

Kiezen en delen; rapport van de commissie Keuzen in de zorg (Commissie-Dunning)

H. D. C. ROSCAM ABBING

Bezinning op een zo rechtvaardig mogelijke verdeling van schaarste in de gezondheidszorg en op complexe sociale, ethische en juridische vragen die de ontwikkeling van medische technologie oproept, is nodig vanwege de toename van medische en technologische mogelijkheden gepaard gaande met een toenemende vraag, bij gelijktijdige afname van beschikbare middelen (medisch personeel, organen voor transplantatie, financiële mogelijkheden). Daarbij is aan de orde wat wel en wat geen gezondheidszorg is, wat het nut van bepaalde medische handelingen is, hoe middelen in relatie staan tot het doel en dergelijke. Het onlangs verschenen advies van de commissie Keuzen in de zorg (de zogenaamde 'commissie Dunning') gaat in op dergelijke keuze-, afgrenzings-, en prioriteitenvraagstukken. De commissie stond voor de taak strategieën te ontwikkelen voor de wijze waarop de keuzevraagstukken in de gezondheidszorg op de verschillende niveaus (macro-, meso- en micro-) hanteerbaar kunnen worden gemaakt.¹ Verder diende zij een publieke discussie op gang te brengen. Om tot een eerlijke verdeling van voor de gezondheidszorg beschikbare middelen te komen, zal het nodig zijn om zowel bij de bevolking als bij de medische professie, instellingen van gezondheidszorg, ziektekostenverzekeraars en wetenschappelijk onderzoekers tot een mentaliteitsverandering te komen.²

In het advies worden vier soorten keuzeproblemen geanalyseerd: prioriteitenstelling in relatie tot wettelijke aanspraken van verzekerden (het macroniveau), het selectievraagstuk op microniveau (wie krijgt voorrang als er meerdere gegadigden zijn voor een voorziening?), normatieve keuzen ten aanzien van innovatie en ten slotte doelmatigheid en doeltreffendheid van medisch handelen (gepast gebruik). Dit laatste is overigens niet zozeer een keuzeprobleem als wel een vereiste in het kader van de professionele standaard, bij naleving waarvan het keuzevraagstuk weliswaar niet wordt opgelost, maar door doeltreffendheid van handelen wel kan worden verkleind.

In dit artikel concentreer ik mij op deze onderwerpen. Buiten dit korte bestek valt bespreking van de andere onderwerpen, zoals de door de commissie gehanteerde definitie van gezondheid (het vermogen om normaal te functioneren) – zeker voor discussie vatbaar –, de daarop volgende weinig verhelderende benaderingsmodellen (individuele, professionele en gemeenschapsbenadering) en de daar weer op geënte categorie-indeling voor

bepaling van voorzieningen die tot noodzakelijke zorg zouden behoren. Verder blijft buiten beschouwing het beslissingssysteem voor prioriteitenstelling ten aanzien van aanspraken van verzekerden, waarbij blijkens hoofdstuk 6 zwaar wordt aangeleund tegen het 'Oregon-model'. Daarbij wordt op basis van maatschappelijke keuzen van de bevolking en van klinische gegevens een prioriteitenlijst opgesteld. Deze vormt uitgangspunt voor de jaarlijkse verdeling van het budget.

