

Overvloed, schaarste en onbehagen: over een onmogelijke vraag

■ FRANK HUISMAN

DE VRAAG die centraal staat in dit cahier is een even ongemakkelijke als onmogelijk te beantwoorden vraag. Toch werpen we hem op, en putten we ons uit in het vinden van een antwoord. Het is geen toeval dat we deze vraag juist nu stellen. De moderne gezondheidszorg wordt geconfronteerd met nieuwe problemen, die uniek zijn voor onze tijd. De gezondheidszorg is in transitie. Wat is er, vergeleken met eerdere perioden, veranderd?

Christelijke moraal

De financiële dimensie van het medisch handelen heeft altijd al iets ongemakelijks gehad, vanwege het verwijt dat de arts verdient aan het lijden van een medemens. Die spanning wordt mooi uitgedrukt in het schildergenre 'De vier gedaanten van de arts', waarvan Museum Boerhaave in Leiden twee series bezit. Vier schilderijen tonen de fasen die de ontmoeting tussen arts en patiënt in de loop van een behandeltraject doorloopt. Steeds verschijnt de arts aan ons in een andere gedaante.

Op het eerste schilderij zien we de arts als Christus: het is het moment waarop de patiënt in grote nood verkeert, hevige pijn lijdt, en de wanhopige familie een consult heeft ingeroepen. Men kijkt uit naar de komst van de arts, die wordt begroet als heilbrenger.

Op het tweede schilderij staat de arts afgebeeld als engel: het is het moment waarop de genezing inzet en de grootste paniek is geweken.

Op het derde staat de arts als mens: de patiënt verheugt zich over zijn genezing en ziet de arts als ieder ander mens.

Dat verandert op het moment waarop de arts, op het laatste doek, de rekening presenteert: dan wordt hij afgebeeld als duivel. Het vragen om geld voor genezing wordt gezien als onethisch, ja zelfs als duivels. Toch moet de arts ook leven, en hij heeft recht op een vergoeding voor zijn inspanningen.

Voor de ongemakkelijke transactie tussen arts en patiënt is daarom het mooie woord 'honorarium' gereserveerd. Het gaat daarbij om een verering van de arts door de patiënt, niet om een zakelijke transactie in de banale, alledaagse zin.

De schilderijenseries zijn natuurlijk in hoge mate normatief. Enerzijds drukken ze uit dat het onbehoorlijk is wanneer een arts aan zijn humanitaire hulp verdient, anderzijds verwijzen ze naar het mysterie van leven en gezondheid, dat een geschenk is van God, en dus niet in geld uit te drukken. Het wordt daarom aan de discretie van de patiënt overgelaten op welke wijze hij zijn arts wil vereren.

Historische ontwikkeling

Zo warm en idealistisch is het er in de zorg nooit aan toe gegaan, zij het dat veel artsen vroeger aan arme mensen lang niet altijd een rekening voor hun diensten presenteerden. Zoals ik al zei: de schilderijen zijn normatief en drukken een grondhouding uit. Vanuit die houding is in de 19e en 20e eeuw altijd hard gestreden voor de financiële toegankelijkheid van de zorg, en voor verdelende rechtvaardigheid in de zorg. In hun onderhandelingen zochten artsen, patiënten, overheid en verzekeraars met elkaar naar een voor alle partijen aanvaardbaar evenwicht tussen de sociale doelstellingen in de samenleving en de financiële houdbaarheid van het stelsel. Enerzijds deed men een beroep op de individuele verantwoordelijkheid van burgers, anderzijds gold het principe van maatschappelijke solidariteit.

In het derde kwart van de 20^e eeuw leek die situatie te zijn bereikt. In de jaren zestig beleefde de



In 'De vier gedaanten van de arts' verschijnt de arts als de duivel wanneer hij vraagt om een betaling voor zijn werk.

Nederlandse welvaartsstaat haar hoogtepunt. In de financiering van de zorg was een mix van private en publieke elementen ontstaan waar alle partijen zich goed in konden vinden.

Echter, in de jaren zeventig zette op alle terreinen van het maatschappelijk leven een kentering in, ook op dat van de gezondheidszorg. Het besef groeide dat de geneeskunde steeds duurder werd, terwijl de uitgaven niet altijd leidden tot evenredige verbeteringen van de zorg. Er ging meer geld dan ooit naar medisch-wetenschappelijk onderzoek, er waren meer mensen dan ooit werkzaam in de zorg, maar de zorg dreigde onbeheersbaar en onbetaalbaar te worden. Daaraan diende men paal en perk te stellen.

Na maatschappelijke herbezinning en politieke debatten in de jaren tachtig volgde een stortvloed aan wetgeving in de jaren negentig, die beoogde dat

te doen. De Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) beschouwde de ontmoeting tussen arts en patiënt voortaan als een zakelijke transactie tussen een dienstverlener en een consument, met alle rechten en plichten voor beide partijen van dien. Uit dezelfde tijd dateren ook de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen, de Wet klachtrecht cliënten zorgsector, de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen.

