je servicegerichtheid vooropstelt dan probeer je een klant tevreden te stellen als je denkt vanuit het medische, dan betekent dat dat je het weleens oneens bent en niet je zin krijgt.*

Huisarts 1

*En dan kom je op een oude, oud uitgangspunt: een goede dokter is een dokter die (..) de autonomie van zijn patiënt nastreeft en hem niet zieker maakt. Alleen, dat is als je puur naar marktwerking kijkt, is het je eigen glazen intrappen. Want als een goede winkelier, die bindt zijn klant aan zijn werkplaats, hè?*

Huisarts 5

Huisartsen proberen hun idealen onder de veranderende omstandigheden hoog te houden, maar dit lukt gewoonweg niet in alle gevallen. De druk van het nieuwe zorgstelsel en de marktwerking zijn groot en huisartsen kunnen niet altijd op tegen de invloed van deze ontwikkelingen. Wel blijkt dat huisartsen hun ethiek hooghouden en zich zo min mogelijk willen laten verleiden om marktgericht te gaan denken. Economische waarden die de afgelopen jaren tot de gezondheidszorg zijn doorgedrongen worden niet zonder meer overgenomen door huisartsen.

In het volgende hoofdstuk volgt de conclusie waarin de resultaten van het onderzoek zullen worden geïnterpreteerd. Vervolgens is er een hoofdstuk discussie waarin tekortkomingen van dit onderzoek aan de orde komen en suggesties voor verder onderzoek worden gedaan.

## 6. Conclusie

In dit onderzoek staat de beroepsethiek van artsen centraal. De omgeving van huisartsen is de afgelopen jaren veranderd. Door marktwerking en een nieuw zorgstelsel hebben veel huisartsen hun praktijk moeten aanpassen en zijn zij meer managementtaken gaan uitvoeren. Naast de omgeving die veranderd is rijst de vraag of de beroepsethiek van huisartsen ook veranderd is. Uit de theoretische verkenning blijkt onder andere dat professionals in de gezondheidszorg onder druk zijn komen te staan. In de eerste plaats komt deze druk door de opkomst van marktwerking of, zoals Freidson (2001) dit noemt, de logica van de markt en in de tweede plaats door de toename van bureaucratie. Daarnaast stelt Hilhorst dat de ethiek van artsen zich onder de invloed van marktwerking zal bewegen richting een ethiek van de markt.

In dit hoofdstuk komt het antwoord op de hoofdvraag van dit onderzoek aan de orde:

*In hoeverre heeft de aanloop naar en invoering van de zorgverzekeringswet van 1 januari 2006 geleid tot veranderingen in de beroepsethiek van huisartsen?*

### **Ondernemerschap**

Uit dit onderzoek blijkt dat huisartsen over de afgelopen twintig jaar onder invloed van de invoering van het nieuwe zorgstelsel zich ondernemender zijn gaan opstellen. Het ondernemerschap bestaat uit het aanbieden van extra zorg, het ontwikkelen van samenwerkingsvormen en het uitbreiden van de praktijkvoering door assistenten en ondersteunend personeel. Deze ontwikkelingen rondom huisartsenpraktijken passen binnen de schaalvergroting die Groenwegen, Hansen en Ter Bekke (2007) hebben geconstateerd.

Financiële overwegingen zijn door het veranderde zorgstelsel, de invloed van zorgverzekeraars en tarieven voor speciale verrichtingen een grotere rol gaan spelen in de dagelijkse praktijk. Huisartsen worden vaker dan vroeger gedwongen om individualistisch te denken en een afweging te maken tussen het belang van de patiënt en hun eigen belang. Hieruit blijkt de druk die op de onafhankelijkheid van de huisarts is komen te staan door een veranderende rol van de zorgverzekeraar en de komst van het zorgstelsel. De logica van de huisarts, de professional (Freidson, 2001), staat onder de druk van de logica van de zorgmarkt (individualistisch en ondernemend denken) en de logica van de bureaucratie (regels van de zorgverzekeraar). Aan de ene kant moeten huisartsen zorgen dat zij hun bedrijfsvoering goed regelen zodat zij genoeg verdienen (markt logica), tegelijkertijd moeten zij voldoen aan de toenemende regelgeving die de zorgverzekeraar en de overheid stellen aan die bedrijfsvoering (logica van de bureaucratie). Daar bovenop willen huisartsen nog altijd kunnen opereren volgens de ideologie en standaarden van de beroepsgroep (logica van de professional). Het is dan ook niet meer dan logisch dat het merendeel van de huisartsen negatief staat tegenover het nieuw ingevoerde zorgstelsel.

