

- ¹⁶ Parrish FP. Treatment of bone tumors by total excision and replacement with massive autologous and homologous grafts. *J Bone Joint Surg (Am)* 1966; 48: 968-90.
- ¹⁷ Takami H, Doi T, Takahashi S, Ninomiya S. Reconstruction of a large tibia defect with a free vascularized fibular graft. *Arch Orthop Trauma Surg* 1984; 102: 203-5.

- ¹⁸ Osterman AL, Bora FW. Free vascularized bone grafting for large-gap non-union of long bones. *Orthop Clin North Am* 1984; 15: 131-42.
- ¹⁹ Gartsman GH, Weiland AJ, Moore JR, Randolph MA. Blood vessel implantation into ischemic bone. *J Reconstr Micro* 1985; 3: 215-22.

Aanvaard op 17 november 1986

Arts en samenleving

De weg naar een gezond bestel; het advies van de Commissie Dekker

H. D. C. ROSCAM ABBING

INLEIDING

In 'Bereidheid tot verandering' geeft de Commissie Structuur en Financiering van de Gezondheidszorg (de zgn. Commissie Dekker) een blauwdruk voor de toekomstige structuur en organisatie van de gezondheidszorg.¹ Het advies bevat een aantal doelstellingen en uitgangspunten, die moeten leiden tot een doelmatig, flexibel en samenhangend systeem. Randvoorwaarden voor de advisering waren de in het regeerakkoord van 1986 afgesproken financiële taakstelling (te bereiken door beheersing van de volume-ontwikkeling aan de aanbodzijde en door kostenvermindering aan de vraagzijde), herziening van het stelsel van ziektekostenverzekeringen en deregulering. Het ontbreken van een consistente opbouw van het huidige gezondheidszorgsysteem, onevenwichtigheden in het stelsel, slechts gedeeltelijk samenhangende wetgeving, stijgende kosten en in de toekomst te verwachten problemen, zoals sterke vergrijzing, waren de voornaamste motieven voor de advisering.

Het publieke karakter van de gezondheidszorg komt tot uitdrukking in artikel 22 van de Grondwet, dat de overheid verplicht tot het treffen van maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid. Aan aard, inhoud en omvang van deze overheidsverantwoordelijkheid kan op verschillende manieren gestalte worden gegeven, mede afhankelijk van de visie op de rol van de overheid en van de politieke en economische situatie. Dat de bemoeienis van de overheid met de gezondheidszorg de laatste decennia sterk is toegenomen, valt te verklaren door meerdere factoren, waaronder de gevolgen van de rol van de overheid in een welvaartsstaat, de toenemende erkenning van het recht op gezondheidszorg, de groei van de gezondheidszorg welke een steeds groter beslag is gaan leggen op het nationale budget, het diepingrijpende karakter dat de gezondheidszorg door de moderne medische en technologische ontwikkelingen heeft gekregen, de toename van de macht van de geneeskunde en de behoefte om die macht vanuit de samenleving te beheersen, de toenemende wens van de consument tot regelgeving van zijn rechtspositie om meer evenwicht te berei-

ken in de relatie tot de hulpverlening, e.d.² Een belangrijke rol van de overheid in de gezondheidszorg betekent overigens niet dat die overheid ook steeds zelf de uitvoering ter hand dient te nemen. Naarmate hulpverleners en hulpverlenende instellingen in de gezondheidszorg er meer in slagen een doelmatig stelsel te realiseren, des te minder is er noodzaak voor rechtstreekse overheidsinmenging en -sturing.

De grondwettelijke taak van de overheid ten aanzien van het recht op gezondheidszorg is drieledig; zij is gericht op kwaliteit, functionele en geografische beschikbaarheid dan wel bereikbaarheid en op financiële toegankelijkheid van gezondheidszorgvoorzieningen. Langs deze lijnen, die centraal staan in het huidige gezondheidszorgbeleid en hun weerslag hebben gevonden in het vigerende wetgevingscomplex, beweegt zich ook het advies van de Commissie Dekker.

