

## *Toenemende ongelijkheid in de zorg door splitsing van medische indicaties en financiële verantwoordelijkheid*

L. BONNEUX

De medische zorg verschilt sterk van ziekenhuis tot ziekenhuis en van arts tot arts, terwijl de stand der wetenschap toch overal dezelfde is. Richtlijnen en standaarden worden daarom meer en meer een leidraad voor de medische praktijk. Richtlijnen hebben als voornaamste oogmerk het verbeteren van de klinische praktijk en brengen daartoe de beschikbare kennis over indicaties en werkzaamheid van behandelingen bijeen. Ze beogen tenminste de niet-werkzame therapieën te weren en de werkzame therapieën aan te moedigen.

Sinds kort worden er ook economische doelstellingen meegewogen in richtlijnen. Therapieën kunnen wel werkzaam zijn, maar zijn, gezien de verwachte baten, soms erg kostbaar. Daarnaast groeien de medische mogelijkheden sneller dan de beschikbare budgetten. In zijn recente (concept)richtlijnen over cholesterolverlaging en hypertensie voerde het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO (CBO) heel expliciet kosteneffectiviteitanalysen op.<sup>1-3</sup> De Nederlandse huisartsen nemen deze richtlijnen grotendeels over in hun standaarden voor behandeling.<sup>4</sup> Dit is niet zo vanzelfsprekend. Er wordt voor gepleit om de doelmatigheid (dat is de kosteneffectiviteit) van therapieën los te koppelen van de werkzaamheid. De zorgverlener doet dan wat medisch verantwoord is, volgens de medische richtlijn – een andere instantie beslist wat maatschappelijk verantwoord is, volgens een gescheiden financiële richtlijn. Ook de rechter schijnt er zo over te denken: de professionele standaard staat los van beschouwingen over doelmatigheid;<sup>5</sup> ik citeer: ‘Het goed hulpverlenerschap moet steeds gewaarborgd blijven. Als dat financiële problemen oproept, moeten die op een andere wijze worden opgelost’ (bladzijde 2630).<sup>5</sup>

Maar kunnen werkzaamheid en doelmatigheid wel gescheiden worden? Ja, dat kan, maar enkel ten koste van toenemende ongelijkheid.

**CHOLESTEROLREMMERS: EEN SPREKENDE CASUS**  
Cholesterolremmers (statinen) zijn zeer werkzaam, hebben nauwelijks noemenswaardige bijwerkingen, maar zijn wel heel prijzig.<sup>2</sup> Het is nagenoeg onbetaalbaar om ze voor te schrijven voor ieder die er baat bij heeft. Door de grote prevalentie van een verhoogde serumcholeste-

---

Zie ook het artikel op bl. 1662.

---

rolconcentratie wordt het relatieve schaarsteprobleem nu relevant voor bijna iedereen.

Statinen zijn effectief gebleken bij een waarde van totaal cholesterol > 5 mmol/l en bij ieder risiconiveau waarvoor ze ooit getest zijn.<sup>1</sup> Ze doen de belangrijkste doodsoorzaak (coronaire hartziekten) met ongeveer 30% afnemen en zijn dus buitengewoon werkzaam. Meer dan de helft van alle volwassen Nederlanders heeft een waarde van totaal serumcholesterol > 5,0 mmol/l,<sup>6</sup> en heeft dus baat bij behandeling. Per persoon zijn per jaar voor de behandeling f 1000,- tot f 1800,- nodig, hetgeen betekent dat in totaal meer dan het huidige budget voor farmaceutische hulp (ongeveer 6 miljard gulden) zou opgaan aan statinen.<sup>2</sup>

