



HAL
open science

Hoe de dominante economische beleidsblik de morele motivatie van artsen systematisch ontkent

Nicolas da Silva

► **To cite this version:**

Nicolas da Silva. Hoe de dominante economische beleidsblik de morele motivatie van artsen systematisch ontkent. Blok J. et Jansen T. Het alternatief voor de zorg. Humaniteit boven bureaucratie, Boom, 2015. hal-01480883

HAL Id: hal-01480883

<https://hal.science/hal-01480883>

Submitted on 1 Mar 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Hoe de dominante economische beleidsblik de morele motivatie van artsen systematisch ontkent¹

Nicolas da Silva

De analyse van het handelen van artsen is bij uitstek een voorbeeld van hoe de dominante economische theorie het beleid dwingt om in een markttaal te denken, ook al lijkt die taal niet het meest geschikt te zijn. Er lijkt voor degenen die de economische theorie niet kennen sprake te zijn van een verbazingwekkende paradox tussen de lekenbeelden van de medische wereld en de kille en berekenende wereld zoals deze beschreven wordt door de gezondheidseconomen. Zo is voor de leek een van de kenmerken van het medische werk dat het gedrag van de professionals gestuurd wordt door hun beroepsethiek. Die ethiek mag in de medische wereld dan wel gezag hebben, maar het blijkt in de taal van de dominante economische theorie lastig daarvan een formalisering te geven. Het bestaan van een morele gedragsdimensie, gekenmerkt door overwegend niet-commerciële motieven, lijkt zelfs radicaal in tegenspraak te zijn met de klassieke economische hypothese van een door eigenbelang gestuurde rationaliteit. Dit plaatst de economische theorie voor de vraag: stelt de medische beroepsethiek de traditionele instrumenten van de econoom principieel ter discussie of kan deze wel degelijk op een bevredigende manier geïntegreerd worden in de profijtfunctie?

Dit debat is tot ontwikkeling gekomen in de gezondheidseconomische literatuur en bestaat hoofdzakelijk uit twee tegengestelde posities. De eerste – die dominant is – hanteert een utilistisch perspectief volgens welke de ethiek, als men het bestaan daarvan al erkent, zich kán vertalen in een voorkeur voor altruïstisch handelen, maar dan wel uitsluitend op voorwaarde dat men er zelf profijt van heeft (De Jaegher en Jegers, 2000; Jack, 2005; Ma, 2007; Siciliani 2009). De tweede stelt voor, in plaats van de ethiek te reduceren tot profijtberekening, deze te begrijpen als een onvoorwaardelijke norm waarbij professionele waarden in het geding zijn² (Batifoulier en Da Silva 2014; Batifoulier, Bessis en Biencourt 2011; Hodgson 2008, 2009; McMaster, 2007; McIntyre en Mooney 2007).

Dit debat is niet alleen theoretisch, maar ook beleidsmatig van belang. Voor de wetgever is kennis over het gedrag van de arts immers het vertrekpunt voor beleid. Het debat over de twee posities is in de afgelopen jaren echter tot stilstand gekomen, omdat de zogenaamde principaaltheorie de gezondheidseconomie domineerde. In deze theorie wordt de relatie tussen arts en patiënt gemodelleerd als een asymmetrische relatie tussen een ‘agent’ – de arts – die beschikt over informatie, en een ‘principaal’, degene die van zijn diensten afhankelijk is, zoals de patiënt of zijn belangenbehartiger. De agent beschikt over veel meer informatie dan de principaal

¹ Een eerdere versie van deze tekst is gepubliceerd in het Frans in een themanummer van het online tijdschrift *Ethique et Economique- Ethics and Economics* dat aan de zorg gewijd was (Da Silva, 2012). Dit artikel is vertaald door Thijs Jansen

² In het vervolg duiden we de eerstgenoemde theorieën aan als instrumentalistisch en de laatstgenoemde als anti-utilistisch.

en daarom is de relatie asymmetrisch. De theorie beschrijft hoe de principaal probeert de agent, die gemakkelijk misbruik van de situatie kan maken, te prikkelen tot eerlijk gedrag. In dit universum kan alles in een contract worden vastgelegd en blijven financiële prikkels de enige echt effectieve beleidsinstrumenten. Deze worden ingezet, ongeacht of het gaat om een opportunistische arts of een arts die handelt volgens zijn beroepsethiek. Het debat tussen de twee scholen heeft sinds deze theorie geen bestaansrecht meer, omdat financieel prikkelen als coördinatiemiddel niet hoeft te worden aangepast aan de status van de medische beroepsethiek. Of de beroepsethiek wel of niet instrumenteel wordt gebruikt, verandert niks aan het vermogen om met externe prikkels het medische gedrag te corrigeren.

Zo hebben de (op)komst van de principaaltheorie in de gezondheidsmicro-economie en de noodzakelijk daaruit voortvloeiende regulering met financiële prikkels het debat over de theoretische status van de medische beroepsethiek weggedrukt door haar te ontdoen van praktische relevantie.

Het doel van deze bijdrage is echter het debat weer te openen over de status van die medische beroepsethiek. In de economie is namelijk een belangrijk corpus van literatuur over motivatietheorie ontstaan (Frey 1997; Frey en Jegen 2001; Kreps 1997; Bénabou en Tirole 2003, 2006; Festré en Garroust, 2014)³, waarvoor de basis is gelegd door enkele sociaal psychologen (Deci en Ryan 1985, 2002). Deze literatuur brengt dit debat opnieuw terug in de centrum van de aandacht. Volgens deze theorie kunnen individuen op twee verschillende manieren gemotiveerd worden. Enerzijds berust de intrinsieke motivatie (IM) op het idee dat een persoon een handeling verricht vanwege de bevrediging die hij uit de handeling zelf haalt. Anderzijds is de extrinsieke motivatie (EM) zuiver instrumenteel, dat wil zeggen dat de handeling wordt verricht met als doel daarvoor een beloning te krijgen of een sanctie te ontlopen.

Origineel in deze theorie is de hypothese van de verdringbaarheid van motieven die in tegenspraak is met het standaard economische kader waar motieven (impliciet) aanvullend zijn. Zo is het mogelijk dat bij een handeling die in eerste instantie intrinsiek gemotiveerd is, de intrinsieke motivatie wordt verdreven als er een extrinsieke prikkel wordt gegeven. Men spreekt dan van de verdringing van de intrinsieke motivatie door de extrinsieke motivatie, oftewel van het crowding out-effect (COE). Deze hypothese is radicaal tegengesteld aan die van de principaaltheorie, die ervan uit gaat dat geen enkele motivatie weerstand kan bieden aan een goed uitgekend pakket prikkels (Prendergast 1999). Het lijkt echter wel degelijk mogelijk dat extern prikkelen de intrinsieke motivatie verdringt en negatieve effecten kan hebben op de algehele motivatie. Zo kan meer betalen, minder motiveren.

Het theoretische debat over de status van de medische beroepsethiek is nu uitgerekend gesloten vanwege de impliciete hypothese van de complementariteit van motivaties waarvan de principaaltheorie uitgaat. Als de hypothese van de verdringbaarheid van motieven juist is, dan moeten de resultaten van de principaaltheorie in twijfel getrokken worden. Het prikkelen van een opportunistische arts heeft dan mogelijk niet dezelfde effecten als het prikkelen van een arts voor

³ Voor een overzicht van deze literatuur zie Rebitzer en Taylor (2011). Het is mogelijk nog wat andere voorbeelden te noemen van deze groeiende literatuur: Taylor (2007), Sliwka (2007), Ellingsen en Johannesson (2008), Bruno (2013), Schnedler en Vanberg (2014), Weibel et al. (2014).

wie ethiek belangrijk is.⁴ Het prikkelen kan zelfs contraproductief werken, als bij artsen het verdringingseffect optreedt. Als het gebruik van prikkels geen garantie biedt voor effectieve regulering, waarop moet beleid dan gestoeld worden? Om dit politiek-economische probleem op te lossen, moeten we ons afvragen of de hypothese van verdringbaarheid van motieven verenigbaar is met instrumentalistische theorieën over medische beroepsethiek. De centrale theoretische vraag is dan: kan de principaaltheorie de hypothese van de verdringbaarheid van motieven inlijven om de tegenvallende resultaten te verklaren van allerlei soorten beleid die uitgaan van extrinsieke prikkels?