KWALITEIT VAN DE GEZONDHEIDSZORG

Het patroon van op kwaliteit gerichte bepalingen in de wetgeving is momenteel rijk geschakeerd. Zo zijn bepalingen te vinden in wetgeving gericht op de beroepsuitoefening, eisen voor instellingen van gezondheidszorg in het kader van de wettelijke ziektekostenregelingen en veiligheidsgaranties in wetgeving inzake geneesmiddelen en medische hulpmiddelen en bloedtransfusie, e.d. Ten dele zijn kwaliteitsregelingen gekoppeld aan de financieringsbron, dit ondanks het feit dat het voor kwaliteitsvragen in beginsel niet relevant is welke bron de voorziening financiert. De bemoeienis van de overheid met de kwaliteit van zorg hangt mede af van de eigen ordening en normering binnen het veld van de gezondheidszorg. Naarmate hulpverleners en instellingen er meer in slagen aan de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit op bevredigende wijze gestalte te geven, des te meer kan de overheid zich beperken tot het stellen van randvoorwaarden in het kader van indirecte regeling. Deze benadering is ook die van de Commissie Dekker, die kwaliteit (normen) en kwaliteitsbewaking (handhaving en toezicht) onderscheidt. Voor kwaliteit van genees- en hulpmiddelen acht de Commissie het huidige wettelijke stelsel voldoende. Ten aanzien van kwaliteit van beroepsuitoefening en zorgverlening door instellingen stelt de Commissie voor een kwaliteitswet te ontwerpen, die

Rijksuniversiteit Limburg, Vakgroep Gezondheidsrecht, Postbus 616, 6200 MD Maastricht.
Mw. prof. mr. H. D. C. Roscam Abbing.

inhoudelijk gericht is. De overheid dient daarin de voorwaarden te formuleren waaronder de zorgverlening moet functioneren. Een dergelijke 'kaderwet' voor de kwaliteit komt tegemoet aan de bezwaren inherent aan de huidige diffuse wijze van kwaliteitsregulering³ en bevordert tevens loskoppeling van wetgeving die primair is gericht op andere doelstellingen (zoals planning of financiering). Voor beroepsbeoefenaren wordt de nadruk gelegd op via overleg (consensusbijeenkomsten) te ontwikkelen standaarden, die binnen de professie dienen te gelden, en op opleiding en nascholing. Ook voor instellingen geeft de Commissie de voorkeur aan indirecte regeling: de overheid eist voorzieningen voor toetsing, die partijen zelf kunnen uitwerken. Dit biedt het voordeel van, met het oog op evoluerende opvattingen omtrent kwaliteit noodzakelijke, flexibiliteit en doet recht aan de diversiteit en pluriformiteit in de gezondheidszorg.

Met het oog op kwaliteitsbewaking stelt de Commissie de totstandkoming van zgn. certificatie-instituten voor; niet-gecertificeerde instellingen zouden niet voor een contract met een verzekeraar in aanmerking komen. Een dergelijke opzet biedt voordelen van deskundigheid en tegengaan van de aan het huidige erkenningstelsel inherente bureaucratiserende tendensen. Intensifiëring van de rol van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid met betrekking tot kwaliteit (toezicht op het bestaan en functioneren van kwaliteitsbevorderende mechanismen en uitbreiding van sanctiemogelijkheden) draagt bij aan het waarborgen van een goed kwaliteitsniveau. Dit betekent wel een andere prioriteitenstelling binnen de Inspectie, zoals minder aandacht voor bijv. beleid en individuele klachten.

De Commissie besteedt in het hoofdstuk gewijd aan kwaliteit ook aandacht aan de kwantitatieve dimensie daarvan (totale hoeveelheid zorg, spreiding en samenhang). Niet ontkend kan worden, dat deze aspecten van invloed zijn op de kwaliteit van het stelsel. Hetzelfde geldt voor de financiële toegankelijkheid. Dit neemt niet weg dat het voor een adequate benadering van de taakstelling van de overheid zinvoller is het begrip kwaliteit beperkt op te vatten, in die zin, dat het zich richt op kwaliteit van handelen en zorgverlening en op producten. Dit ter voorkoming van o.a. vermenging van doelstellingen en uitgangspunten in het bestuurlijke systeem, hetgeen juist één van de gebreken is van het huidige (wetgevings)stelsel. Eisen gericht op spreiding en omvang van zorg horen bij voorkeur thuis in andere regelingsmechanismen, ook al horen capaciteitsminima in kwaliteitswetgeving thuis.

