

**VAN**  
DOKTER IK HEB OOK  
IETS TE ZEGGEN  
**NAAR**  
MINISTER IK HEB OOK  
IETS VOOR TE STELLEN

# KEUZES IN DE GEZONDHEIDSZORG: KIEZEN ÉN DELEN

WERKGROEP KEUZES IN DE GEZONDHEIDSZORG

TREKKER: INGE VERVOTTE

LEDEN: LOUIS FERRANT, PAUL VAN ROYEN, WIM DISTELMANS,  
HERMAN NYS, YVO NUYENS

De geneeskunde en de gezondheidszorg hebben de voorbije decennia een spectaculaire vooruitgang gekend op wetenschappelijk en technologisch vlak. Die zet zich ook onverminderd door. Het menselijk genoom werd ontrafeld. Ontwikkelingen in de moleculaire biologie en de nanotechnologie leveren een groeiend arsenaal op aan therapeutische mogelijkheden en brengen de *bionische of maakbare mens* almaar dichterbij.

Maar niet alles wat wetenschappelijk-technisch kan, is ook maatschappelijk of ethisch verantwoord en verdedigbaar.

Van een andere orde maar even prangend is de vraag naar de financiële haalbaarheid van alles wat nu technisch mogelijk is gemaakt. Het Nederlandse Planbureau berekende dat de kosten van de gezondheidszorg zouden stijgen tot 30 procent van onze welvaart (bbp) als men alles beschikbaar en toepasbaar zou maken van wat vandaag kan. Dat is niet realistisch.

Keuzes en maatschappelijk debat dringen zich dus op, om ethische en om budgettaire redenen.

Hoeveel willen we betalen voor de zorg? Hoeveel is de maatschappij bereid te betalen voor het winnen van een kwaliteitsvol levensjaar? Is prijs het belangrijkste doorslaggevende criterium of dienen andere waarden mee te spelen? Ofschoon de financiële en budgettaire overwegingen ook belangrijk zijn, gaat het hier niet in eerste instantie om een economisch debat, maar wel om een maatschappelijk en een ethisch debat.

In dat debat over noodzakelijke keuzes in de gezondheidszorg, schuiven we drie centrale waarden naar voor.

1. **Relevantie:** de gezondheidszorg moet beantwoorden aan reële zorgbehoeften in de maatschappij. De noden van gebruikers, wetenschappelijke inzichten, het algemeen belang en beleidsprioriteiten dragen bij tot het bepalen van de relevantie van zorg. De bepaling van relevante zorg is daarom contextueel en tijdsgebonden.
2. **Kwaliteit:** zoeken naar een permanente kwaliteitsbevordering en kosteneffectiviteit hangen samen. Deze efficiëntie kan enkel bereikt worden door een wetenschappelijke analyse van het medisch nut en de effectieve kost van gezondheidszorginterventies.
3. **Rechtvaardigheid of kansengelijkheid (equity).** Dit vergt een gelijke en drempelloze toegang tot de gezondheidszorg alsook het werken aan gelijke kansen op een gezond leven voor elkeen.

Hoe vertalen deze drie waarden zich bij de zorgverleners en vooral bij de zorggebruikers? Wij houden een aantal ontwikkelingen tegen het licht van die drie waarden.

## Een gezonde gezondheidszorg

Recente nationale en internationale onderzoeken bevestigen dat de Vlaming erg tevreden is met de huidige gezondheidszorg.

We zijn bereid aan dit gezondheidszorgsysteem almaar meer middelen ter beschikking te stellen. Tegelijkertijd stellen we hogere eisen aan de zorg. Hogere opleiding en bredere toegang tot informatie (internet) leveren immers meer mondige burgers en patiënten op. Bovendien maken we niet enkel gebruik van de

gezondheidszorg als we al of niet ernstig ziek zijn. We richten ons ook tot de zorg als we ons goed willen voelen. De definitie van gezondheid verbreedt zo bijna tot die van geluk.

Het persoonlijk geluk is evenwel dermate subjectief en contextueel dat het niet als een onderdeel van de gezondheidszorg beschouwd kan worden. Gezondheidszorg heeft niet tot doel het persoonlijk geluk te bevorderen maar wel het handhaven en verbeteren van onze gezondheid.