Mijn stelling is dat dit niet kan, en dat de hypothese van intrinsieke motivatie het standaard economische kader ondermijnt. Ik stel dat uitsluitend *anti*-utilistische ethische theorieën het crowding out-effect kunnen verklaren. Nogmaals: dit vraagstuk is niet zuiver academisch, omdat het consequenties heeft voor beleid. In plaats van de door de markt geïnspireerde prikkel zien als universele oplossing voor elk coördinatieprobleem, met het risico het verdringingseffect uit te lokken, is het volgens ons beter deze prikkel te zien in het kader van een anti-utilistische ethiek waar de effectiviteit van de prikkel afhangt van de voorstellingen die deze oproept bij de artsen. Daarmee openen zich vervolgens nieuwe perspectieven voor onderzoek en beleid, die uitgaan van het principe dat individuen een ander dan instrumenteel belang hebben bij hun werk: voorbij de utilistische logica van de wortel en de stok, komt de vraag naar de zin van het werk centraal te staan.

Om mijn stelling te onderbouwen begin ik in het eerste deel met een kort overzicht van de instrumentalistische theorieën over medische beroepsethiek. Vervolgens introduceer ik de hypothese van de verdringbaarheid van motieven om de grenzen van dat instrumentalistische analysekader te laten zien. Ten slotte laat ik in het derde deel zien hoe de anti-utilistische theorieën over medische beroepsethiek veel beter het verdringingseffect en, uiteindelijk, het gedrag van artsen kunnen verklaren.

Een instrumentalistische visie op medische beroepsethiek

Het is mogelijk om in de literatuur over gedrag van artsen tenminste drie soorten instrumentalistische theorieën over medische beroepsethiek te onderscheiden. Deze hebben gemeen dat zij de beroepsethiek van artsen direct of indirect beschouwen als ondergeschikt aan het individuele profijt.

In de eerste theoretische opvatting kan de ethiek, zoals we hebben gesuggereerd in de inleiding, überhaupt geen onderwerp van debat zijn, omdat de principaaltheorie leidend is. In dat geval maakt de theorie elke ethische opvatting van artsen systematisch overbodig.

⁴ In deze tekst gaan we ervan uit dat extrinsieke motieven prikkels zijn en dat de aanwezigheid van intrinsieke motivatie bij de arts de weerslag is van een beroepsethiek. Het onmiddellijke nut van deze simplificatie is het mogelijk maken van een kritiek van de instrumentalistische theorieën over beroepsethiek, waarvoor de arts uiteindelijk altijd een opportunist is. Let op dat niets toestaat te zeggen dat de intrinsieke motivatie uitsluitend morele opvattingen betreft, net zo min als het omgekeerde zeggen gerechtvaardigd is. De vraag 'Kan de intrinsieke motivatie ook opportunistisch / niet moreel zijn?' verdient ook zeker een uitvoerige analyse.

Er is een tweede instrumentalistische theorie mogelijk. Daarin beschouwt men de beroepsethiek als morele argumenten die onmiddellijk in dienst staan van de strategie om het eigen profijt te maximaliseren.

Ten slotte is er een derde soort instrumentalistische theorie. Deze formaliseert de beroepsethiek weliswaar als een voorkeur voor altruïsme, omdat je daar nu eenmaal niet aan ontkomt voor een geloofwaardige formalisering van het gedrag van de arts, maar beschouwt deze desalniettemin evenzeer als middel voor het vermeerderen van individueel profijt.

De eerste instrumentalistische theorie: beroepsethiek is overbodig

De eerste instrumentalistische theorie ontleent zijn inspiratie openlijk aan de principaaltheorie. Het centrale probleem is de informatie-asymmetrie tussen de arts en principaal (of deze laatste nu privaat of publiek is). De oplossing bestaat erin een pakket te construeren met zo effectief mogelijke prikkels. Hier is de patiënt – via de zaakwaarnemer – actief in de zin dat deze, als principaal, probeert in een contract zo effectief mogelijk te borgen dat de arts zijn discretionaire ruimte niet kan misbruiken (Rochaix 1997).

Vanaf de invloedrijke bijdrage van Evans (1974) is de standaardaanname dat artsen de macht hebben om (zorg)vraag uit te lokken, omdat de informatiesymmetrie in hun voordeel is. De taak van de principaal is om de machtsverhouding tussen artsen en patiënten weer in evenwicht te brengen door de arts ertoe te prikkelen een meer ‘pro-sociale’ houding aan te nemen. Het economische beleid heeft dus als doel de arts kort te houden door contractering en hem zo te prikkelen geen informatie achter te houden (negatieve risicoselectie) of zijn inspanningen tot het strikt noodzakelijk te beperken (*moral hazard*).

In dit theoretische perspectief wordt de arts beschouwd als een opportunist, dat wil zeggen dat hij berekenend uit is op het maximaliseren van zijn ‘profijs’, zonder enige morele afwegingen. In deze visie is de afwezigheid van ethiek of morele plichten niet verwijtbaar, want die zijn simpelweg niet noodzakelijk omdat de contracten alle coördinatieproblemen voorkomen. Het contract, met als doel en als resultaat om alle mogelijke situaties die zich zouden kunnen voordoen voor te zijn – en dan heel in het bijzonder het opportunistische gedrag van de arts –, stelt de opsteller ervan in staat zich niets aan te trekken van het idee van medische beroepsethiek. De in het contract ingebouwde prikkels bieden het opportunistische gedrag van de arts tegenspel, en zijn daardoor de garantie voor een goede uitvoering van de doelen van de principaal.

Hier worden de belangrijkste gevolgen zichtbaar van de instrumentalistische theorieën: de scepsis over het bestaan van ethiek en het succes van de prikkeltheorie leiden tot het verwaarlozen van de rol van moraal en van de beroepsethiek. Het gaat hierbij niet zo zeer om ontkenning ervan, als wel om onverschilligheid erover: waarom zou je over ethiek praten als de prikkels goed ingeregeld zijn? Als de prikkels van te voren veiligstellen dat de doelen van de principaal bereikt worden, dan hoef je je met ethiek helemaal niet bezig te houden, en kun je je geheel vast richten op het doel van optimale effectiviteit.

De tweede vorm van instrumentalistische ethiek: de beroepsethiek verhult eigenbelang omdat ethiek niet bestaat

Een groot aantal van de theorieën in de gezondheidseconomie gaat, impliciet of expliciet, uit van de aanname dat morele principes niet bestaan omdat het gedrag uiteindelijk wordt bepaald door welbegrepen eigenbelang. Zij veronderstellen dat elke belangeloze, niet-instrumentele houding in werkelijkheid voortkomt uit een instrumentele strategie om het eigen individuele profijt te maximaliseren. Voor medici zou de beroepsethiek slechts een drukmiddel zijn waarmee politieke voordelen en nieuwe economische vrijheden kunnen worden afgedwongen.

De twijfels over de authenticiteit en de oprechtheid van de beroepsethiek van artsen zijn niet nieuw. Al in 1958, in een klassiek artikel van het eerste nummer van het *Journal of Law and Economics* verwierp Reuben Kessel resoluut de hypothese van een belangeloze ethiek, omdat die strijdig is de standaard hypothesen van de op eigenbelang gerichte rationaliteit. Om te verklaren waarom artsen aan prijsdiscriminatie doen, waarom ze armere patiënten minder laten betalen dan rijkere voor hun consult, lanceerde Kessel de hypothese van concurrentie tussen verschillende aanbieders in plaats van de ‘morele’ motieven serieus te nemen.⁵

Dezelfde soort argumentatie is ook te vinden bij Hassenteufel (1997), die laat zien op welke manier de artsen in Frankrijk erin geslaagd zijn zich tot een politieke en economische macht te vormen. Volgens de auteur was het voornaamste doel van artsen aan het begin van de twintigste eeuw niet het bewaren en bewaken van een medische ethiek en van de regels van Hippocrates, maar een zorgmonopolie op te tuigen en de uitoefening van het vrije beroep te verdedigen met als doel hun economische belangen te behartigen. Hoe valt in deze gedachtegang te geloven dat artsen in hun beslissingen rekening houden met morele overwegingen?