FUNCTIONELE EN GEOGRAFISCHE BESCHIKBAARHEID DAN WEL BEREIKBAARHEID VAN DE ZORG

De bereikbaarheid van de gezondheidszorg (aard, omvang en spreiding van voorzieningen) is aan financieel-economische grenzen gebonden. Hierdoor richt overheidsbemoeienis zich niet alleen op de totstandkoming van een evenwichtig stelsel van voorzieningen, maar ook op beheersing daarvan. De overheidsbemoeienis met het hulpaanbod is de afgelopen jaren tot uitdruk-

king gekomen in een omvangrijk complex van regelgeving. Zowel de daarbij gekozen wettelijke systematiek als de geïntroduceerde decentralisatie en regionalisatie blijken niet te leiden tot doeltreffendheid en doelmatigheid. Rechtstreekse afspraken met bepaalde beroepsgroepen (zoals in het kader van het Generaal Akkoord met de Landelijke Specialisten Vereniging en het Covenant met de Landelijke Huisartsen Vereniging) beoogden bij te dragen aan realisering van beleidsuitgangspunten ten aanzien van onder meer de bereikbaarheid van de zorg. Door aan dergelijke bestuursakkoorden inherente bezwaren en problemen (zoals het voorbijgaan aan wettelijke kaders, het regelen van deelaspecten met bepaalde sectoren van de hulpverleningszijde, waardoor de samenhang met een totaalbeleid ontbreekt, en het ontbreken van de mogelijkheid de uitvoering te garanderen) kunnen deze geen wezenlijke oplossing voor gerezen knelpunten bieden.

De Commissie Dekker heeft een geheel andere weg gekozen. Met als belangrijk uitgangspunt bevordering van substitutie, waardoor een verschuiving naar lichtere vormen van zorg kan plaatsvinden, uiteraard voor zover gelet op de hulpvraag verantwoord, worden voorstellen gedaan voor een flexibelere aanpak van het bereikbaarheidsvraagstuk. Drastische vermindering van de intramurale capaciteit moet gepaard gaan met versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg. De onevenwichtige groei van diagnostische en therapeutische verrichtingen is een teken van minder kritische benadering van de noodzaak voor medisch handelen. Dit leidt tot niet op het belang van de patiënt afgestemde ingrepen en tot afremming van een doelmatige besteding van middelen.

Ook het aantal specialisten vormt een probleem. Door een aanzienlijke herverdeling van arbeid (en inkomen) tussen gevestigde en instromende artsen, waarbij de primaire verantwoordelijkheid wordt gelegd bij gevestigde specialisten en ziekenhuizen, beoogt de Commissie de groei van het artsenbestand in goede banen te leiden. Een van de meest voor de hand liggende instrumenten ter ondersteuning van dit proces is het loslaten van de in de wettelijke ziektekostenverzekeringen verankerde contractverplichting. Historisch gezien valt het toelatingsrecht van artsen tot het wettelijke verzekeringssysteem te verklaren vanuit de behoefte te komen tot een behoorlijk functionerend ziekenfondswezen, waarbij de verzekerde vrije keuze van hulpverlener kreeg. De regeling verschaft bovendien bestaanszekerheid aan artsen. Een dergelijke regeling past echter niet meer in het huidige maatschappelijk bestel en werkt bovendien een uit financieel en inhoudelijk oogpunt onverantwoord overaanbod in de hand. De Commissie Dekker stelt dan ook voor om de contractverplichting te vervangen door een systeem van vrijwillige contracten, met als garantie voor voldoende aanbod (met name met het oog op kwetsbare groepen) de wettelijke mogelijkheid alsnog een (tijdelijke) gerichte contractverplichting op te leggen. Hoewel dit voorstel eveneens van toepassing is op instellingen van gezondheidszorg, zal het effect voor de extramurale zorg groter zijn dan voor de intramurale zorg. Ook stelt de Commissie voor de Wet Voorzieningen Gezondheids-