### **De positie van de huisarts als professional**

De analyse van de huisarts die druk ervaart vanuit de zorgmarkt (marktlogica) en de zorgverzekeraars (bureaucratische logica) heeft ook betekenis voor de positie van de huisarts als professional. Uit de analyse namelijk blijkt dat huisartsen onder druk staan door principes uit de twee andere logica die Freidson (2001) onderscheidt. De verandering van de positie van de huisarts als professional is in dat opzicht marginaal. Aan vrijwel alle elementen van professionele ethiek van Koehn (1994) wordt nog steeds vrijwel invulling gegeven. Huisartsen geven nog steeds de prioriteit aan het vertrouwen van patiënten. Over veranderingen in de specifieke kennis en kunde, die huisartsen door eigen opleidingen verwerven, zijn geen uitspraken te doen aan de hand van dit onderzoek. Maar wel duidelijk is dat het opleidingssysteem en de positie van de huisarts in de eerste lijn niet drastisch veranderd zijn. De druk op de discretionaire ruimte (Koehn, 1994) neemt wel enigszins toe door de toenemende invloed van zorgverzekeraars op het voorschrijfbeleid. Dit laatste duidt erop dat de positie van de huisarts als professional aan het veranderen is.

Een opvallend punt dat in het theoretisch kader aan de orde kwam gaat over de publieke eed. Koehn (1994) noemt deze eed, in het geval van huisartsen de artseneed, als een belangrijk onderdeel van de professionele ethiek. Hoewel aan de meeste medische faculteiten de eed nog steeds wordt afgelegd, is het sinds enkele jaren voor aankomende artsen niet verplicht om deze eed af te leggen. Dit is een opvallend verschijnsel in relatie tot de positie van de huisarts als professional, omdat hij zich niet meer op symbolische wijze hoeft te 'voegen in de beroepsgroep', zoals Koehn (1994) het afleggen van de eed omschrijft. Het feit dat de eed nog steeds door de meeste artsen wordt afgelegd sterkt het argument dat artsen medisch ethische waarden willen hoog houden. Tegelijkertijd geeft het feit dat het afleggen van de artseneed niet meer verplicht is aan dat de positie van de arts als professional is veranderd.

### **Beroepsethiek**

Huisartsen hangen nog steeds het oude adagium aan dat al ten tijde van het boek van Mol en Van Lieshout (1989) bestond. Huisartsen hechten nog steeds veel belang aan zelfdiagnose en het voorkomen dat patiënten in de tweede lijn terecht komen, met één verschil. Huisartsen kijken niet in alle gevallen naar wat zij *niet* hoeven te doen. Volgens Mol en Van Lieshout (1989) hanteerden huisartsen dit beginsel om te voorkomen dat door overbodige behandelingen schade kan worden toegebracht aan patiënten. Veel huisartsen hanteren dit beginsel nog wel, maar het is op drift geraakt omdat het niet meer loont om zo min mogelijk te doen in de zorgmarkt. Het is voor huisartsen winstgevend om extra medische behandelingen te verrichten. Zonder dat huisartsen het eigenlijk zelf willen, worden zij door de veranderende omstandigheden gedwongen om andere waarden te hanteren in hun werk dan twintig jaar geleden. Hieraan liggen tegenwoordig niet in alle gevallen medisch inhoudelijke redenen ten grondslag. Markteconomische overwegingen spelen een steeds grotere rol.

De analyse van Hilhorst (2004) over de verschuiving van ethiek blijkt voor de huisartsen niet geheel op te gaan. De beroepsethiek is namelijk niet verschoven, maar er is een stukje markteconomische ethiek bijgekomen die past bij de huidige tijd. Klanttevredenheid, kwalitatief goede producten, imago en goede dienstverlening zijn daardoor waarden die voor huisartsen gaan spelen. In die zin kan er op basis van dit onderzoek worden gezegd dat er bij huisartsen een stukje markteconomische ethiek is bijgekomen.

Als er zich tegenstrijdigheden voordoen tussen de markteconomische en professionele waarden zullen huisartsen nog zelf de afweging maken en die verschilt per huisarts.