Samenvattend is datgene wat gezondheidseconomen zoeken achter het concept van medische beroepsethiek goed samengevat in de retorische vraag van Mark Pauly (1978): ‘Is medical care different?’ Voor hem was er niet zo’n groot verschil tussen de individuele ondernemer en de arts – in tegenstelling tot de eerste intuïties van Arrow (1963). Beiden worden gemotiveerd door hetzelfde, in de economie klassieke doel, te weten de maximering van het eigen profijt. De ethiek bestaat niet. De arts is dus vrij om enerzijds zijn overtuigingsmacht te misbruiken voor zover de principaal die niet reguleert, en anderzijds de beroepsethische kaart in te zetten om nieuwe voordelen te veroveren.

De derde vorm van instrumentalistische ethiek: het medische altruïsme als oplossing voor ongerijmdheden

Ondanks het wantrouwen van economen jegens het bestaan van een beroepsethiek is deze toch theoretisch noodzakelijk gebleken om de ongerijmdheden in het gedrag van de arts te verklaren die in strijd zijn met het door de rationele-keuzetheorie verwachte normale gedrag. Aangenomen wordt dat een beroepsethiek bestaat, die tegenwicht kan bieden aan het standaardgedrag van

⁵ Volgens hem is het de American Medical Association die zijn monopolie-positie misbruikt om hogere prijzen vast te stellen dan de prijzen die voortkomen uit het vrije spel van vraag en aanbod op een echt competitieve markt.

profijtmaximalisering. Zo kunnen de theoretische voorspellingen meer in overeenstemming worden gebracht met de empirische observaties. Het bestaan van het ideaaltype van de zuiver opportunistische arts is immers nog nooit bewezen en de ongerijmdheden moeten worden verklaard. Het concept ‘altruïsme’ wordt daartoe ingezet en is een weerslag van de beroepsethiek (Jack 2005; Ma 2007)

Deze derde en laatste houding ten aanzien van de medische beroepsethiek is te formaliseren als medisch altruïsme. Dit type formalisering is geïnspireerd op de theorie over instrumenteel altruïsme die ontwikkeld is door Garry Becker (1981). Het idee daarvan is een onderlinge afhankelijkheid te construeren tussen de belangen van de patiënt en die van de arts. De voorkeur voor altruïsme geeft profijtmaximalisering tegenspel en diskwalificeert de ‘no-limit’-strategieën – grenzeloos profijtmaximaliserend gedrag – omdat deze een probleem is in het geval van de arts en empirisch niet te verifiëren is (De Jaegher en Jegers 2000).

De beroepsethiek, gemodelleerd als een altruïsmeoptie, verschijnt hier als een van de variabelen van het gedrag, waarvan het nut wordt berekend door per situatie te bepalen wat het altruïstisch handelen kost en/of aan profijt oplevert. Men veronderstelt dat artsen in bepaalde situaties aandacht hebben voor het welzijn van hun patiënten, omdat deze de macht hebben om van zorgverlener te wisselen als ze ontevreden zijn en zo marktmacht uitoefenen (Rochaix 1986). In andere gevallen handelen de artsen volgens hun beroepsethiek, simpelweg omdat het in hun voordeel is als het belang van de patiënt gediend wordt. Het bestaan van een altruïsmeoptie wordt aangenomen om te verklaren waarom de arts uit eigener beweging zijn vermogen om de vraag te stimuleren beperkt. Artsen moeten dus een afweging maken tussen meer verrichtingen (verbonden met meer financiële winst, maar met een lagere patiënttevredenheid) of meer ‘moreel gedrag’ (verbonden met minder financiële winst en een hogere patiënttevredenheid (Bardey 2002))

Samenvattend bestaan er drie posities in het instrumentalistische paradigma waarbij een functie kan worden gegeven aan ethiek. De eerste positie stelt dat ethiek, als ze al bestaat, een overbodig concept is voor de economische analyse. De tweede positie stelt dat ethiek slechts een maskering is van het (eigen)belang en niet werkelijk als professionele norm bestaat. De derde positie ziet de ethiek als een altruïsmeoptie die – afhankelijk van de situatie – ingezet kan worden voor profijtmaximalisering. Nu deze verschillende posities zijn uitgewerkt, zal ik vervolgens onderzoeken of de instrumentalistische theorieën over beroepsethiek verenigbaar zijn met de hypothese van de verdringbaarheid van motieven.

De instrumentalistische ethiek bezien in het licht van de hypothese van crowding out

Nadat we de bestaande literatuur over de instrumentalistische theorieën hebben beschreven, is het de vraag of dat type theorie verenigbaar is met de hypothese dat motieven verdrongen kunnen worden. Het lijkt erop dat de hierboven besproken principaaltheorieën, die intrinsieke morele motivatie uitsluiten door hun impliciete hypothese dat motieven elkaar kunnen aanvullen, frontaal bekritiseerd worden door de crowding out-theorie. In die zin zijn de theorieën die abstraheren van de ethische dimensie van het gedrag van artsen direct in strijd met deze uit de sociale psychologie voortgekomen motivatietheorie. De ethiek is van belang omdat deze het

verschijnsel van intrinsieke motivatie zichtbaar maakt en dus het verdringingseffect – crowding out-effect – kan verklaren. Verder denk ik dat het inlijven van het concept van intrinsieke motivatie en a fortiori van verdringing in de twee andere besproken instrumentalistische theorieën de oorspronkelijkheid ervan teniet doet. De theorieën die het ontstaan van ethiek ontkennen, kunnen de hypothese van intrinsieke motivatie simpelweg niet verwerken en de theorieën over medisch altruïsme reduceren elke werkelijke gerichtheid op de ander tot egoïstisch eigenbelang.

De ethiek is niet overbodig: hypothese van crowding out

De theorie die bewijst dat er twee verschillende soorten motivatie bestaan – te weten extrinsieke en intrinsieke motivatie – is voortgekomen uit het werk in de sociale psychologie van Deci en Ryan (1985, 2002) en is in de economie geïmporteerd door Bruno Frey (1992, 1997). De oorspronkelijkheid van zijn bijdrage (uiteindelijk die van Deci en Ryan) bestaat in het bestrijden van de hypothese dat verschillende motieven elkaar altijd kunnen aanvullen en, in bepaalde gevallen, de voorkeur te geven aan de hypothese dat motivatieregisters elkaar kunnen verdringen. In navolging van Deci en Ryan bestrijdt Frey de hypothese dat verschillende motieven elkaar altijd kunnen aanvullen en dat de twee motivatieregisters elkaar in bepaalde gevallen kunnen vervangen. Het effect van het verdringen van intrinsieke motivatie door extrinsieke motivatie zou volgens deze theorie veroorzaakt worden door aantastingen van de autonomie en competentie van de van buitenaf geprikkelde individuen. Prikkel van buitenaf zetten potentieel vraagtekens bij de kwaliteit, de waarde van individuen. In tegenspraak met de klassieke dogma's van de economische theorie kan het toepassen van prikkels van buitenaf tot gevolg hebben dat de totale motivatie van individuen en daarmee hun inspanning vermindert.⁶

In de sfeer van de zorg heeft de hypothese van de verdringbaarheid van motieven sinds enkele jaren een groot succes gehad bij het verklaren van het gedrag van artsen (Gorin en Schmidt 2015, Green 2014, Sicsic et al. 2012). De belangrijkste reden daarvoor is dat het nog niet mogelijk is om een heldere conclusie te trekken over het vraagstuk van de effectiviteit van prikkels in het geval van de arts (Chaix-Couturier et al. 2000, Bras en Duhamel, 2008, Gene-Badia et al. 2007, Hilman et al. 1998). Dit ontbreken van empirische validering geeft de verdringingshypothese krediet. Zoals Arrow (1963) onderstreept, is de arts immers niet een eenvoudige solistische ondernemer of een simpele kapper, en dit verbiedt het hem op te vatten als een 'profiteur'.⁷ Het lijkt dus waarschijnlijk dat de arts in het bijzonder intrinsiek gemotiveerd is en dus gevoelig is voor het effect van verdringing van intrinsieke motivatie (Marshall en Harrison 2004). Men kan zich dus voorstellen dat de arts extrinsieke prikkels afweegt tegen intrinsieke motivatie.