zorg in te trekken. Dat betekent o.a. het loslaten van wettelijk gereguleerde planning van extramurale instellingen en van een wettelijk vestigingsbeleid. Voor de intramurale sector stelt de Commissie een relatief eenvoudig wettelijk instrumentarium voor, gericht op onder meer verantwoorde spreiding en vaststelling van maxima waarbinnen de capaciteit van grote infrastructurele voorzieningen moet blijven.

Voor andere momenteel in op planning gerichte wetgeving verankerde doelstellingen, met name die gericht op bestuurlijke decentralisatie, is in de voorstellen geen ruimte ingebouwd. Uit een oogpunt van doelmatigheid van de gezondheidszorg kan dergelijke bevoegdhedenoverheveling naar lagere overheden ook worden betwifteld. Daaraan inherente inspraak- en overlegprocedures leiden tot onnodige vertraging in de besluitvorming. Afstemmingsproblemen en plaatselijke en regionale verschillen in beslissingen, die op gespannen voet kunnen staan met wettelijk gegarandeerde aanspraken, zijn te verwachten.

De Commissie heeft de voorkeur voor inhoudelijke normstelling en functionele pakketomschrijving boven wettelijke procedures. Deze voorkeur kan ook uit een oogpunt van rechtszekerheid en duidelijkheid, eenvoud en beperking van procedures en besluitvormingslasten worden toegejuicht. Bovendien bieden de door de Commissie geformuleerde voorstellen een reëel alternatief voor de intramurale zorg. De reeds geruime tijd geleden geformuleerde beleidsdoelstelling van versterking van de eerste lijn kan dan eindelijk eens tot uitvoering komen. Dit veronderstelt overigens wel dat in de eerste lijn nogal eens voorkomende 'verkokerde' hulpverleningsopvattingen moeten plaatsmaken voor een op het belang van de patiënt georiënteerd, samenhangend hulpverleningsaanbod.

FINANCIËLE TOEGANKELIJKHEID VAN DE ZORG

De verantwoordelijkheid van de overheid voor de financiële toegankelijkheid van de zorg heeft zowel betrekking op het financiële beheer van de gezondheidszorgvoorzieningen (de prijs- en tariefstelling aan de aanbodzijde) als op de financiering van de vraagzijde. De toegang tot voor de gezondheidszorg van de bevolking van belang geachte voorzieningen moet gegarandeerd zijn, terwijl de voorwaarden waaronder deze toegankelijkheid gestalte krijgt, voor groepen in vergelijkbare economische omstandigheden gelijk moeten zijn. Overheidsregulering richt zich onder meer op het voorkómen van financiële problemen voor het individu, voortvloeiend uit een noodzakelijk beroep op gezondheidszorgvoorzieningen. De vorm die aan ziektekostendekking wordt gegeven, berust op een politiek-maatschappelijke keuze. Zo kan in een pluriform systeem de toegang tot voorzieningen even goed gegarandeerd zijn als bij een algehele volksverzekering, mits de inrichting van het stelsel dusdanig is, dat een rechtvaardige verdeling van de beschikbare mogelijkheden tot stand komt. Voor een verantwoord functioneren van het financieringssysteem is het bovendien noodzakelijk dat de prijs van de voorzieningen aanvaardbaar

is. De verzekeringsdekking is de afgelopen jaren toegenomen naar aard en omvang, zonder dat sprake was van prioriteitenstelling of van herwaardering van het verstrekkingspakket.