### **Tot slot**

Het antwoord op de hoofdvraag luidt dat de beroepsethiek van huisartsen sinds 1990 gedeeltelijk is veranderd. Door de geïntroduceerde marktwerking beweegt de beroepsethiek van huisartsen naar een beroepsethiek die past bij waarden van de markt. Op de beroepsethiek uit begin jaren '90 is een stuk ethiek van de markt gekomen. Huisartsen worden hierdoor vaker gedwongen om marktgericht te denken en een afweging te maken tussen hun professionele ideologie en het economische belang dat de marktwerking van hen vraagt. Daarnaast wordt de huisarts ook vaker dan vroeger geconfronteerd met de bureaucratische macht van de zorgverzekeraar. De huisarts van nu is nog grotendeels dezelfde als twintig jaar geleden, met het verschil dat hij zich nu vaker zal beroepen op markteconomische waarden als ondernemer. De huisarts moet vaker marktgericht denken.

## 7. Discussie

In dit hoofdstuk komt de discussie over de onderzoeksmethode en de resultaten van dit onderzoek aan de orde. Er wordt in dit hoofdstuk ingegaan op de punten van dit onderzoek die vragen oproepen of ruimte bieden voor discussie. Om te beginnen wordt ingegaan op de methode van onderzoek. Vervolgens wordt gereflecteerd op de resultaten van dit onderzoek.

In de vraagstelling van dit onderzoek is ervoor gekozen om de veranderingen van beroepsethiek te relateren aan marktwerking en de wijziging van het zorgstelsel. Naast deze veranderingen spelen er maatschappelijk nog meer factoren een rol in het veranderen van de beroepsethiek. De toename van marktwerking en de stelselwijziging lijkt op grond van dit onderzoek in zekere mate bepalend voor de verandering. Andere factoren hebben hier, wellicht in mindere mate, ook aan bij gedragen. Voor welke veranderingen de overige factoren hebben gezorgd valt op basis van dit onderzoek niet te zeggen. Dit verdient aandacht voor verder onderzoek, om daarmee een volledig beeld te krijgen van de veranderingen van beroepsethiek.

Om de verandering van beroepsethiek te onderzoeken is gebruik gemaakt van een tijdschriftanalyse en zijn interviews met huisartsen afgenomen. Door de resultaten van de tijdschriftanalyse naast de uitkomsten van de interviews te leggen, is er een duidelijk beeld naar voren gekomen over de verandering van beroepsethiek van huisartsen. Uit de tijdschriftanalyse komt een beeld naar voren van de huisarts als ondernemer. Dit is gebaseerd op citaten uit het tijdschrift. De vraag daarbij is hoe representatief die citaten zijn voor wat zich werkelijk in de empirie voordoet. De citaten hoeven namelijk niet representatief te zijn voor wat zich in de huisartsen praktijk heeft voltrokken. Echter, door informatie uit de interviews wordt het geschetste beeld uit de tijdschriftanalyse bevestigd.

In dit onderzoek is gekozen om gebruik te maken van het tijdschrift van de Landelijke Huisartsen Vereniging. De keuze voor dit tijdschrift heeft de uitkomst van het onderzoek mede bepaald. Het blad wordt namelijk vooral journalistiek en niet medisch inhoudelijk ingericht. Daarnaast is het blad onderdeel van de belangenorganisatie van huisartsen. Dit zou een vertekend beeld van de ontwikkelingen rond de beroepsethiek kunnen geven. De praktische inslag van het tijdschrift is tegelijkertijd een sterk pluspunt van het tijdschrift omdat het een helder overzicht geeft van wat er de afgelopen achttien jaar is gebeurd in Nederlandse huisartsenpraktijken.

Het geschetste beeld zoals dat uit de tijdschriftanalyse naar voren komt kan mede bepaald zijn door redactionele keuzes of redactioneel beleid. Om in dit verband duidelijkheid te krijgen heeft er een interview plaatsgevonden met de huidige persvoorlichter van het tijdschrift *Huisarts in Praktijk*.<sup>84</sup> De trend die in het blad is geconstateerd, met betrekking tot het ondernemerschap van huisartsen, is in dit opzicht geen redactionele keuze. Het beleid van het tijdschrift is sinds 1990 nauwelijks veranderd. Het