⁶ Om deze theoretische intuïties te bevestigen zijn talrijke experimenten gedaan en hieruit komt naar voren dat het zeer waarschijnlijk is dat er een crowding out effect bestaat (Frey en Jegen, 2001). Bijvoorbeeld is aangetoond dat het plaatsen van zeer controversiële objecten – zoals een fabriek voor nucleair afval - in steden van het type NIMBY (Not In My Backyard), makkelijker geaccepteerd wordt zonder, dan met externe prikkels.

⁷ In dit verband benadrukt Arrow (1963) in het bijzonder de centrale rol die vertrouwen speelt in de zorgrelatie.

Gezien het krediet van de verdringingshypothese hebben Benabou en Tirole (2003, 2006) getracht de kritiek vanuit de crowding out-theorie te beantwoorden door de notie van motivatie opnieuw toe te voegen aan de taal van de principaaltheorie. Volgens hen maken twee grote zwakheden het werk van Frey echter minder aantrekkelijk. Enerzijds heeft hij de theorie over prikkels te hard aangevallen zonder voldoende bewijzen (het effect van crowding out is volgens hen een residueel-effect) en anderzijds verklaart de modellering van Frey de werkelijke crowding out-effecten niet in de geëigende economische taal (het effect van crowding out moet generaliseerd worden). Kortom, datgene wat eerst klaarblijkelijk te wijten was aan psychologische effecten die erg slecht geëxpliciteerd zijn (autonomie en competentie), moet worden herschreven in de standaard economische taal, dat wil zeggen in de taal van een wereld die wordt beheerst door informatie-asymmetrieën. Het is aan de hand van die nieuwe ontwikkelingen van de motivatietheorie in de economie dat wij nu (kritische) vragen kunnen stellen bij de verenigbaarheid van de instrumentalistische theorieën en de hypothese van de verdringbaarheid van motieven.

Is intrinsieke motivatie een gemaskeerd belang?

Net zomin als degenen die zich laten inspireren door de principaaltheorie, lijken de theorieën die stellen dat ethische gedragingen niet bestaan de hypothese van de verdringbaarheid van motivatieregisters te kunnen toestaan. Daarvoor zou men de notie van intrinsieke motivatie enig krediet moeten willen geven. Maar dit type theorie verwerpt zelfs het idee dat gedragingen een altruïstische dimensie kunnen hebben. Men kan herinneren aan de conclusies van Kessel (1958) die probeert het medische gedrag te verklaren zonder daarbij het idee te betrekken van ethiek, dat vreemd is aan de economie.

Voor deze denkrichting zijn alle gedragingen die belangeloos lijken in werkelijkheid de vrucht van een totaal instrumentele strategie die erop gericht is het profijt te maximaliseren. En ook als het feitelijk bestaan van een medische beroepsethiek zich niet laat ontkennen, dan is deze in werkelijkheid een argument dat gebruikt wordt om politieke en economische voordelen te verkrijgen. Wat dat betreft denken we dat het niet mogelijk is om dat soort wetenschappelijke literatuur te verbinden met die over intrinsieke motivatie en verdringing, simpelweg omdat de hypothese van een niet-instrumentele intrinsieke motivatie per definitie wordt verworpen. Toch kan toenadering gezocht worden tussen dat analysekader en het model van de geïnformeerde principaal, dat probeert de vervangbaarheid van motieven te verklaren (Benabou en Tirole 2003).

Volgens dat model is het crowding out-effect te verklaren door een informatie-asymmetrie die in het voordeel is van de principaal: deze laatste geeft een financiële prikkel die door de agent wordt begrepen als slecht nieuws over zijn slagingskansen. De agent denkt dat de prikkel een signaal is van hoe moeilijk de taak uit te voeren is, en geeft er de voorkeur aan om af te haken.

Ook al is het expliciete doel van deze modellering het crowding out-effect te verklaren met behulp van de hypothese van intrinsieke motivatie, toch is hier niet werkelijk de hypothese van intrinsieke motivatie aan de orde (Da Silva 2011). Het effect laat eerder een traditionele strategie van profijtmaximalisering zien. Als men immers het model van Benabou en Tirole (2003) aanhoudt, dan blijkt dat intrinsieke motivatie daarin niet de theoretische consistentie heeft

die men zou mogen verwachten. De enige reden waarom artsen in dat model minder gemotiveerd raken, heeft te maken met berekening: ze raken gedemotiveerd omdat de financiële prikkel hun subjectieve hoop op winst vermindert. Hier is geen sprake van intrinsieke motivatie, maar van het welbegrepen eigenbelang van de arts dat hem doet handelen. Zoals Kessel (1958) benadrukt, is de intrinsieke motivatie, zoals beroepsethische motivatie, op zijn best een politiek argument dat als doel heeft om het individuele profijt van de arts te maximaliseren.

Het blijkt dus dat dit type instrumentalistische theorie niet de hypothese van de verdringbaarheid van motivatieregisters kan integreren. De laatste mogelijkheid om het crowding out-effect te verklaren met behulp van de instrumentalistische ethiek is dan om deze te zoeken in de sfeer van de theorieën over medisch altruïsme.

Welke intrinsieke motivatie voor medisch altruïsme?

De instrumentalistische theorieën die uitgaan van de hypothese van altruïsme zijn volgens ons de enige die zonder onmiddellijk zichtbare inconsistentie de hypothese van de verdringbaarheid van motieven kunnen integreren.⁸ Een toepassing van de hypothese van crowding out in het kader van een analyse van medisch altruïsme kan het model van ‘over-rechtvaardiging’ van Benabou en Tirole (2006) als vertrekpunt nemen. In dat model wordt verondersteld dat de agent – de arts – niet alleen gemotiveerd is door zijn intrinsieke motivatie en door prikkels (extrinsieke motivatie), maar evenzeer door een motivatie die met de eigen reputatie te maken heeft. De agent wordt verondersteld belang te hechten aan het beeld dat anderen van hem hebben.

In dat kader betekent het accepteren van een prikkel dat men het eigen gedrag moet *over-rechtvaardigen*, dat wil zeggen dat de arts niet het van hem verwachte (beroepsethische) gedrag vertoont omdat hij dat zelf nodig acht, maar omdat hij ervoor betaald wordt om dat te doen. En dat betekent dat hoe zichtbaarder de prikkel voor het publiek wordt, des te meer kans bestaat op het crowding out-effect, en omgekeerd: hoe verborgener de prikkel is, des te groter de kans dat deze wel wordt geaccepteerd (Ariely et al. 2009). Artsen die ongetwijfeld waarde hechten aan hun reputatie, kunnen de financiële prikkels dus zien als risico voor hun reputatie.⁹ En als je dus veronderstelt dat artsen altruïstische voorkeuren hebben, dan gaan ze ongetwijfeld de afweging maken tussen prikkel en reputatie (zie het model van Siciliani 2009). In dat geval kan de reputatie door de arts geassocieerd worden met een signaal aan het publiek van de mate waarin hij altruïstisch is. Zo bekeken kan dat altruïsme het profijt van de arts op twee verschillende manieren vermeerderen. Het is mogelijk dat de arts hiermee patiënten aantrekt waarvan de

⁸ We hebben kunnen zien dat de twee eerste soorten instrumentalistische theorieën over medische beroepsethiek enerzijds systematisch ingaan tegen het idee van de verdringbaarheid van motivaties (de principaaltheorie) en anderzijds tegen het idee van intrinsieke motivatie (de beroepsethiek maskeert het eigenbelang).