De Commissie Dekker spreekt zich uit voor een verplichte basisverzekering voor de gehele bevolking en een aanvullende verzekering op vrijwillige basis. Indien voor de inkomensgevolgen een redelijke oplossing wordt gevonden, kunnen de voorstellen de toets aan de bij een verzekeringsstelsel te formuleren randvoorwaarden doorstaan (geen discriminatie op grond van maatschappelijke of functionele verschillen; billijke lastenverdeling; uit een oogpunt van volksgezondheid adequate verzekeringsdekking).

Met de voorgestelde basisverzekering wordt voorzien in een evenwichtig samengesteld, 'opgeschoond', pakket, dat gericht op onverzekerbare, respectievelijk financieel niet te dragen risico's ook rekening houdt met in de (nabije) toekomst noodzakelijke voorzieningen om aan de hulpvraag van de oudere mens te kunnen beantwoorden. Door bejaardenoorden en gezinszorg in het basispakket op te nemen, door te kiezen voor functionele pakketomschrijving en voor stringente hantering van indicatiestellingen beoogt de Commissie tegemoet te komen aan vereisten van flexibiliteit, keuzevrijheid, doelmatigheid en rechtszekerheid.

De niet uit hoofde van de basisverzekering gedekte voorzieningen kunnen door verzekeraars via aanvullende pakketten worden aangeboden. Bij de keuze uit dit aanbod kunnen verzekerden zich laten leiden door eigen wensen en behoeften. Acceptatieplicht en mogelijkheid van vaststelling door de overheid van een maximumpremie beogen de belangen van verzekerden te waarborgen. Door bepaalde voorzieningen, waarvoor op de vrije markt een adequate verzekeringsdekking kan worden gevonden en waarvoor in het algemeen een verzekeringsbehoefte zal bestaan, over te laten aan de aanvullende verzekering, kunnen de keuzemogelijkheden van de consument worden vergroot en kan een betere afweging van het gebruik van voorzieningen plaatsvinden.⁴ De wel geuite vrees voor onderverzekering juist ten aanzien van deze voorzieningen kan worden tegengegaan door wettelijk te bepalen dat de overheid aan de inhoud van de aanvullende verzekering minimumvoorwaarden kan verbinden, en in het uiterste geval, indien de ingebouwde prikkels onvoldoende werken, tot verplichtstelling van een aanvullende verzekering kan overgaan. Ook ten aanzien van de eigen bijdragen en risico's richten de voorstellen zich op prikkels ter vermijding van onnodige en ondoelmatige zorg, eerder dan op verschuivingen in lasten of op niet gewenste substitutie-effecten.

Voor de totstandkoming van aanvaardbare prijzen hecht de Commissie groot belang aan onderhandelingen tussen zorgverleners en verzekeraars. Aanpassing van de huidige budgettering van ziekenhuizen, door onder meer de medisch-specialistische hulp onder dat budget te brengen en wijzigingen in de huidige honoreringsstructuur van huisartsen en specialisten, beoogt de substitutie door de huisarts te bevorderen. Deze wijzigingen zullen prikkels

moeten bevatten tot doelmatig en doeltreffend handelen. Of het wel geopperde bonus-malussysteem een zinvolle bijdrage daartoe vormt, kan worden betwijfeld. Het financieel belonen van minder verrichtingen roept conflicten op omtrent de vraag wie binnen de respectievelijke afdeling de begunstigde van de 'winst' moet zijn, kan leiden tot nieuwe investeringen in apparatuur door de begunstigde en daardoor tot meer verrichtingen, en kan onderwaardering van het patiëntenbelang tot gevolg hebben.

De huidige centrale regie op basis van de Wet Tarieven Gezondheidszorg, die gepaard is gegaan met tal van procedures, voorschriften en regelingen en die heeft geleid tot rigiditeit in het systeem, zal in de voorstellen van de Commissie vervangen worden door kostenbeheersing te baseren op budgettering van verzekeraars. Wel zal de overheid een wettelijk instrument dienen te hebben om, indien de marktwerking onvoldoende aan de doelstellingen beantwoordt, regulerend te kunnen optreden. Dit kan bijv. door te voorzien in de mogelijkheid van het stellen van maximumtarieven.