---

<sup>84</sup> Het interviewverslag met Fulco Seegers (LHV) is opgenomen in de bijlage. Hij was betrokken bij de oprichting van het tijdschrift van de LHV in 1990 en hij is vervolgens tot 2001 eindredacteur van het blad geweest. Sinds 2006 was hij adviseur van de redactie.

beleid is erop gericht middels een open manier, huisartsen te voorzien van praktische informatie over onder andere ontwikkelingen in het vakgebied, overheidsbeleid of verenigingsbeleid. Rond de stelselwijziging is er niet gekozen voor een ander beleid. Vanuit de informatieve rol heeft men in het blad willen laten zien wat de ontwikkelingen en nieuwe mogelijkheden zijn na de stelselwijziging. Het toegenomen ondernemerschap onder huisartsen wijst dus daadwerkelijk op een omslag in het veld.

Het tweede deel van de analyse betrof de interviews met acht huisartsen. De huisartsen die zijn geïnterviewd werken allemaal in verschillende praktijkvormen en zijn op één na allemaal werkzaam buiten de grote steden. De praktijkvorm waarin huisartsen werken kan van invloed zijn op de staat van de beroepsethiek. Huisartsen die werken in een solopraktijk kunnen namelijk een andere beroepsethiek hebben dan huisartsen in een gezondheidscentrum. Hierover zijn vanuit dit onderzoek geen uitspraken te doen. Daarnaast is het mogelijk dat binnen de grote steden de ontwikkelingen van de beroepsethiek anders zijn dan daarbuiten. De bevindingen uit de interviews wijzen erop dat in de grote steden de verandering van beroepsethiek weleens groter zou kunnen zijn. Dit verdient aandacht voor verder onderzoek.

Een laatste punt van discussie is de betekenis van de oorzaken van veranderingen in de beroepsethiek. In dit onderzoek heeft de focus gelegen op de verandering van beroepsethiek en niet op de oorzaken van deze verandering. In het theoretisch kader zijn enkele brede maatschappelijke trends geschetst welke van invloed zouden kunnen zijn op veranderingen in de beroepsethiek, namelijk de toegenomen economisering en de stelselwijziging. De specifieke kennis en kunde die huisartsen door eigen opleidingen verwerven (Koehn, 1994) zouden namelijk ook veranderd kunnen zijn. Deze verandering is niet aan de orde gekomen in dit onderzoek en is wel van belang voor een compleet beeld van de beroepsethiek van huisartsen.

## Literatuur

- **Beauchamp**, T.L. & Childress, J.F. (2001), Principles of biomedical ethics, 5e druk, Oxford University Press
- **Beaufort**, de D. & Dupuis, H.M. (1988), Handboek Gezondheidsethiek, Assen/Maastricht: van Gorcum
- **Bolt**, L.L.E., Verweij, M.E. en Delden, van, J.J.M. (2007), Ethiek in Praktijk, Assen: Koninklijke van Gorcum.
- **Boot**, J.M. en Knapen, M.H.J.M., (2005), De Nederlandse Gezondheidszorg, Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- **Erkelens**, D.W. e.a., (2005), De Artseneed, Commissie Herziening Artseneed in samenwerking met de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), Den Haag: Vereniging van Universiteiten (VSNU)
- **Freidson**, E. (2001), Professionalism: the Third Logic. Cambridge: Polity Press, 2001.
- **Groenewegen**, P.P., Hansen, J. en Ter Bekke, S. (2007), Professies en de toekomst, veranderende verhoudingen in de gezondheidszorg, Vereniging VVAA.
- **Hilhorst**, M. T. (2004) Goeddoen met winst maken: naar een economisering van zorg en beroepsethiek?, Zoetermeer: CEG / RVZ
- **Hood**, C. (1995), A Public Management for all seasons?, Public Administration, London, Vol. 69, No.1 (spring) p.3-19.
- **Johansen**, K.F. (1998), A History of Ancient Philosophy: From the beginnings to Augustine, London/New York: Routledge, p.79-85
- **Koehn**, D. (1994), The Ground of Professional Ethics. London. Routledge.
- **Le Grand**-van den Bogaard, M.J.M en Verloove-Vanhorick, S.P. (2000) Professionals in de Gezondheidszorg, Rapport Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ).
- **Mol**, A.. & P. van Lieshout (1989), Ziek is het woord niet: normalisering en de veranderende taal in de huisartsgeneeskunde en de geestelijke gezondheidszorg, RUG, Nijmegen, SUN.
- *Declaration of Geneva* (1948). Adopted by the General Assembly of World Medical Association at Geneva Switzerland, September 1948; Adopted by the 3rd General Assembly of the World Medical Association, London, England, October 1949; amended by the 22nd World Medical Assembly Sydney, Australia; August 1968 and the 35th World Medical Assembly Venice; Italy, October 1983; and the WMA General Assembly, Pilanesberg, South Africa, October 2006.