⁹ Het is net zo goed mogelijk dit model in de buurt te plaatsen van theorieën die ervan uitgaan dat ethiek niet bestaat en slechts een argument is dat gebruikt wordt voor het maximaliseren van het eigen profijt. Is het immers niet vanzelfsprekend dat artsen in alle situaties zich gedragen volgens de beroepsethiek? Als zij hun gedrag moeten ‘over-rechtvaardigen’ dan is dat omdat ze geen boodschap hebben aan die beroepsethiek. In dit kader kan je het crowding out effect zien als een strategie om de patiënten en de belangenbehartiger voor de gek te houden.

behandeling profijt oplevert (het profijt van de arts groeit als het belang van de patiënt wordt bediend, Bardey 2002). Het is ook mogelijk dat zijn altruïsme noodzakelijk is om patiënten aan te trekken en dus om te voldoen aan markteisen (Rochaix 1986).

Het crowding out-effect is dus een instrument om zijn altruïsme te tonen aan de buitenwereld. Volgens de theorieën over medisch altruïsme betekent het weigeren van de financiële tegemoetkoming niet alleen dat de reputatie van de arts toeneemt, maar ook dat er meer patiënten aangetrokken worden. Anders gezegd, het weigeren van de economische prikkel die van de principaal komt, kan een middel zijn voor de arts om aan de ene kant het profijt te maximaliseren van zijn zorgzaamheid voor het welzijn van de patiënt, maar aan de andere kant zijn instrumentele altruïsme flink in de openbaarheid te brengen om nieuwe patiënten aan te trekken.

Ondanks deze theoretische pogingen slaagt dit type modellering er evenmin in om de oorspronkelijkheid van de hypothesen van het crowding out-effect en van intrinsieke motivatie te begrijpen. Uiteindelijk loopt de arts als hij de financiële prikkel accepteert het risico van kritiek die hem uiteindelijk meer kost dan wat de bonus hem gebracht heeft. Hier slagen de auteurs er zelfs niet in om het concept van intrinsieke motivatie te introduceren (Da Silva 2011). De handeling wordt niet verricht als doel op zich, maar om te behagen, en is het resultaat van een kosten-baten analyse. Dit laat goed zien waarom instrumentalistische ethische theorieën moeite hebben om intrinsieke – dat wil zeggen de niet-instrumentele – motivatie te introduceren.

De vraagstukken van reputatie en altruïsme worden geïnstrumentaliseerd en zijn daarom niet in overeenstemming met de definitie van intrinsieke motivatie die wij hier met ethiek associëren. Voorts, als men bepaalde bijdragen over de status van intrinsieke motivaties volgt, lijkt het alsof het crowding out-effect het resultaat is van een verkeerde prijs voor de intrinsiek gemotiveerde handeling. Gneezy en Rustichini (2000) stellen dat het noodzakelijk is hiervoor voldoende te betalen of helemaal niet te betalen. Anders gezegd, als de zaakwaarnemer genoeg betaalt, kan deze een gedrag kopen dat gedicteerd wordt door intrinsieke motivatie. Het is dus ook denkbaar dat, als de prikkels sterk genoeg zijn, een arts wordt betaald om hem tegelijkertijd alle artikelen van de beroepscode te laten overtreden. Je kan je dus afvragen of een ethiek die zich laat kopen werkelijk een moreel karakter heeft. Omgekeerd denk ik dat een anti-utilistische definitie van ethiek benadrukt dat de medische ethiek een waarde heeft, maar niet noodzakelijkerwijze een prijs.

Ik concludeer dat het willen introduceren van hypothesen met betrekking tot intrinsieke motivatie en verdringbaarheid van motivatieregisters in de instrumentalistische ethische theorieën tegenstrijdigheden oplevert. Hoe kan het radicaal niet-instrumentele begrip van intrinsieke motivatie immers geïntroduceerd worden in theorieën waarin elke handeling onherroepelijk wordt herleid tot een instrument voor het maximaliseren van profijt?

Een anti-utilistische ethiek?

Het lukt de instrumentalistische medische theorieën dus niet om de hypothese van de verdringbaarheid van motivaties in hun analyse te integreren, omdat ze niet toegerust zijn om een niet-instrumentele intrinsieke motivatie te denken. Daarom kan alleen een anti-utilistische

benadering van ethiek, die medische ethiek associeert met een onvoorwaardelijke norm, de verdringing van intrinsieke motivatie door extrinsieke motivatie begrijpen en verklaren. We stellen voor om belang en belangeloosheid van elkaar te onderscheiden aan de hand van de typologie van de Franse socioloog Alain Caillé, wiens werk uitgesproken anti-utilistisch is. En ten slotte zullen we, bewapend met die theoretische argumenten, een oorspronkelijke verklaring kunnen voorstellen van het hypothetische crowding out-effect in de relatie arts-patiënt.

Belang en belangeloosheid

Voordat we zullen zien op welke manier het mogelijk is om een economische theorie van de medische beroepsethiek te construeren die niet is gestoeld op het utilisme, is het noodzakelijk om een precieze definitie te geven van de noties belang en belangeloosheid. Hiermee kunnen we de inconsistenties verklaren van de verschillende pogingen om een instrumentalistische theorie van de medische beroepsethiek te construeren.¹⁰ Daarvoor baseren we ons op de bijzonder verhelderende werken van Alain Caillé (2009) voor wie alle dwalingen inzake de notie ‘belang’ te wijten zijn aan ‘de drievoudige verwarring van belangen’.

Eenzijds heeft de dominante stroming in de sociale wetenschappen de neiging om alle vormen van belang te reduceren tot egoïstisch eigenbelang. Wat de bestudeerde handelingen of de besproken drijfveren ook mogen zijn, in laatste instantie bestuurt het egoïstisch eigenbelang de individuele keuzes. En dat terwijl in talloze situaties, hoewel het egoïstisch eigenbelang ook mee speelt, andere soorten belangen doorslaggevend lijken te zijn.¹¹ Anderzijds, en dit is een absoluut fundamenteel onderscheid, neigt de dominante economische theorie de ‘belangstelling voor’ en het ‘belang bij’ systematisch door elkaar te halen. Het eerste bestaat in een hartstochtelijke interesse die wie of wat dan ook kan betreffen. Een individu kan bijvoorbeeld een passie hebben voor geneeskunde en die activiteit waarderen als doel op zich. Op dezelfde manier als iemand die gepassioneerd is voor muziek of sport is hij gepassioneerd voor de uitoefening van zijn vak. Vervolgens kan hij, als hij professional wordt, daarnaast ook nog een ‘belang bij’ de geneeskunde krijgen. Hij heeft belang bij het uitoefenen van zijn beroep om salaris te kunnen verdienen en in zijn behoeftes te voorzien.¹² Ten slotte is een laatste verwarring die moet worden opgehelderd met betrekking tot het op zichzelf staande ‘belang bij’. Er zijn twee soorten van

¹⁰ Andere paradoxen van de theorieën over medische beroepsethiek die uitgaan van (eigen)belangen zijn te vinden in Batifoulier en Thévenon (2003).

¹¹ Bijvoorbeeld wat is het belangrijkste belang dat speelt bij het liefhebben van een ander? Daarbij speelt het eigenbelang zeker een rol, maar is het niet net zo goed diepgaand altruïstisch? De belang-stelling voor de ander verdient dus geen eenzijdige analyse. De onderzoeker heeft dus het recht te denken dat er een groot verschil is tussen het belang dat speelt bij liefhebben en dat speelt bij het streven naar winst.

¹² Overigens is het zo dat zelfs als het individu in ons voorbeeld, van de geneeskunde zijn beroep maakt en in die zin deze activiteit instrumenteel gaat bekijken, er geen enkele reden is om aan te nemen dat zijn ‘belangstelling voor’ verdwijnt. Hoe dit precies werkt is complex, omdat je nooit zeker kan weten hoe individuen het belang bij en de ‘belang-stelling’ voor met elkaar verzoenen. Sceptisch zijn hierover is echter makkelijk en altijd mogelijk, aldus Elster (2009 en 2010).

‘belang bij’, actief en passief. De eerste vorm is instrumenteel uit bewuste keuze. De tweede vorm van ‘belang bij’ is instrumenteel uit gehoorzaamheid.