NOODZAKELIJKE ZORG EN WETTELIJKE AANSPRAKEN
Een van de verantwoordelijkheden van de overheid bij het keuzevraagstuk in de gezondheidszorg is dat de voorzieningen die uit een oogpunt van volksgezondheidsbelang noodzakelijk zijn, ook toegankelijk zijn. Dat vereist omschrijving van 'noodzakelijke zorg' en bepaling van hetgeen via solidariteit beschikbaar moet zijn: een inhoudelijke analyse derhalve van het recht op gezondheidszorg, de vraag hoe daaraan bij schaarste optimaal vorm kan worden gegeven, en wat de rol van de diverse factoren daarbij is. De commissie is van oordeel dat solidariteit niet mag worden beperkt op grond van leeftijd, leefstijl, persoonskenmerken of het wederkerigheidsbeginsel. Een dergelijke uitkomst ligt ook voor de hand vanuit rechtsgelijkheid en vanuit de noodzaak aan keuzen objectieve criteria ten grondslag te leggen. Niet noodzakelijke, niet werkzame en niet doelmatige zorg behoren niet tot de solidariteit. Om te bepalen of al dan niet sprake is van noodzakelijke zorg moeten effectiviteit en nut van medische behandeling, succespercentage en alle relevante kosten in aanmerking worden genomen, dit mede in relatie tot andere zorgvoorzieningen. Dit laatste is van belang om te bevorderen dat de verdeling van de middelen rechtvaardig – dat wil zeggen naar behoefte – plaatsvindt, waarbij 'care' en 'cure' gelijke kansen moeten krijgen.

Voordat de commissie een strategie beschrijft om vast te stellen welke vormen van zorg onderdeel moeten zijn van wettelijk geregelde aanspraken, wijdt zij in hoofdstuk 5 een uitvoerige beschouwing aan het toekomstige stelsel van gezondheidszorg, met name de toekomstige wettelijke ziektekostenverzekering, de zogenaamde 'zorgverzekering'. Dit ligt ook voor de hand, omdat in dat kader de voornaamste uitgangspunten voor gezondheidsbeleid samenkomen: in het kader van een ziektekostenverzekering-van-rechtswege wordt het recht op gezondheidszorg 'gepositieerd' in de zin van wettelijke aanspraken, komt de solidariteit tot uitdrukking en wordt vorm gegeven aan de 'noodzakelijke zorg' van verantwoorde kwaliteit. Overigens wordt door de commissie ten onrechte de indruk gewekt als zou de verzekeringspo-

Rijksuniversiteit Limburg, vakgroep Gezondheidsrecht, Postbus 616, 6200 MD Maastricht.

Mw. prof. mr. H. D. C. Roscam Abbing.

lis variatiemogelijkheden kunnen bieden met betrekking tot aard, inhoud en omvang van wettelijk vastgelegde aanspraken. Slechts afspraken zijn mogelijk over door wie, respectievelijk waar de zorg wordt verleend, over eigen risico's respectievelijk eigen bijdragen, over restitutie van kosten of natura-verstrekking (dat betekent dat de rekening rechtstreeks naar de verzekeraar wordt gestuurd) en over administratieve voorwaarden (voorafgaande toestemming, verwijzing) tussen verzekeraar en verzekerde.

Niet goed doordacht is de vrees van de commissie dat categorieën op langdurige zorg aangewezen patiënten (een overigens naar verwachting mede vanwege de toenemende vergrijzing steeds grotere groep) de dupe zouden kunnen worden van de concurrentie-elementen in de toekomstige zorgverzekering. Vooral concurrentie via het straks in te voeren nominale deel van de premie wordt door de commissie gezien als een potentiële bron van kwaliteitsvermindering ten aanzien van de hier bedoelde voorzieningen. Hierbij gaat de commissie echter voorbij aan het feit dat de verstrekkingen wettelijk zijn omschreven en dat 'goed verzekeraarschap' straks onder meer wordt getoetst aan de door de regering aangekondigde wet op de kwaliteit van door instellingen verleende zorg. In de verantwoordelijkheidsverdeling ten aanzien van kwaliteit van zorg moet in het nieuwe (wettelijke) stelsel primair door zorgverleners invulling worden gegeven aan het begrip 'verantwoorde zorg' (een uitwerking overigens van het begrip 'goed hulpverlener' in het kader van de toekomstige Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst). Verder heeft de patiënt invloed (onder andere via klachtprocedures) en heeft het staatstoezicht een evidente rol. De verzekeraar kan er bovendien uiteindelijk door de overheid op worden aangesproken als hij zijn zorgplicht niet nakomt. De vrij ingewikkelde voorstellen van de commissie (waarmee zij in feite de zorgsector op een wijze benadert die afwijkt van die in de algemene structuur van de zorgverzekering) om vermeende negatieve effecten in dit opzicht te voorkomen, zijn onnodig en schieten zeker in de context van het onderhavige advies hun doel voorbij.