*Medicalisering.* Dit wil men niet en daarom wordt het gebruik van statinen gerantsoeneerd. De Nederlandse consensusrichtlijnen betreffende behandeling met statinen vermelden dat kostprijzen de belangrijkste overweging waren om grenzen te stellen, maar dergelijke behartenswaardige duidelijkheid is uitzonderlijk.<sup>1,7</sup> Het idee dat gezondheid geen prijs mag hebben, is nog steeds sterk aanwezig, al wordt het niet meer zo sterk naar voren gebracht. Wanneer men zich ziet geplaatst voor het onvermijdbare probleem dat te veel mensen baat kunnen vinden bij een te dure behandeling, wordt meestal een stroman ingezet: het gevaar van medicalisering. ‘Veel gezonde personen zullen vele jaren medicijnen moeten nemen, met afnemende baten naarmate de voorafkans op een hartziekte lager is.’ Dat is juist, maar wie bepaalt wanneer de baten te gering zijn, en op welk gezag? Ter vergelijking: meer dan 80% van alle Nederlandse vruchtbare vrouwen kan onbevreesd vrijen dankzij de medische technologie die verhindert dat zij zwanger worden. Als de maatschappij zich hier al vragen over stelt, zijn het vooral vragen hoe wij de rest van de vrouwen in de wereld toegang kunnen verlenen tot deze toch zeer indrukwekkende medicalisering. De ene persoon tolereert een hoger risico dan de andere: wie bepaalt welke drempel wij moeten hanteren? Een daling van 30% in de coronaire hartsterfte betekent een gemiddelde daling van de totale sterfte met altijd meer dan 10% in groepen met meer dan het gemiddelde risico op hartziekte. Dat is buitengewoon veel. Ter vergelijking: de meest werkzame vorm van vroege opsporing, borstkankerscreening bij vrouwen, laat de totale sterfte naar ver-

---

Erasmus Universiteit, Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg, Postbus 1738, 3000 DR Rotterdam.  
Dr.L.Bonneux, arts-epidemioloog (bonneux@mgz.fgg.eur.nl).

wachting met niet meer dan 0,5% afnemen. Indien wij de mate van bewijskracht en de verwachte gezondheidswinst voor behandeling met statinen volgens de CBO-richtlijnen als gouden standaard voor een 'aanvaardbaar' niveau van medicalisering hanteren, wordt het heel erg rustig in de preventieve gezondheidszorg.

'Medicalisering' is een te vaag begrip, dat een onduidelijke lading dekt en niet bruikbaar is om dit soort grenzen af te bakenen. Het bevat een impliciet kostenargument, dat beter expliciet kan worden gemaakt en moet worden gekwantificeerd. Dat wil echter niet zeggen dat men dan tot een besluit kan komen.

#### BOTSENDE WAARDEN

Kosten en baten zijn onvoldoende om te beslissen. Om het met een platitude te zeggen: geld is niet de enige waarde in het leven, evenmin als gezondheid. Er zijn andere waarden en die zijn nooit helemaal met elkaar te rijmen. De 3 belangrijkste waarden in dit spel zijn vrijheid, nut (baten) en rechtvaardigheid (gelijkheid).

*Vrijheid en nut.* In de ideale vrije markt onderhandelt de persoon met de arts. Hij of zij koopt informatie van de arts en op basis van deze informatie beslist hij waar hij het meeste baat bij heeft. Tegenover de kans op risicoreductie en de gemiddelde levenswinst die hij daarvoor kan verwachten staan de kosten van de behandeling. De prijs voor een levensjaar gewonnen met statinen varieert van redelijk goedkoop (de secundaire preventie bij bekende hart-/vaatpatiënten met een matig verhoogde serumcholesterolwaarde kost minder dan f 20.000,- per gewonnen levensjaar) tot vreselijk duur (bij gezonde 40-jarige vrouwen met enkel een sterk verhoogde cholesterolwaarde zijn de verwachte baten 20 keer zo laag). De cliënt besteedt welstand voor welzijn ('wealth for health'): op basis van zijn persoonlijke voorkeur en middelen beslist de cliënt of de verwachte gezondheidswinst de kosten waard is of niet, en indien de beslissing positief is, betaalt hij of zij de behandeling.

*Rechtvaardigheid.* De individuele persoon heeft zijn individueel nut gemaximaliseerd. De vrijheid van keuze was maximaal. Maar dit gaat ten te koste van rechtvaardigheid. Minderbedeelden kunnen zich de dure behandelingen niet veroorloven. Vele gemeenschappen, waaronder de Nederlandse, vinden ongelijkheid in de gezondheidszorg weinig aanvaardbaar. Daarom wordt het financiële risico gespreid, uit overwegingen van maatschappelijke solidariteit. Behalve met een eigen bijdrage wordt in de kosten voorzien met (vooral) de ziektekostenverzekering en (een beetje) met belastingen. Deze gemeenschapskas is niet onuitputtelijk. Als de individuele arts en de individuele patiënt zich beroepen op de bewezen werkzaamheid, en als het aanbod van effectieve technologie de draagkracht van dit gemeenschappelijk bezit te boven gaat, wordt dit bezit uitgeput.