Op basis van deze analyse kan Alain Caillé vier verschillende soorten belangen onderscheiden. Om te beginnen is het ‘belang op zich’ een instrumenteel ‘belang bij’ dat strategisch, egoïstisch en actief is. Vervolgens is het ‘belang bij gehoorzaamheid’ ook een instrumenteel ‘belang bij’, maar dan passief. De belangstelling voor de ander is een belangstelling voor anderen die voortkomt uit een bepaalde vorm van sympathie. Tenslotte is de hartstochtelijke belangstelling, de belangstelling voor een aangename, plezier verschaffende activiteit.

De instrumentalistische theorieën van medische beroepsethiek behouden van deze vier soorten belang uit de typologie, uitsluitend het ‘belang bij’. Wat dat betreft kan men zeggen dat ze zich niet bezighouden met belangeloze gedragingen. Omgekeerd kan men stellen dat de theorieën over medische beroepsethiek voortkomen uit de ‘belangstelling voor’, dat wil zeggen uit een authentieke belangeloosheid.¹³

De arts kan volgens Caillé (2003) bijvoorbeeld beschouwd worden als een *homo donator* – gevende mens – met belangstelling voor de ander. In dit perspectief moet de arts om een effectieve zorg te kunnen leveren niet alleen een deskundige specialist zijn, maar ook een humanist die zich kan geven aan de patiënt. Het is net zo goed mogelijk om een anti-utilistische theorie over medische beroepsethiek te construeren die uitgaat van de hypothese van hartstochtelijke ‘belangstelling voor’. Uiteindelijk is de relatie van arts tot patiënt niet alleen gebaseerd op de zorg voor de ander (‘belangstelling’ voor de ander), maar net zo goed op de zorg voor zichzelf (‘passie voor’) (Chaniel 2010). Die positie is nota bene verdedigd door Hodgson (2009) die stelt dat een van de bijzondere eigenschappen van de geneeskunde haar professionele ethos is. Artsen hebben in dat perspectief een gepassioneerde belangstelling voor de uitoefening van hun vak.

Het is mogelijk om onze uiteenzetting samen te vatten door in het volgende schema vier soorten theorieën over medische beroepsethiek te onderscheiden, op basis van de vier soorten belang (-stelling) die besproken zijn.

¹³ Belangeloosheid is ‘wezenlijk voor de beroepsethische logica van zorgverlenende beroepen’. De medische professie kan niet begrepen worden op basis van zuiver instrumentale logica’s (Chaniel 2010, p. 142).

Schema 1. Een typologie van theorieën over medische beroepsethiek

<i>Belang bij</i>		<i>Belang-stelling voor</i>	
<i>Eigenbelang</i>	<i>Belang bij gehoorzaamheid</i>	<i>Belang-stelling voor de ander</i>	<i>Hartstochtelijke belang-stelling voor (passie)</i>
Discretionaire macht of altruïsmeoptie	Dwang van de markt	Homo donator, gevende mens	Beroepsethiek
De arts is de rationele agent die zijn profijt maximaliseert zonder met de patiënt rekening te houden Of De arts maximaliseert zijn profijt door met dat van de patiënt rekening te houden	De arts zou zijn eigen belang willen maximaliseren door middel van een ‘no limit’ strategie maar de dreiging dat zijn patiënten hem dan ontrouw worden, weerhoudt hem daarvan	De arts gaat verder dan zijn belang bij en beoefent een sociaal en psychologisch handelen dat verder gaat dan de simpele technische expertise	De arts gaat verder dan zijn belang bij en beoefent de geneeskunde op een gepassioneerde manier die strookt met het idee dat hij/van het vak heeft.
Evans (1974) of Bardey (2002)	Rochaix (1986)	Caillé (2003)	Hodgson (2009)

Het crowding out-effect: onenigheid over de betekenis van medisch handelen

Met behulp van die typologie van ‘belangen’ kunnen we vervolgens de notie van crowding out herinterpreteren. De hypothese van de verdringbaarheid van motieven die zich verzet tegen de rationele keuze moet zich losmaken van de instrumentalistische theorieën over medische beroepsethiek. Een anti-utilistische lezing van die ethiek kan zich laten inspireren door recente empirische onderzoeken die de factoren bestuderen die invloed hebben op het gedrag van artsen. We richten ons hier in het bijzonder op een aantal van de empirische studies naar de relatie tussen financiële prikkels (waaronder prestatiebeloning) en het gedrag van artsen.

In dat perspectief maken Bruni et al. (2007) – in hun studie van aanvullende beloningen die artsen ertoe kunnen aanzetten hun gedrag aan te passen – een onderscheid tussen ‘prestatiebeloning’ (‘pay for performance’), ‘participatiebeloning’ (‘pay for participation’) en ‘conformiteitsbeloning’ (‘pay for compliance’). Terwijl de prestatiebeloning de beloning afhankelijk maakt van vooraf afgesproken resultaten, berusten de andere twee systemen niet op het afrekenen op resultaten. In deze systemen worden de artsen beloond als ze participeren in gezamenlijke activiteiten of als ze best practices overnemen voor de zorg voor patiënten met chronische ziektes. Het gaat in beide gevallen dus niet om financiering op basis van bereikte

resultaten, maar op basis van meewerken aan programma's die gericht zijn op verbeteren van de kwaliteit van de zorg.

Gezien de tegenvallende resultaten van de commerciële methode van prestatiebeloning, willen de auteurs de effectiviteit van de twee andere beloningssystemen meten. Hun empirische analyse heeft betrekking op de effectiviteit van behandeling van diabetes in Italië in de regio van Emilia Romagna met behulp van 'pay for compliance' en 'pay for participation'. Het doel is te bekijken of de preventieve behandeling van diabetes op een positieve manier verandert door deze honoreringssystemen: verbetert deze als een van beide systemen wordt ingevoerd? Dit wordt afgeleid uit de waarschijnlijkheid dat patiënten acuut geholpen moeten worden vanwege hyperglycemie, een te hoge bloedsuikerspiegel. Hoe groter de kans is dat dit voorkomt, des te slechter de kwaliteit is geweest van de preventieve aanpak, en dus ook van de honoreringssystemen die ingezet zijn. Bruni et al. (2007) tonen aan dat in de gevallen waarin de twee honoreringssystemen zijn ingezet de kans dat een diabetespatiënt vanwege hyperglycemie langskomt kleiner is dan wanneer helemaal er geen ondersteunend beloningssysteem wordt ingezet.

De auteurs concluderen dat de twee beloningssystemen effectief zijn, wat niet altijd het geval is met de (traditionele) prestatiebeloning. Uit deze ervaringen kunnen twee lessen worden getrokken die de hypothese van een anti-utilistische beroepsethiek kunnen versterken. Enerzijds, lijkt het erop dat artsen waarde hechten aan een zekere vorm van autonomie, die strookt met hun beroepsethos (gepassioneerde belangstelling). Eerder dan hun eigenbelang te volgen lijken ze de voorkeur te geven aan een zekere handelingsruimte, die geboden wordt in de nieuwe aanvullende honoreringssystematieken. Deze zijn namelijk op declaratiebasis en niet afhankelijk van resultaten. Anderzijds lijken artsen veel gemotiveerder gezamenlijke doelen na te streven dan individuele resultaten. Het is het collectief dat zich er voor in zet. Ook op dat punt strookt deze analyse met een interpretatie van het medisch handelen vanuit het professionele ethos: hier wordt erkend dat artsen de voorkeur geven aan zelfregulering boven het delegeren van regulering aan de principaal.

Andere soorten onderzoeken kunnen evenzeer geïnterpreteerd worden als beter verenigbaar met de anti-utilistische ethiek dan met de utilistische theorieën.

McDonald et al. (2007) bestuderen bijvoorbeeld het gedrag van zorgverleners in twee Engelse klinieken (artsen en verpleegkundigen) voor en na de invoering van prestatiebeloning. Hier, in het kader van het Quality Outcome Framework, gaat de aanvullende beloning naar de klinieken en niet naar de artsen individueel, als deze vooraf gedefinieerde resultaten behaalt. De auteurs laten zien dat de prikkels alleen een positief effect hebben als ze in overeenstemming zijn met de professionele waarden, de beroepsethiek. Wat dat betreft is het financieel prikkelen niet effectief op zichzelf, maar door de betekenissen die deze uitzendt. In dit concrete geval, helpt het de medewerkers van de kliniek de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Zo wordt de noodzaak om convergentie te creëren tussen de extrinsieke prikkel en de intrinsieke ethiek begrijpelijk. Het gaat erom de belangstelling voor en het belang bij op elkaar af te stemmen.