Ten aanzien van de wettelijk te garanderen aanspraken bepleit de commissie een beslissingssysteem conform 4 criteria: noodzakelijkheid, werkzaamheid, doelmatigheid en het criterium of de voorziening voor eigen rekening en verantwoording van de burger kan blijven. Duidelijk zal zijn dat met name de eerste vraag de moeilijkste is. De eerste aanzet die de commissie daartoe heeft gegeven, zal nog wel de nodige uitwerking en nadere studie vragen, met inbegrip van onderzoek naar gezondheidsverschillen als gevolg van sociaal-economische status en naar de vraag wat wel en wat niet tot de gezondheidszorg behoort. Deze aspecten zijn belangrijk om de vraag te kunnen beantwoorden of er sprake moet zijn van toegankelijkheid van bepaalde voorzieningen op basis van solidariteit. De vraag van het laatste criterium is evenmin steeds eenvoudig te beantwoorden. Een complex samenstelsel van factoren is daarop van invloed, naast de door de commissie genoemde maatschappelijke waarden en normen, zoals de substitutiegevoeligheid van

de voorziening, de beleidsprioriteiten, de vraag of gebruik van een voorziening op een persoonlijke keuze berust, et cetera.

SELECTIE EN WACHTLIJSTEN

De commissie verkiest prioriteitenstelling ten aanzien van beschikbaar te stellen voorzieningen boven rantsoenering, een uit een oogpunt van recht op gelijke toegankelijkheden tot gezondheidszorgvoorzieningen juiste benadering. Rantsoenering komt namelijk snel op gespannen voet te staan met het rechtsgelijkheidsbeginsel. Desondanks zal rantsoenering niet (steeds) te vermijden zijn bij feitelijke schaarste (organen, bepaalde geneesmiddelen) – waar niet is, verliest de keizer zijn recht. Het verdelingsvraagstuk op microniveau is dan in de meest indringende vorm aan de orde. Andere vormen van schaarste (personeel, geld) kunnen ook tot wachtlijsten en wachttijden leiden. Die vormen hoeven niet onaanvaardbaar te zijn, ze worden dit pas indien wachten leidt tot een voor de patiënt bedreigende situatie. Onaanvaardbare wachtlijsten vanwege dergelijke vormen van schaarste zouden in het nieuwe stelsel tot het verleden moeten behoren. De verwachting van de regering is dat door de verandering in het stelsel de financiële grenzen minder knellend worden (grotere flexibiliteit, substitutiemogelijkheden, meer keuzevrijheid voor de verzekerde, meer solidariteit). Voor infrastructurele schaarste moeten oplossingen worden gezocht, bijvoorbeeld door naar alternatieven om te zien, waarbij de mogelijkheden die de Europese Gemeenschap (EG) biedt nadrukkelijk betrokken moeten worden. Voorts zijn ten aanzien van de personeelsschaarste een slagvaardig opleidingsbeleid en goede arbeidsvoorwaarden vereist. Verzekeraars zullen in het toekomstige stelsel nadrukkelijk moeten worden aangesproken op hun plicht om zorg te dragen voor voldoende aanbod, om ondoelmatigheid en verspilling tegen te gaan en om een stringent indicatiebeleid te voeren (goed verzekeraarschap). Dit neemt niet weg dat wachtlijsten niet te vermijden zullen zijn. In navolging van gezondheidsrechtelijke literatuur bepleit de commissie dan ook in hoofdstuk 7 een objectief systeem voor toelating tot de wachtlijst (op basis van objectieve medische criteria), voor rangordeplaatsing binnen de wachtlijst en voor publieke toetsbaarheid daarvan. Ook is procedurele rechtsbescherming voor de patiënt nodig. Uitbreidingsmogelijkheden om knelpunten die via wachtlijsten zichtbaar worden op te heffen, moeten rechtvaardig worden verdeeld, zowel tussen sectoren van de gezondheidszorg, als binnen een zelfde sector. Om ongelijke behandeling te voorkomen, zijn naar mijn mening ook hier verdelings- en toewijzingscriteria nodig.