#### SPLITSING VAN VERANTWOORDELIJKHEID; TOENEMENDE ONGELIJKHEID

Als de verantwoordelijkheid gesplitst wordt in een medische en een maatschappelijke, ontstaat er onvermijdelijk een toenemende ongelijkheid. De zorgverlener le-

vert enkel de beste medische diensten, maar de rentmeester moet de inhoud van de kas bewaken. In een stijgend aantal gevallen zal de arts dan een behandeling aanraden die de rentmeester weigert te betalen. De arts is van een lastige verantwoordelijkheid verlost, maar ten koste van een belangrijk deel van de medische beslissing. Die wordt uitbesteed aan een derde instantie die geen raad weet met het individuele geval. Het betreft hier steeds dure behandelingen, die minderbedeelde patiënten niet uit eigen zak kunnen financieren. Uit naam van het goede hulpverlenerschap kan de goede arts dus de goede zorg niet alleen niet verlenen, hij moet ook nog de armlastige patiënt frustreren. De patiënt heeft vrije toegang tot alle werkzame behandelingen, maar alleen als hij ze gefinancierd kan krijgen.

#### DEMOCRATISCH BESLISSEN

Rantsoenering van dure zorg wordt met de dag noodzakelijker. De cholesterolverlagers zijn daar een sprekend voorbeeld van. Keuzen worden steeds gemaakt tussen waarden, en er is terecht opgeroepen tot een breed maatschappelijk debat over de te vormen waardeoordelen.<sup>8,9</sup> Een consensusgroep met alle belanghebbende actoren (inclusief vertegenwoordigers van patiënten en beleidsmakers) geeft daarbij waarschijnlijk de beste weergave van een goed geïnformeerd maatschappelijk debat. De richtlijnen die zo in samenspraak ontstaan, zijn gebaseerd op het afwegen van het individuele en het maatschappelijke belang. Ze zijn een onvermijdelijk compromis tussen de genoemde waarden vrijheid, nut en gelijkheid. Wij willen met een zeker budget zoveel mogelijk gezondheid kopen. Wij willen die gezondheid zo gelijk mogelijk verdelen. En wij willen de autonomie en de vrijheid van keuze van de persoon zoveel mogelijk bewaren, met respect voor de individuele variatie in ziekte, risico en omgang met dat risico. Het is evident dat geen enkele wiskundige formule hier hulp kan bieden, en dat deze richtlijnen slechts geldig kunnen zijn als ze voortkomen uit een breed pluralistisch debat tussen (para)medici, patiënten en beleidsmakers. Dit is de enige mogelijkheid om zoveel mogelijk recht te doen aan zowel het individuele als het maatschappelijke standpunt. De dubbele standaard met enkel oog voor de individuele baten schaadt daarentegen onvermijdelijk het maatschappelijke belang, en omgekeerd.

Geneeskunde is geen exacte wetenschap en richtlijnen hebben dan ook nooit de status van een natuurwet. Ze moeten met verstand van zaken worden geïnterpreteerd en desnoods overschreden. In hoeverre richtlijnen de basis kunnen of zullen vormen van betaling van kosten door de gemeenschap is daardoor verre van duidelijk, zeker in een wereld met vervagende grenzen. Maar de medische technologie blijft toenemen: zonder regels en richtlijnen komt de verzekeraarbaarheid van de zorg in gedrang. Ieder systeem dat gebaseerd is op het solidariteitsbeginsel, functioneert slechts door deze solidariteit. Het sociale financieringssysteem van de gezondheidszorg zoals de meeste Europese landen dat kennen is geen vanzelfsprekende verworvenheid.

Aan de andere kant hebben ook de patiënt en de ge-

meenschap een verantwoordelijkheid tegenover de arts. De arts die de richtlijnen volgt, conformeert zich aan de consensus. Hij kan bijgevolg juridisch niet verantwoordelijk worden gesteld voor het feit dat hij niet bereid is het goede rentmeesterschap uit het oog te verliezen. Hier ligt een duidelijke taak voor de wetgever. Het is een nieuw feit dat er aantoonbaar meer technologische mogelijkheden voor preventie en zorg beschikbaar zijn dan wij kunnen of willen betalen. De wetgeving moet aan dit nieuwe feit aangepast worden, omdat de goede arts, die oog heeft voor alle patiënten, ook de minderbedeelden, in een juridisch vacuüm dreigt te belanden.

In dit artikel zijn veel tips, commentaren en adviezen voor eerdere versies verwerkt, in het bijzonder van mw.dr.s.van de Vathorst, medisch ethicus, prof.dr.P.J.van der Maas, arts-epidemioloog, en drs.J.J.Polder, gezondheidseconoom.