Dit doet vermoeden dat niet de prikkel op zichzelf effectief is, maar juist de inkadering ervan. De strekking is niet dat financiële prikkels niets bijdragen aan de motivatie van medici. We willen de aandacht vestigen op het belang van de betekenissen die de medici (artsen) toekennen aan een situatie waarin ze aan prikkels onderworpen zijn. Denken ze dat het gaat om

het verbeteren van de kwaliteit van de zorg? Om het controleren van hun gedrag? Om kosten te besparen? Om hen te helpen in hun praktijk?

Onze hypothese is dat de commerciële prikkel de definitie van de verwachte prestatie, en uiteindelijk de definitie van de medische handeling vertroebelt. Als je, theoretisch, aan artsen een interpretatieve rationaliteit¹⁴ toeschrijft (Batifoulier en Gadreau 2006), dan is het mogelijk om het crowding out-effect te verklaren als het mislukken van de afstemming tussen artsen en principaal over wat legitiem medisch handelen is. Dus als een prikkel het medisch handelen voorstelt als iets zuiver commercieels, een handeling die is ingegeven door puur eigenbelang (belang bij), dan kan het zo zijn dat de artsen in reactie daarop hun intrinsieke motivatie naar beneden brengen om uitdrukking te geven aan hun belangeloze betrokkenheid bij het medisch handelen (belangstelling voor).

Het crowding out-effect is, eerder dan het resultaat van een weinig geloofwaardige kosten-batenanalyse, de uitkomst van onenigheid over de betekenis van het medisch handelen. De prikkels kunnen een commercieel beoordelingskader introduceren dat a priori niet legitiem is in het domein van de gezondheidszorg. Daarom is de belangrijkste politiek-economische les dat de financiële prikkel niets op zichzelf bewerkstelligt, maar dat de werking ervan afhankelijk is van de voorstellingen die individuen maken van rechtvaardig medisch handelen. Het moge dan in de meeste gevallen terecht zijn om geen vraagtekens te zetten bij de verenigbaarheid van betekenissen, maar in het geval van de arts¹⁵, producent van het bijzondere goed dat de zorg is, ligt dat geheel anders. De prikkel kan uitsluitend positieve effecten hebben, als ze als verenigbaar met de beroepsethiek wordt beschouwd.

Conclusie

De recente ontwikkelingen in de economische theorie inzake de kwestie van de motivatie van artsen heropenen het debat over de status van de medische beroepsethiek. De principaaltheorie hield deze discussie voor gesloten vanwege het coördinatievermogen dat zij uitsluitend toekende aan externe prikkels. De theorie over de verdringbaarheid van motieven blaast de discussie nieuw leven in en zet anti-utilistische theorieën over medische beroepsethiek tegenover instrumentalistische opvattingen daarover. Wanneer deze twee verschillende soorten theoretische benaderingen naast elkaar worden gelegd, laat dit zien dat de instrumentalistische theorieën niet in staat zijn de oorspronkelijkheid van het crowding out-effect te integreren. Het is logisch tegenstrijdig om de niet-instrumentele intrinsieke motivatie te willen integreren in een exclusief instrumentalistisch theoretisch kader. Bij de houdbaarheid van het beleid dat zich baseert op een instrumentalistische theorie over medische beroepsethiek moeten vraagtekens geplaatst worden. Het lijkt immers paradoxaal om financiële prikkels¹⁶ in te voeren om een probleem op te lossen dat om te beginnen veroorzaakt is door het introduceren van prikkels.

¹⁴ Het vermogen om de regels te interpreteren (zie Batifoulier en Thévenon, 2001).

¹⁵ Het is aannemelijk dat in sommige andere professies leden eveneens intrinsiek gemotiveerd zijn.

¹⁶ Theoretici die het Crowding out effect verklaren uit het klassieke leerstuk van de informatieasymmetrie, kunnen als enige oplossing daarvoor financiële prikkels verzinnen.

Daarom denken wij dat het debat over de theoretische status van de medische beroepsethiek moet worden heropend ten gunste van een anti-utilistische interpretatie daarvan. Vanuit dat gezichtspunt is de arts niet meer onderworpen aan het belang bij, maar kan hij belangeloos zijn (belang-stelling voor). Vanuit het theoretisch kader over interpretatieve rationaliteit bekeken, kan het crowding out-effect worden verklaard als een mislukking van de afstemming tussen de principaal en de artsen over de voorstelling(en) van wat een legitieme medische handeling is. Vanwege zijn commerciële aard kan de financiële externe prikkel door de medische professie begrepen worden als tegenstrijdig met legitiem medisch handelen, waarin de belang-stelling voor de ander en gepassioneerde een zeer belangrijke plaats innemen.

In bredere zin is het nodig de dominante economische opvatting van werk ter discussie te stellen. In die opvatting is werk slechts iets dat betreuenswaardig genoeg noodzakelijk is, wat een beleid impliceert dat werkt met prikkels die commercieel geïnspireerd zijn. De theoretische inspanningen moeten gericht zijn op de bestudering van voorstellingen van artsen en de verhouding daarvan tot het gebruik van prikkelmechanismen. Bestuurders hebben er ook belang bij om stil te staan bij de sociaal-historische context waarin ze beleid maken, op straffe van het genereren van perverse effecten zoals het crowding out-effect. In het bijzonder moet daarbij rekening worden gehouden met de diversiteit aan instituties en de voorstellingen die heersen in het medische universum. Tegen die armetierige (en foute!) opvatting van werk, biedt het theoretisch gedachtegoed van de positieve psychologie veel aanknopingspunten. Of dat nu het theoretisch kader van Deci en Ryan is, die van het Good Work Project (Gardner et al. 2001) of die van een ander, economen moeten vandaag de dag stilstaan bij de betekenis die artsen aan hun werk geven. Als de arts meer is dan slechts een premiejager en hij zijn identiteit vormt via zijn werk, dan moet er radicaal ander politiek economisch beleid gevoerd worden dan nu. Alleen op die voorwaarde kunnen we alternatieven voor het huidige zorgbeleid bedenken.

- Ariely D., Bracha A. and Meir S. (2009). 'Doing Good or Doing Well ? Image Motivation and Monetary Incentives in Behaving Prosocially'. *American Economic Review*, 99:544-55.
- Arrow K. (1963). 'Uncertainty and the welfare economics of medical care'. *American Economic Review*, 53:941-73.
- Bardey D. (2002). 'Demande induite et réglementation des médecins altruistes'. *Revue Economique*, 53:581-88.
- Batifoulier P., Bessis F. et Biencourt O. (2011). 'La déontologie médicale face aux impératifs de marché'. *Politiques et Management Publique*, 28.
- Batifoulier P. et Gadreau M. (2006). 'Comportement du médecin et politique économique de santé. Quelle rationalité pour quelle éthique ?'. *Journal d'Economie Médicale*, 24:229-240.
- Batifoulier P. et Da Silva N. (2014), « Medical Altruism in Mainstream Health Economics: Theoretical and Political Paradoxes », *Review of Social Economy*, Volume 72, Numéro 3, pp. 261-279.
- Batifoulier P. et Thévenon, O. (2001). 'Interprétation et fondement conventionnel des règles', in P. Batifoulier (eds), *Théorie des conventions*. Paris: Economica, p. 219-52.
- Batifoulier P. et Thévenon O. (2003). 'L'éthique médicale est-elle soluble dans le calcul économique ?'. *Economie appliquée*, 2 :161-86.
- Becker G. (1981). 'Altruism in the family and selfishness in the market', in Becker G., *Treatise on the family*. Harvard: Harvard University Press.
- Bénabou R. and Tirole J. (2003). 'Intrinsic and Extrinsic Motivation'. *Review of Economic Studies*, 70: 489-520.
- Bénabou R. and Tirole J. (2006). 'Incentives and Prosocial Behavior'. *The American Economic Review*, 96: 1652-78.
- Bras P.L. et Duhamel G. (2008). 'Rémunérer les médecins selon leurs performances : les enseignements des expériences étrangères'. Paris: Inspection générale des affaires sociales.