OVERIGE ONDERWERPEN

Sanering van het huidige wetgevingscomplex is een aan de voorstellen inherent gevolg. De noodzaak hiertoe staat ook niet of nauwelijks ter discussie. Direct ingrijpen door de overheid alleen daar waar dit voor een verantwoord gezondheidszorgbestel nodig is en overwegend repressief toezicht komen tegemoet aan de behoefte in de gezondheidszorg fundamentele rechtsverhoudingen te regelen en machtsverhoudingen te corrigeren. Op inhoudelijke gronden wordt terecht stelling genomen tegen de tendens te komen tot categorale wetgeving en tot instelling van niet door rechtstreeks betrokkenen in het leven geroepen, bureaucratisch en verstarrend werkende indicatiecommissies.

Niet onvermeld mag voorts blijven de stroomlijning van de advisering, die in de huidige opzet vaak een belemmering vormt voor slagvaardig beleid (doordat de adviesorganen een overwegende vertegenwoordiging van belanghebbenden aan de aanbodzijde kennen) en vaak tot overlappingsen in advisering leidt.

Ook vraagt de Commissie, in het voetspoor van de 'Nota 2000',⁵ meer aandacht voor preventie, wordt aangedrongen op systematische evaluatie van medische technologie en houdt zij, terecht, een krachtig pleidooi voor regeling van rechten van de patiënt. In dit opzicht is nog steeds duidelijk sprake van een achterstand. Geschillenprocedures in het kader van de wet op de zorgverzekering kunnen de belangen van verzekerden beschermen.

Het premiestelsel wordt in de voorstellen deels procentueel, deels nominaal. De effecten voor het inkomen zijn weliswaar aan discussie onderhevig, doch zonder wijziging van het stelsel zullen verschillende inkomenseffecten optreden die zeker niet acceptabel lijken.

BESCHOUWING

Het advies in totaliteit bezien, valt op door de grote consistentie en samenhang in de voorstellen. Vanuit een primair inhoudelijke benadering, rekening houdend met veranderde maatschappelijke opvattingen, heeft de

Commissie zinvolle voorstellen gedaan voor een gezond gezondheidszorgbestel. Beheersing van kosten, bescherming van de patiënt, verantwoord functioneren van het systeem van de hulpverlening, met inachtneming van doelmatigheid van zorg en flexibiliteit en regelgeving heeft de Commissie – ondanks de soms tegenstrijdige uitgangspunten – in evenwicht weten te brengen.

De voorstellen leggen vooral nadruk op de verantwoordelijkheid van het hulpverleningssysteem en de financiers. Zo zal de arts zich continu moeten bezinnen op de medische relevantie van zijn handelen, zowel vanuit het belang van de patiënt als vanuit overwegingen van economische doelmatigheid. Indien de arts er, binnen het door de Commissie geschetste kader, in slaagt op verantwoorde wijze gestalte te geven aan zijn professionele standaard (dat wil zeggen dat de medische handeling plaatsvindt conform door de beroepsgroep ontwikkelde standaarden, dat de rechten van de patiënt worden gerespecteerd en dat de normen te ontleen aan de maatschappelijke functie van de geneeskunde in acht worden genomen), hoeft geen vrees te bestaan voor aantasting van de professionele autonomie. De financiers dienen weliswaar een economisch verantwoord functionerend systeem te bevorderen (o.a. via de door de Commissie voorgestelde 'economische inspecteurs'), doch kunnen om die reden niet zonder meer een zuiver kwantitatieve benadering hanteren. De professionele standaard vormt bovendien een garantie om een te explosieve groei in het aanbod tegen te gaan, welke wel als bezwaar tegen het liberale stelsel van de Commissie Dekker wordt ingebracht. De patiënt kan geen recht doen gelden op zorg die niet is geïndiceerd, de arts die hiertoe toch overgaat, handelt in strijd met de professionele normen en is tuchtrechtelijk aansprakelijk.