## Dankwoord

Deze scriptie vormt de afsluiting van mijn masteropleiding Bestuur & Beleid aan de Utrechtse School voor Bestuurs- en Organisationswetenschap (USBO). Dit is het verslag van het onderzoek dat ik gedurende vijf maanden heb gedaan naar de verandering van de beroepsethiek van huisartsen.

Een scriptie schrijven doe je alleen, maar lukt absoluut niet zonder hulp van je omgeving. Daarom wil ik graag nog een aantal mensen bedanken.

Een groot deel van dit onderzoek bestaat uit de analyse van het tijdschrift van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV). Voor deze analyse heb ik van de LHV gebruik mogen maken van hun archief en een werkplek. Ik wil Marleen Deurloo en Pieter van Dam bedanken voor de medewerking vanuit de LHV. Daarnaast gaat mijn dank uit naar Fulco Seegers die mij uitgebreid heeft bijgepraat over het redactionele beleid.

Tijdens het onderzoek heb ik gesproken met acht huisartsen, die tussen het zien van patiënten of het doen van hun administratie bereid waren om een uur met mij te praten. Ik heb geweldig genoten van de gesprekken die ik dit onderzoek met de huisartsen heb gehad. Zonder hun medewerking en interesse was dit onderzoek geen succes geweest.

Margo Trappenburg wil ik hartelijk danken voor haar inzichten, adviezen en taal- en spellingtips tijdens het begeleiden van mijn scriptie. Zij heeft mij de nodige ruimte geven om mijn onderzoek zelf in te richten en waar nodig de juiste richting op gestuurd, dit alles op heel prettige manier.

Tot slot dank ik ook Janske, mijn vrienden, huisgenoten en medestudenten voor hun opmerkingen, discussies, geduld en steun tijdens het schrijven van mijn scriptie.

Bram van Vliet



# Bijlage I Topiclijst

## **Topiclijst onderzoek professionele medische ethiek en marktwerking**

### **Introductie**

- Algemene introductie onderzoek (doel onderzoek, vraagstelling tijd, opbouw, opname, vertrouwelijkheid)
- Achtergrond en geschiedenis van de respondent (functie, geslacht, leeftijd)
  
- Wat is de mening over marktwerking in het algemeen?
- Kunt u vertellen over hoe het werken in de huisartsenpraktijk was toen u begon?

### **ZORGSTELSEL:**

- Is er voor de huisarts iets veranderd in de periode na de invoering van het zorgstelsel:
  - In de manier van werken
  - Ten opzichte van de huisarts en de zorgverzekeraar (rol)
  - Ten opzichte van de huisarts en de patiënt
  - Ten opzichte van de huisarts en collega's
  - Veranderingen in de behandeling?
  - Veranderingen in de organisatie van uw praktijk?
- Wat zijn positieve effecten / negatieve effecten van de invoering van zorgstelsel en de marktwerking?

### **HUISARTS EN PATIENTEN:**

- Zijn patiënten veranderd door de marktwerking en concurrentie in de zorg?
- Hoe kijkt de huisarts naar zijn patiënt:
  - welke rol speelt zelfdiagnose in een behandeling?
  - Zijn patiënten eigenwijs of luisteren zij nog naar de huisarts?
  - Zijn patiënten soms een klant geworden?
- Wordt er in behandelingen een afweging gemaakt tussen de belangen van de patiënt en die van zorgverzekeraars?
  - Hoe verloopt deze afweging?
- Komt de huisarts in zijn werk of omgeving weleens onwenselijke situaties tegen?
  - Zoals noodzakelijke zorg die niet geleverd wordt, overbodige medische behandelingen of situaties waar de eigen integriteit onder druk komt te staan?

### **BEROEP:**

- Hoe ziet de huisarts het aanzien van zijn beroep? Is dit veranderd ten opzichte van vroeger?
  - Zijn huisartsen nog steeds een aparte professionele beroepsgroep?
  - Kunnen huisartsen nog steeds zelf bepalen wat goede zorg is?
  - Is het beroep en de zorgfunctie van huisartsen nog steeds goed gewaarborgd? Of is dit door inmenging van meerdere actoren veranderd?