- Bruni M., Nobile L. and Ugolini C. (2007). 'Economic incentives in general practice: the impact of pay for participation and pay for compliance programs on diabetes care'. *Health Policy*, 90:140-8.
- Caillé A. (2003). 'Le don, la maladie et la déshumanisation de la médecine'. *Revue du MAUSS*, 21: 330-5.
- Caillé A. (2009). *Théorie anti utilitariste de l'action : fragments d'une sociologie générale*. Paris: La Découverte.
- Chaix Couturier C., Durand Zaleski I. Jolly D. and Durieux P. (2000). 'Effects of financial incentives on medical practice: results from a systematic review of the literature and methodological issues'. *International Journal for Quality in Health Care*, 12: 133-42.
- Chanial P. (2010). 'Le New Public Management est-il bon pour la santé ?'. *Revue du MAUSS*, 1: 135-50.
- Da Silva N. (2011). 'Motivations médicales et politiques d'incitations. La motivation intrinsèque contre la théorie de l'agence ?'. *Journal d'Economie Médicale*, 29 : 351-365.
- Da Silva N. (2012), « Quelle éthique médicale ? Une relecture à partir de l'hypothèse de 'crowding out effect' », *Ethique et Economique - Ethics and Economics*, Volume 9, Numéro 2, pp. 65-84, 2012.
- Deci E. and Ryan R. (1985). *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behaviour*. New York: Plenum Press.
- Deci E. and Ryan R. (2002). *Handbook of Self-Determination Research*. Rochester: The University of Rochester Press.
- De Jaeger K. et Jegers M. (2000). 'A model of physician behavior with demand inducement'. *Journal of Health Economics*, 2: 231-58.
- Ellingsen T. et Johannesson M. (2008), « Pride and prejudice: The human side of incentive theory », *American Economic Review*, Volume 98, Numéro 3, pp. 990-1008.
- Elster J. (2009). *Traité critique de l'homme économique. Le désintéressement I*. Paris: Édition du Seuil.

- Elster J. (2010). *Traité critique de l'homme économique. L'irrationalité II*. Paris: Édition du Seuil.
- Evans R. (1974). 'Supplier-induced demand: some empirical evidence and implications', in Perlman M. (eds), *The economics of health and medical care*. Macmillan, p. 162-73.
- Festré A. et Garrouste P. (2014), « Theory and evidence in psychology and economics about motivation crowding out : a possible convergence ? », *Journal of economic surveys*, Volume 29, Numéro 2, pp. 339-356.
- Frey B. (1992). 'Tertium Datur : Pricing, Regulating and Intrinsic Motivation'. *Kyklos*, 45: 161-84.
- Frey B. (1997). *Not just for the money*, Cheltenham: Edward Elgard Publishing.
- Frey B. et Jegen R. (2001). 'Motivational Interactions : Effects on Behaviour'. *Annales d'économie et de statistique*. 63-64: 131-53.
- Frey B. et Oberholzer-Gee F. (1997). 'The cost of price incentives: An empirical Analysis of Motivation Crowding-Out'. *The American Economic Review*, 87: 746-755.
- Gardner, H., Csikszentmihalyi M., Damon W., *Good Work: When Excellence and Ethics Meet*, Basic Books, 2001.
- Gené-Badia J., Esaramis-Babiano G., Sans-Corrales M., Sampietro-Colom L., Aguado- Menguy F., Cabezas-Pena C. and Gallo de Puelles P. (2007). 'Impact of economic incentives on quality of professional life and on end-user satisfaction in primary care'. *Health Policy*, 80: 2-10.
- Gneezy U. and Rustichini A. (2000). 'Pay Enough or Don't Pay at All'. *Quarterly Journal of Economics*, 115: 791-810.
- Gorin M. et Schmidt H. (2015), « 'I di dit for the money' : incentives, rationalizations and health », *Public health ethics*, Volume 8, Numéro 1, pp. 34-41.
- Green E. (2014), « Payment systems in the healthcare industry: An experimental study of physician incentives », *Journal of Economic Behavior & Organization*, Volume 106, pp. 367-378.

- Hassenteufel P. (1997). *Les médecins face à l'État. Une comparaison européenne* Paris: Presses de science politiques.
- Hillman A., Ripley K., Godfarb N., Nuamah I., Weiner J. and Lusk E. (1998). 'Physician financial incentives and feedback: failure to increase cancer screening in medicaid managed care'. *American Journal of Public Health*, 88: 1699-1701.
- Hodgson G. (2008), « An institutional and evolutionnary perspective on health economics », *Cambridge Journal of Economics*, 32, pp. 235-256.
- Hodgson G. (2009). 'Toward an alternative economics of health care'. *Health Economics, Policy and Law*, 4: 99-114.
- Jack W. (2005). 'Purchasing health care services from providers with unknown altruism'. *Journal of Health Economics*, 24: 73-93.
- Kessel R. (1958). 'Price discrimination in medicine'. *Journal of Law and Economics*, 1: 20- 53.
- Kreps D. (1997). 'Intrinsic Motivation and Extrinsic Incentives. *The American Economic Review*, 87: 359-64.
- Ma C. (2007). 'Altruism and incentives in public and private health care', in Suvanto A. and Vartiainen H., (eds), *Finance and Incentives in the Health Care System*. VATT Publications 45.
- McIntyre D., Mooney G. (2007), *The economics of health equity*, Cambridge University Press.
- MaDonald R., Harrison S., Checkland K., Campbell S. et Roland M. (2007). 'Impact of financial incentives on clinical autonomy and internal motivation in primary care: an ethnographic study'. *British Medical Journal*, 334.
- Marshall M and Harrison S. (2004). 'It's about more than money: financial incentives and internal motivation'. *Quality and Safety in Health Care*, 14: 4-5.
- McMaster R. (2007), « On the need for a heterodox health economics », *Post-Autistic Economics Review*, Volume 41, Numéro 1, pp. 9-22.
- Pauly M. (1978). 'Is medical care different?', in Greenberg W., Germantown, MD (eds), *Competition in the health care sector : past, present, and future*. Aspen: Aspen Systems.

- Prendergast C. (1999). 'The Provision of Incentives in Firms'. *Journal of Economic Literature*, 37: 7-63.
- Rebitzer J.B. et Taylor J.T. (2011), « Extrinsic rewards and intrinsic motives: standard and behavioural approaches to agency and labor markets » dans O. Ashenfelter and D. Card (eds.) *Handbook of labor economics*, London: Elsevier, pp. 701-72.
- Rochaix L. (1986). *Asymétrie informationnelles et comportement médical*. Thèse pour le doctorat de science économique, Université de Rennes 1.
- Rochaix L. (1997). 'Asymétrie d'information et incertitude en santé : les apports de la théorie des contrats'. *Économie et Prévision*, 129-130: 11-24.
- Schnedler W. et Vanberg C. (2014), « Playing 'hard to get': An economic rationale for crowding out of intrinsically motivated behavior », *European economic review*, Volume 68, pp. 106-115.
- Siciliani L. (2009). 'Paying for performance and motivation crowding out'. *Economic letters*, 103: 68-71.
- Sicsic J., Le Vaillant M. et Franc, C. (2012), « Intrinsic and extrinsic motivations in primary care: An explanatory study among French general practitioners » *Health policy*, Volume 108, Numéro 2, pp. 140-148.
- Sliwka D. (2007), « Trust as a signal of a social norm and the hidden costs of incentive schemes », *American Economic Review*, Volume 97, Numéro 3, pp. 999-1012.
- Taylor L. (2007), « Optimal wages in the market for nurses: An analysis based on Heyes' model », *Journal of Health Economics*, Volume 26, Numéro 5, pp. 1027-1030.
- Weibel A., Wiemann M. et Osterloh M. (2014), « A Behavioral Economics Perspective on the Overjustification Effect: Crowding-In and Crowding-Out of Intrinsic Motivation », dans Gagné M. Ed.), *The Oxford handbook of work engagement, motivation and self-determination theory*, Oxford University Press, pp. 72-84.