Tien jaar later, in 2006, volgde de Wet marktordening gezondheidszorg. Deze wet beoogde de doelmatigheid van de zorg te bevorderen door marktwerking te introduceren: voortaan zou de patiënt ook in economische zin een consument zijn, die zich zelfbewust en proactief beweegt op een transparante gezondheidsmarkt. De interactie tussen vraag en aanbod op de medische markt was voortaan de belangrijkste dynamiek in de zorg. Velen betreuren deze juridisering en economisering van de zorg, maar ze lijken het enig mogelijke antwoord op de nieuwe uitdagingen van onze tijd. Wat is er precies veranderd?

Inkeer

In zijn tot nadenken stemmende boek *The rise and fall of modern medicine* stelt de Britse medicus en journalist James Le Fanu de vraag: hoe is het mogelijk dat de moderne geneeskunde, na vele indrukwekkende doorbraken te hebben beleefd, nu is beland in een soort crisis, een situatie die wordt gekenmerkt door allerhande paradoxen en perversiteiten?

De 'Gouden Eeuw van de Geneeskunde' begon met de ontdekking van de penicilline in de jaren 1940, en eindigde zo'n dertig jaar later. Na die eerste doorbraak zouden nog vele andere volgen, waaronder de introductie van medicijnen zoals cortisonen, streptomycine en chloorpromazine; de invoering van de hart-longmachine die openhart-

Hoe kunnen de schaarse middelen optimaal worden ingezet?

operaties mogelijk maakte, orgaantransplantatie, en de succesvolle preventie van hart- en vaat-aandoeningen. Tezamen brachten ze een therapeutische revolutie teweeg die haar weerga in de geschiedenis niet kent. Ze hebben de verwachting gewekt dat het vermogen van de wetenschap onbeperkt is en dat we elke ziekte kunnen begrijpen en genezen – als we maar genoeg onderzoek doen.

Dit grenzeloze vertrouwen in het probleemoplossend vermogen van de wetenschap is echter onterecht, aldus Le Fanu. Het bijzondere aan de doorbraken uit de ‘Gouden Eeuw’ is namelijk dat ze niets met elkaar gemeen hadden. Er lag geen samenhangend wetenschappelijk programma aan ten grondslag. De ontdekkingen waren in veel gevallen ‘een cadeautje van de natuur’, met andere woorden: het resultaat van geluk of toeval.

Hoewel dat natuurlijk niets afdoet aan de geweldige bijdrage die ze hebben geleverd aan de gezondheidswinst, is het een belangrijk inzicht. Door de torenhoge verwachtingen van de wetenschap zijn de uitgaven enorm gestegen. Maar doordat er volgens Le Fanu geen doordachte, programmatische aanpak is, wordt veel van dat geld verspild. De wrange conclusie is dat die enorme uitgaven weliswaar hebben geleid tot gezondheidswinst, maar evenzeer tot schaarste in de zorg en een toenemend gevoel van onbehagen bij zowel artsen als patiënten.

Verdeling

In de jaren tachtig werden allerlei initiatieven ontplooid om deze trend te keren. Wat is goede zorg? Hoe kunnen de schaarse middelen optimaal worden ingezet? Hoe kan een rechtvaardige verdeling in de zorg worden georganiseerd? Twee beroemd geworden commissies – onder voorzitterschap van respectievelijk Ad Dunning (rapport ‘Kiezen en delen’) en Els Borst (rapport ‘Medisch handelen op een tweesprong’) – hebben zich over deze vragen gebogen. De eerste introduceerde de bekende ‘trechter van Dunning’ (zie ook hoofdstuk

4), terwijl de tweede alle heil verwachtte van de introductie van ‘*evidence-based medicine*’.

Dat geen van beide tot een blijvende oplossing heeft geleid, hoeft ons niet te verbazen als we bedenken dat er geen regie is in de gezondheidszorg. Wouter Bos, oud-minister van Financiën en oud-vicepremier, en thans bestuursvoorzitter van het VU medisch centrum, heeft hierover ooit gezegd: ‘Nergens in de publieke sector zijn we zo slecht in staat de kosten in de hand te houden als in de gezondheidszorg’. Artsen, noch wetten en protocollen, noch marktwerking zijn in staat gebleken dit domein op een bevredigende manier te reguleren.

De vraag wat een mensenleven waard is, is dan ook niet te beantwoorden. Het gemakkelijke, onnadenkende, antwoord is: ‘heel veel’ of zelfs: ‘alles’. Maar aangezien de gezondheidszorg een elastische markt vormt, die zowel door de vraag als door aanbod gestuurd wordt, leidt dat tot een grote en steeds verder groeiende aanspraak op beperkte middelen. Die middelen moeten we zo eerlijk mogelijk verdelen, en juist daar doemen de problemen op.

Terwijl de zieke mens voorheen meer geneigd was zich te schikken naar het oordeel Gods – waarvoor men troost en bijstand zocht bij pastoor en dominee – reageert de patiënt tegenwoordig minder berustend. In onze geseclariseerde tijd wordt het leven beschouwd als maakbaar, en voor het herstel van de gezondheid moeten alle beschikbare middelen worden ingezet – waarmee de cirkel rond is.

Een stelsel waarin we alle ziekte, gebrek of sterven verwerpen en een langer, beter leven niet zien als een geschenk maar als een recht, zal niet lang standhouden. De aanspraken van de enkeling op alle zorg zijn dan immers in principe onbeperkt. Misschien is de grootste wijsheid erin gelegen de gebreken en de eindigheid van het leven te aanvaarden. De vraag is echter: wie is bereid dat te doen?