### **WAARDEN**

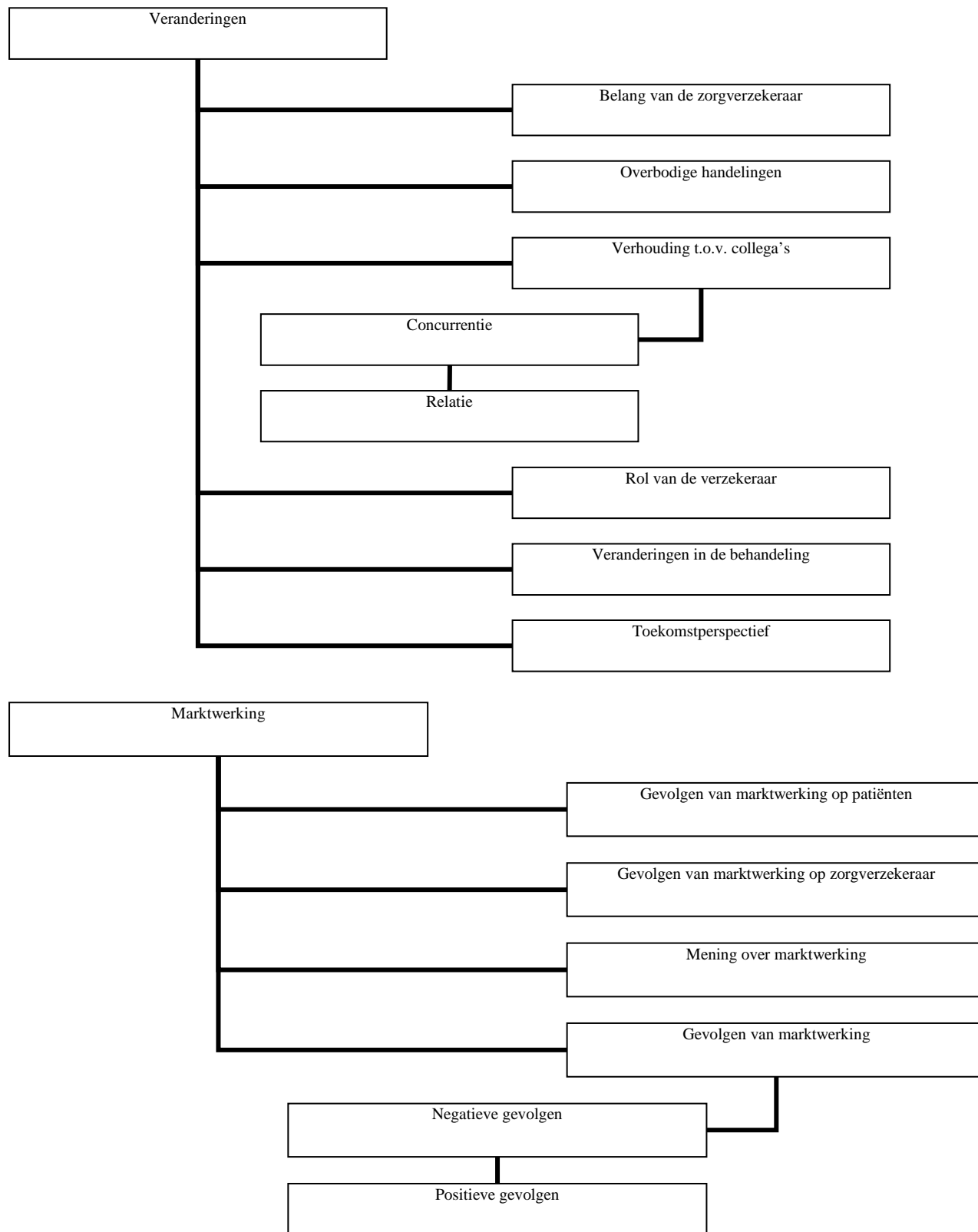
- Spelen de artseneed en / of internationale afspraken (Genève) een rol in uw beroep?
- Wat zijn voor u als huisarts belangrijke waarden in uw werk?
  - Kunt u zeggen of dit veranderd is ten opzichte van de tijd dat u begon als huisarts?
  - Hoe kijkt u aan tegen waarden als keuzevrijheid, klantgerichtheid en doelmatigheid: spelen deze een rol in uw werk?