INNOVATIE

Ondanks de vele pleidooien van adviesorganen en in de literatuur voor een expliciet besluitvormingsproces met betrekking tot introductie van nieuwe technologieën, bestaat zulks alleen voor geneesmiddelen. Daarbij spelen met name de laatste tijd ook kostenoverwegingen een rol als het de vraag betreft of vergoeding ten laste van de wettelijke ziektekostenverzekeringen moet plaatsvin-

den. Aspecten die bij beleid met betrekking tot technologie in de gezondheidszorg onderzocht moeten worden, zijn met name de inzetbaarheid van de technologie (doelmatigheid, doeltreffendheid, veiligheid), de kosten en de (im)materiële baten, de mogelijke neveneffecten en de vraag of de technologie (in)direct tot juridische en (of) ethische problemen leidt. De commissie wijst in hoofdstuk 8 op het zwakke overheidsbeleid inzake innovatie en stelt ter verbetering van die situatie een aantal strategieën voor, waaronder sturing in een vroeg stadium van het innovatieproces, waar relevant in EG-verband. Ook wil de commissie meer prioriteit geven aan op care gericht onderzoek. Om maatschappelijke discussie over ethische en juridische aspecten te stimuleren, stelt de commissie de instelling van een soort landelijke ethiekcommissie voor, naar Frans model. Verdere voorstellen zijn sturing via de geldkraan ter voorkoming van ongewenst onderzoek, een registratieregime voor medische hulpmiddelen naar analogie met de geneesmiddelenregistratie (waarmee een onafhankelijke instelling belast zou moeten worden), het inzetten van het fonds Ontwikkelingsgeneeskunde bij beoordeling van doelmatigheidsvragen en het binden van zogenoemde industrie-trials aan registratie en andere voorwaarden.

Niet uit de verf komt de vraag hoe in de toekomst moet worden omgegaan met de huidige sturingsmogelijkheid die artikel 18 van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen biedt. Voor opname van nieuwe medische en medisch-technologische mogelijkheden in het verstrekkingspakket van de ziektekostenverzekering is uiteraard een expliciet besluitvormingsproces noodzakelijk. Doch is dit, te zamen met de andere door de commissie geformuleerde strategieën, voldoende? Is hier niet een nadere inhoudelijke analyse nodig van doelmatigheid en doeltreffendheid van het samenstelsel van voorstellen? Zo'n inhoudelijke analyse lijkt mij ook te ontbreken ten aanzien van het voorstel te komen tot een landelijke ethiekcommissie: wat is daarvan de toegevoegde waarde ten opzichte van bestaande mogelijkheden, waaronder met name de Gezondheidsraad en de Nederlandse Organisatie voor Technologisch Aspectenonderzoek (NOTA)? Een registratie-instantie voor medische hulpmiddelen zou wellicht zinvol kunnen zijn voor risicovolle middelen, maar dat moet dan wel in Brussel en niet in Den Haag worden aangekaart. Een soortgelijke kanttekening betreft de zogenoemde industrie-trials: het beleid terzake wordt niet meer nationaal maar op EG-niveau geformuleerd.