De patiënt ontleent garanties aan het voorgestelde systeem, waarbij in het bijzonder voor de meest kwetsbare groeperingen, zoals chronisch zieken, bejaarden en zwakzinnigen, de nodige extra waarborgen zijn ingebouwd. De gepresenteerde blauwdruk betekent niet-onaanzienlijke veranderingen voor alle betrokken partijen in de gezondheidszorg. Dit kan verlies van bestaande verworvenheden betekenen, soms tegelijkertijd winst in ander opzicht. Bestaande zekerheden, zeker aan de aanbodzijde, komen in een ander perspectief te staan. Het wekt dan ook geen verwondering dat in de commentaren op het rapport vooral gevestigde deelbelangen naar voren worden gebracht. Door te pleiten voor handhaving van eigen posities wordt voortzetting van de tot op heden voor gerezen knelpunten in overwegende mate toegepaste symptoombestrijding in de hand gewerkt. Systeemverandering is echter noodzakelijk wil de gezondheidszorg ook in de toekomst optimaal functioneren. Bedacht moet voorts worden dat het systeem van de hulpverlening uiteindelijk bestaat bij de gratie van het recht van de patiënt op kwalitatief verantwoorde gezondheidszorg.

De blauwdruk vraagt op vele punten nadere invulling en uitwerking, waarbij uiteraard de nodige varianten denkbaar zijn. Dit laat onverlet dat de hoofdlijnen van het advies een reëel antwoord bieden op de gerezen en nog te verwachten problemen, waarvoor tot op heden

geen ander alternatief is geboden. Wil een adequaat stelsel tot stand komen, dan zal ook de overheid zich bij haar standpuntbepaling over het advies niet moeten laten leiden door een primair economisch-financiële benadering, maar door een 'zorginhoudelijke', gericht op het belang van de patiënt. Ook voor de overheid geldt: bereidheid tot verandering.

LITERATUUR

- ¹ Commissie Structuur en Financiering van de Gezondheidszorg. Bereidheid tot verandering. 's-Gravenhage: Distributiecentrum overheidspublicaties, 1987.

- ² Leenen HJJ, Roscam Abbing HDC. Bestuurlijk gezondheidsrecht. Alphen aan den Rijn: Samsom, 1986: 18.
³ Roscam Abbing HDC. Overheid en het recht op gezondheidszorg, preadvies. Utrecht: Vereniging voor Gezondheidsrecht, 1984: 86-7.
⁴ Roscam Abbing HDC, Rutten FFH. Verleden en toekomst van het ziektekostenverzekeringsstelsel in Nederland. Deventer: Kluwer, 1985: 152-8.
⁵ Over de ontwikkeling van gezondheidsbeleid: feiten, beschouwingen en beleidsvoornemens (Nota 2000). Tweede Kamer der Staten-Generaal vergaderjaar 1985-1986, 19500, nr 1 en 2. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1986.

Aanvaard op 4 juni 1987

Referaten

Verloskunde en vrouwenziekten

Preëclampsie en renale calciumuitscheiding

De gouden standaard voor de diagnose preëclampsie is het nierbiopt met de typische glomerulaire endotheliose, die als pathognomonisch beschouwd wordt. Omdat een nierbiopsie bij iedere zwangere met hypertensie ethisch en praktisch niet uitvoerbaar is, wees Chesley op meer stringente criteria voor de diagnose preëclampsie waaronder nullipariteit, proteïnurie, normaal cardiovasculair en renaal systeem, leeftijd jonger dan 25 jaar en een verhoogd uraatgehalte in het plasma,¹ terwijl Weiner et al. een laag antitrombine III als kenmerkend voor preëclampsie beschouwden.²

Taufield et al. hebben onderzocht of het calciumgehalte in het serum en de calciumuitscheiding in de urine zwangeren met preëclampsie kon onderscheiden van normale zwangeren of van zwangeren met andere vormen van hypertensie.³ Uitgangspunt hierbij was dat veranderingen in het calciummetabolisme zich vaak voordoen bij nieraandoeningen en bij verschillende vormen van hypertensie.