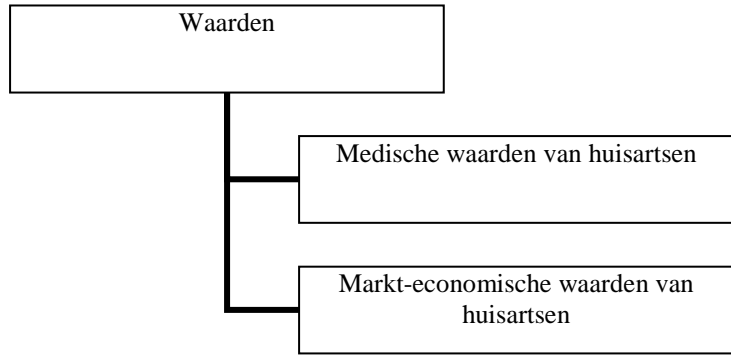
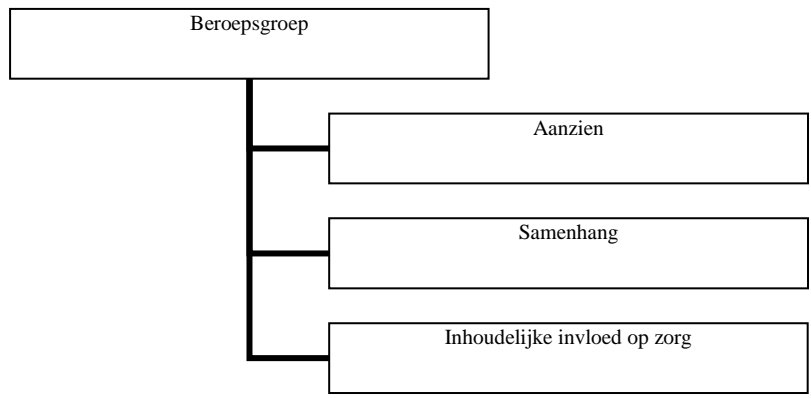
### **SLOT**

- Hoe kijkt u aan tegen de toekomst?

## Bijlage II Codeerschema interviews

### Code System MaxQDA





## **Bijlage III Gespreksverslag redactioneel beleid LHV**

### **Verslag gesprek met Fulco Seegers (persvoorlichter LHV) over het redactioneel beleid van *De Huisarts in Nederland* en *Huisarts in Praktijk*.**

Seegers werkt sinds 1980 bij de LHV. Hij is begonnen als redactioneel medewerker en verzorgde de (schriftelijke) communicatie tussen de LHV en haar leden. Hij is betrokken geweest bij de opzet van het tijdschrift van de LHV, dat eerst *De Huisarts in Nederland* en later *Huisarts in Praktijk* zou gaan heten. In 1990 is uiteindelijk het tijdschrift opgericht. Na een korte periode, waarbij de redactie in handen was van een public relations bureau, werd Seegers halverwege 1990 eindredacteur van het tijdschrift. Dit heeft hij tot september 2001 gedaan. Sindsdien is hij persvoorlichter. Tot medio 2006 was hij ook adviseur van de redactie.

#### **Redactioneel beleid**

De positie van *De Huisarts in Nederland* en *Huisarts in Praktijk* is binnen de LHV altijd dezelfde geweest. Er wordt vanuit de redactie gericht op een zo groot mogelijke mix van onderwerpen. Alle onderwerpen die de leden van de LHV (huisartsen) raken worden vanuit zoveel mogelijk invalshoeken belicht. Hierdoor bestaat het blad uit een mengvorm van zowel beleidsmatige, medisch inhoudelijke als human interest onderwerpen. De gedachte hier achter is dat huisartsenzorg gekenmerkt wordt door diversiteit en dat de lezers behoefte hebben aan een blad dat hieraan uiting geeft. Het blad leunt op een brede journalistieke basis waaruit de dagelijkse praktijk wordt belicht, met over het algemeen niet al te zware kost. Er wordt in veel artikelen gekozen voor een praktische invulling.