GEPAST GEBRUIK

De professionele autonomie en professionele verantwoordelijkheid vormen onderdeel van de professionele standaard. Ook in de arts-patiëntrelatie zijn grenzen aan de orde. Deze grenzen komen onder andere tot uitdrukking in bedoelde professionele standaard: zo heeft de patiënt geen recht op niet-geïndiceerde verrichtingen. De medische relevantie wordt primair beoordeeld door de arts, die daarbij de geldende medische standaard in acht neemt. Dat de vraag welke zorg aangewezen is voor een individuele patiënt door medisch-professionele normen wordt bepaald, neemt uiteraard niet weg dat de arts

verantwoording moet afleggen van zijn handelen in medisch-professioneel opzicht, in financieel opzicht en ten opzichte van de patiënt. Deelname aan kwaliteitsbevakende en -bevorderende activiteiten behoort tot de beroepslichten van de arts. Dit alles tast zijn professionele autonomie in de arts-patiëntrelatie niet aan.

De commissie stelt in hoofdstuk 9 uitdrukkelijk dat het voortouw bij vaststelling van datgene wat 'gepaste zorg' is bij de professie ligt. Hetzelfde geldt uiteraard ook voor het straks in de kwaliteitswetgeving op te nemen begrip 'verantwoorde zorg'. De aanbevelingen van de commissie gaan in de richting van 'accountability', protocollen, richtlijnen, formularia inzake gepaste zorg, en meer aandacht in de opleidingen voor economische, ethische, juridische en psychologische aspecten. Dit laatste is ook een van de aanbevelingen gedaan door een onlangs tijdens het Nederlandse EG-voorzitterschap gehouden informele conferentie van ministers van volksgezondheid van de EG over 'critical choices in health policy'. De voorstellen van de commissie met betrekking tot financiële prikkels in het verzekeringsstelsel om gepast gebruik van zorg te bevorderen, vormen ook een instrument.

SLOTBESCHOUWING

De commissie heeft met het advies een aantal strategieën aangereikt met betrekking tot aanspraken van verzekeren, de hantering van wachtlijsten, de toelating van medische technologie en het gepast gebruik van zorg. Baanbrekende nieuwe inzichten konden daarbij niet worden verwacht. Ook zijn bij het advies nog wel wat kritische kanttekeningen te plaatsen, waarvan hiervoor een enkele is aangegeven. Doch daar gaat het nu niet om. Het voornaamste is dat de discussie die in het begin van de jaren tachtig onder anderen door Leenen is aangewengeld over grenzen van de zorg, in het onderhavige rapport een soort culminatie heeft bereikt. Met dit rapport, dat een veelheid van tot dusverre in adviezen en literatuur ontvouwen gedachten over het onderwerp op een zinvolle wijze analyseert en rangschikt, is een nieuwe fase bereikt. Belangrijk is niet alleen dat de publieke discussie op gang komt, maar ook dat op onderdelen waar dit nu al mogelijk is, werkelijk tot actie wordt overgegaan, zoals ten aanzien van wachtlijsten en nieuwe technologie. Er blijft nog veel over voor nadere studie, zoals gezondheidsrechtelijk en -ethisch onderzoek met betrekking tot rechtvaardigheidstheorieën, gezondheidszorgonderzoek met het oog op het verschaffen van gegevens, en studie van de consequenties van de totstandkoming van de interne markt in het kader van de EG voor het vraagstuk van keuzen en prioriteiten in de gezondheidszorg en voor de positie van de patiënt. Het is te hopen dat het onderhavige advies een stimulans is voor alle betrokkenen hun eigen verantwoordelijkheid te nemen voor keuzen in de gezondheidszorg.

LITERATUUR

¹ Kiezen en delen; rapport van de commissie Keuzen in de zorg (Commissie Dunning). Rijswijk: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1991.

² Leenen HJJ. De verdeling van de schaarse middelen in de gezondheidszorg. Ned Tijdschr Geneesk 1991; 135: 904-8.

Aanvaard op 4 november 1991