De auteurs onderzochten 40 zwangeren, samengesteld uit een groep normale zwangeren en een groep met verschillende vormen van hypertensie. Er werd onderscheid gemaakt tussen voorbijgaande hypertensie, chronische hypertensie, preëclampsie en gesuperponeerde preëclampsie, gedefinieerd aan de hand van klinische en laboratoriumbepalingen (bloeddruk, proteïnurie, uraatgehalte in serum en aantal trombocyten). Zwangeren met een bekende nieraandoening of diabetes werden uitgesloten. Uit de resultaten bleek dat zwangeren met preëclampsie of gesuperponeerde preëclampsie een statistisch significant verlaagde calciumuitscheiding in de urine hadden vergeleken met normale zwangeren en zwangeren met andere vormen van hypertensie, terwijl het calciumgehalte in het serum niet verschild. Bovendien bestond er nauwelijks 'overlap' in de calciumuitscheiding tussen de 2 groepen, in tegenstelling tot andere grootheden als creatinineklaring en uraatgehalte in het serum.

De auteurs besluiten dat hoewel het mechanisme van een verminderde calciumuitscheiding in de urine bij preëclampsie onbekend is, het meten hiervan zeer bruikbaar kan zijn, aangezien één of meer van de klinische gegevens vaak afwezig zijn. Voorts wordt gesteld dat een prospectief onderzoek zal moeten uitwijzen of de calciumuitscheiding in de urine ook een voorspellende betekenis heeft voor het later optreden van preëclampsie. Wat niet duidelijk wordt is hoe zwangeren met een nierafwijking te onderscheiden zijn van zwangeren met

preëclampsie, omdat zwangeren met bekende nierafwijkingen uitgesloten werden.

LITERATUUR

- ¹ Chesley LC. Diagnosis of preeclampsia. *Obstet Gynecol* 1985; 65: 423-5.
² Weiner CP, Kwaan HC, Xu C, et al. Antithrombin III activity in women with hypertension during pregnancy. *Obstet Gynecol* 1985; 65: 301-6.
³ Taufield PA, Ales KL, Resnick LM, et al. Hypocalciuria in pre-eclampsia. *N Engl J Med* 1987; 316: 715-8.

K. DE BOER

Inwendige geneeskunde

Kwaadaardige aandoeningen ná behandeling van de ziekte van Hodgkin

Sinds de invoering van radiotherapie en chemotherapie als behandeling van patiënten met de ziekte van Hodgkin is de prognose indrukwekkend verbeterd: 70% kan zelfs genezen worden. Door de lange overlevingsduur van behandelde patiënten komen nu de late bijwerkingen van therapie aan het licht, vooral kwaadaardige aandoeningen.^{1,2}

Blayney et al. onderzochten 192 patiënten met de ziekte van Hodgkin die tussen 1964 en 1975 behandeld waren met MOPP (chloormethine, vincristine, procarbazine en prednison), al dan niet gecombineerd met radiotherapie.³ De patiënten werden gemiddeld tot 15 jaar na het begin van de eerste cytostaticakuur gevolgd. Van hen kregen 29 tussen de 1 en 13 jaar na het begin van de chemotherapie een tweede maligne tumor: 12 maal leukemie (vooral acute niet-lymfocytair leukemie en myelodysplastisch syndroom). Van hen hadden 11 zowel chemotherapie als bestraling ondergaan. Eén kreeg leukemie na uitsluitend chemotherapie. De piek van deze leukemieën deed zich rond het zesde jaar na de initiële behandeling voor. Vergeleken met een controlegroep was het relatieve risico van het krijgen van leukemie 95. Het relatieve risico van andere kwaadaardige aandoeningen was statistisch niet significant verhoogd.

Bij 63 van de 90 nog in leven zijnde patiënten werd een beenmergonderzoek verricht. Eén van hen bleek een acute myeloblastaire leukemie te hebben, verder was een hypocellulair beenmerg met geringe ijzervoorraad (zonder manifeste anemie) een veel voorkomend verschijnsel.

De auteurs besluiten, dat 11 jaar na het begin van de chemotherapie de incidentie van hematologische maligniteiten weer overeenkomt met die van de gewone populatie. Voordien