De eerste tien jaar vervulde het blad een gematigde, ‘open’ informatieve functie waarbij men zich voornamelijk richtte op informatievoorziening. De opiniërende functie werd zoveel mogelijk ingevuld door verschillende meningen weer te geven. Opinies werden hierbij uiteengezet en het oordeel werd expliciet aan de lezer overgelaten. De mening van de LHV werd hierbij nauwelijks verwoord, tenzij het artikel specifiek over LHV-beleid ging.

Omstreeks 2002 is men vanuit het blad en vanuit de vereniging, meer de discussie aan gegaan en heeft men deze meer opgezocht. Druk vanuit de achterban en hernieuwde journalistieke inzichten vroegen het blad om deze nieuwe houding. Als tijdschrift van de LHV is het nadrukkelijker de mening van de LHV gaan verkondigen. Bij artikelen en interviews wordt – naast de visie van derden - dan ook vaker genoemd wat de positie van de LHV is in het betreffende vraagstuk. De genoemde ontwikkeling staat los van de samenstelling van het LHV-bestuur. Het is voornamelijk ontstaan vanuit de roep om een sterkere opiniërende functie voor het tijdschrift door de achterban om tegemoet te komen aan maatschappelijke ontwikkelingen en omstandigheden.

#### **Marktwerking en redactioneel beleid**

Het redactionele beleid is volgens Seegers niet veranderd na de invoering van het zorgstelsel. Voor de invoering van het zorgstelsel werd binnen de LHV gedacht dat er ‘echte’ marktwerking zou kunnen ontstaan, omdat er in eerste instantie sprake van was dat huisartsenzorg geleverd zou kunnen worden volgens een zogeheten “functionele omschrijving”. Dit zou inhouden dat bepaalde delen van

huisartsenzorg ook door niet-huisartsen geleverd zou kunnen worden. Hierdoor zou het beroep van huisartsen onder druk komen te staan. De LHV heeft (met succes) deze ontwikkeling onder andere via acties bestreden.

Tijdens de aanloop naar de invoering van het nieuwe zorgstelsel heeft men in het blad vooral verschillende meningen uiteen willen zetten en willen weergeven. Via (digitale) nieuwsbrieven en via een aparte site van de LHV zijn huisartsen voortdurend op de hoogte gehouden van de actuele ontwikkelingen. Deze informatie bestond vooral uit praktische informatie over de wijze waarop huisartsen in hun praktijk de wijzigingen moesten doorvoeren. In het blad was een belangrijke rol weggelegd om achtergronden en opinies te schetsen, waarbij de visie van de LHV voortdurend werd weergegeven. In die zin is het redactionele beleid zoals dat altijd werd gevoerd doorgezet.

Er is door de redactie vervolgens geen keuze gemaakt om na de invoering van het nieuwe zorgstelsel een ander redactioneel beleid te gaan voeren. In wisselwerking met wat er leefde in de politiek, maatschappij en voornamelijk huisartsen, is de berichtgeving tot stand gekomen. Daarbij heeft het blad voornamelijk ook willen laten zien wat het nieuwe zorgstelsel voor huisartsen te bieden heeft door onder andere te berichten over nieuwe praktijkvormen en ontwikkelingen in de nieuwe situatie. Dit past in de informatieve rol waaraan het blad altijd al invulling heeft gegeven.

### **Marktwerking**

Volgens Seegers is er onder huisartsen nauwelijks sprake van marktwerking. Door de vaste tarieven kan er op prijs niet worden geconcurrereerd en door de opleidings- en nacholingseisen is de kwaliteit van de zorg overal gegarandeerd. Wel is er mogelijk sprake van een terugkeer van goodwillbetalingen. Hierin is de toegenomen tendens van het economisch denken te herkennen. Bedrijven investeren in bestaande praktijken op een manier die voor startende huisartsen niet mogelijk is. Deze laatste groep vergelijkt deze investeringen met de goodwillbetalingen uit het verleden.

De situatie is op het moment zo dat huisartsen in het nieuwe zorgstelsel wel zien dat extra activiteiten naast de basiszorg voor iedereen nu ook extra beloond worden, bijvoorbeeld via de M&I-tarieven (Modernisering en Innovatie). Huisartsen hebben de keuze om meer te doen en dat wordt beloond. Hier gaan huisartsen dan vanzelf invulling aan geven. Dit is volgens Seegers geen zorgelijke ontwikkeling omdat het in de huisartsenzorg nog altijd draait om de patiënt en de huisarts op deze wijze extra zorg aan (groepen) patiënten kan geven.