---

#### ABSTRACT

*Increasing inequality in health care by separating medical indication from financial responsibility.* – Guidelines for clinical practice have as their primary aim to improve that practice. However, the increasing flow of medical technology threatens to exhaust the financial reserves. There is now an undeniable conflict between what can be done and what can be paid for. This leads to a conflict between the responsibility of the caregiver for the individual patient and for society. Either available care is denied or health insurance is ruined. This inevitably leads to increasing inequality: only the better off can afford a therapy which is effective but not efficient. The individuals

right to health care can never entirely be reconciled with the societal imperative for a more just distribution of financial resources. Guidelines which are a result of a bargain between all stakeholders are therefore more just: they are a compromise between the rights of the individual and those of the society. The legal status of guidelines should be reinforced.

---

#### LITERATUUR

- 1 Simoons ML, Casparie AF. Behandeling en preventie van coronaire hartziekten door verlaging van de cholesterolconcentratie; derde consensus 'Cholesterol'. Ned Tijdschr Geneeskd 1998;142:2096-101.
- 2 Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO (CBO). Behandeling en preventie van coronaire hartziekten door verlaging van de plasmacholesterolconcentratie. Utrecht: CBO; 1998.
- 3 Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO (CBO). Herziening Consensus Bloeddruk, conceptrichtlijn. Utrecht: CBO; 1999.
- 4 Laan JR van der, Thomas S. Samenvatting van de standaard 'Cholesterol' (eerste herziening) van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Ned Tijdschr Geneeskd 2000;144:421-7.
- 5 Gevers JKM, Biesart MCIH. Medische beslissingen, kostenoverwegingen en richtlijnen voor medisch handelen; kanttekeningen vanuit het recht. Ned Tijdschr Geneeskd 1999;143:2629-32.
- 6 Verschuren WMM. Serum cholesterol. In: Maas IAM, Gijzen R, Lobbezoo IE, Poos MJJC, redacteuren. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. Bilthoven: RIVM; 1997. p. 647-53.
- 7 Casparie AF, Hout BA van, Simoons ML. Richtlijnen en kosten. Ned Tijdschr Geneeskd 1998;142:2075-7.
- 8 Stehouwer CDA. Beleidsadviezen aan artsen en economische overwegingen daarbij; verdiensten en bezwaren. Ned Tijdschr Geneeskd 1999;143:776-8.
- 9 Smith R. Stumbling into rationing. A national debate on values is needed to sustain the NHS. BMJ 1999;319:936.

Anvaard op 4 juli 2000

---

## Vermenging van medische en maatschappelijke verantwoordelijkheden ongewenst

J.K.M.GEVERS

De maatschappelijke realiteit dwingt ertoe dat in de gezondheidszorg meer dan voorheen met de kosten van zorg rekening wordt gehouden. Dat geldt ook voor medische interventies. Hoe moet men hieraan vorm geven? Bonneux pleit elders in dit tijdschriftnummer ervoor de medisch-inhoudelijke verantwoordelijkheid en de maatschappelijke verantwoordelijkheid voor de besteding van schaarse middelen bij elkaar te brengen.<sup>1</sup> Richtlijnen dienen in zijn optiek de consensus vast te leggen betreffende een compromis tussen maatschappelijke (economische) belangen en individuele (medische) belangen. Het maatschappelijk debat dat daarvoor nodig is kan in de consensusgroep plaatsvinden, die daarvoor een brede samenstelling moet hebben. Zijn belangrijkste argument is dat een andere benadering, waarbij de verantwoordelijkheden gescheiden worden gehouden, zou leiden tot

---

Zie ook het artikel op bl. 1660.

een tweedeling in de zorg. Artsen zouden dan behandelingen kunnen gaan aanbevelen waarvoor medisch weliswaar goede redenen zijn, maar die niet vergoed worden en vervolgens niet door alle patiënten betaald kunnen worden. Vooropgesteld zij dat het voorkomen, of liever het zoveel mogelijk tegengaan, van een dergelijke tweedeling in de zorg een doel is dat ondersteuning verdient. Niettemin verdient de door Bonneux uitgestippelde weg naar mijn mening geen bijval. In de eerste plaats voorkomt zij de tweedeling niet; voorts zijn er aanzienlijke bezwaren aan verbonden die door hem niet besproken worden.

*Geen tweedeling, wel discrepanties.* De term 'tweedeling in de zorg' heeft onmiskenbaar retorische lading. Van een werkelijke tweedeling (in de zin dat er een wezen-

---

Academisch Medisch Centrum/Universiteit van Amsterdam, afd. Sociale Geneeskunde, Meibergdreef 15, 1105 AZ Amsterdam.  
Prof.mr.J.K.M.Gevers, jurist.