## Zoveel meer voor je geld

Dank zij technologische revoluties in de gezondheidszorg komen steeds meer onderzoeken en behandelingen beschikbaar. Nieuwe technologieën maken het niet enkel mogelijk om meer ziekten te behandelen maar ook om ze op te sporen. De laatste 15 jaar hebben we de genetische code kunnen kraken en lezen. We kunnen ziekmakende genen identificeren en maken geneesmiddelen op maat die naadloos aansluiten op genetische defecten.

Als we genetische fouten vinden, betekent dit nog niet dat je ziek bent. Spreken we dan van gezonde zieken of van een ziekelijke gezondheidsdrang? Het behandelen van een ziekte ten gevolge van een genetisch defect blijft soms beperkt tot het meedelen van een duidelijke diagnose. Als deze trend zich doorzet, spreken we in de toekomst niet langer meer van zieken maar van personen voorlopig zonder diagnose. Leidt geneeskunde op maat niet tot de maat van de best behandelbare en dus het grootste aantal patiënten? Zullen de geneesmiddelen van de toekomst voor een kleinere groep mensen (bv. in geval van zeldzame ziektes) en dus veel duurder zijn?

De vraag naar relevantie mag hier inderdaad niet leiden tot een tweedeling tussen wat in een oppervlakkige analyse enerzijds het maatschappelijk belang zou dienen en anderzijds het individueel belang van enkelingen. Dit zou een gevaarlijk spoor zijn omdat het in tegenspraak zou zijn met de waarde van rechtvaardigheid en meer specifiek die van solidariteit.

## Vele tinten grijs

De medisch-technologische revoluties in de zorg duwen heel veel gezondheidsproblemen naar een latere levensfase. Bovendien is er sprake van een dubbele vergrijzing: het aantal ouderen neemt toe en die ouderen leven langer. Minder snel overlijden doet evenwel de kansen op multimorbiditeit toenemen waarin voornamelijk chronische ziekten een rol gaan spelen. Kanker illustreert dit op een treffende wijze.

Tegelijkertijd leven we in een steeds complexere maatschappij waarin een groeiend aantal mensen een beroep moet doen op zorg om zich te kunnen handhaven. De geestelijke gezondheidszorg poogt een antwoord te bieden op de recente tsunami aan psychisch leed en psychiatrische stoornissen, waarvan een groot aantal van chronische aard is.

Deze ontwikkelingen worden verder gehypothekeerd door een sociaal erg ongelijke spreiding van zowel fysieke als psychische, chronische ziekten. Ook inzake gezondheid hebben kansarme groepen minder kansen. Arm maakt ziek en ziek maakt arm.

De waarde ‘rechtvaardigheid’ of ‘kansengelijkheid’ of ‘equity’ wordt hier zwaar op de proef gesteld. Een nieuw chronisch zorgmodel is hier echt nodig.

## Leef zoals je wil

Gezondheid is ons hoogste goed. Zolang er geld is om die gezondheid te kopen, zullen we dat ook doen. Maar dat we geld willen uitgeven aan de zorg, wil nog niet zeggen dat we bereid zijn om meer geld te geven aan de zorg voor anderen. De toenemende multiculturaliteit en de groeiende inkomensongelijkheid zetten de solidariteit verder onder druk.

Hoeveel meer geld we willen geven aan zorg voor anderen hangt af van de mate van solidariteit die aanwezig is in de samenleving. Een gezondheidszorg op maat is echter duur, zo duur dat het solidaire ziektesysteem onder druk komt te staan. Maar precies omdat ongelijkheid in welzijn en gezondheid een sociale gradiënt vertoont, moet een universele benadering het uitgangspunt zijn. Een universeel beleid waar een selectief of doelgroepenbeleid aan gewezen wordt, is proportioneel universalisme.

Dit staat evenwel haaks op de opvatting dat wie niet voldoende heeft bijgedragen tot het spijzen van de sociale zekerheid ook geen recht heeft om te genieten van alle voordelen van de gezondheidszorg. Wat dan weer in duidelijke conflict komt met de waarde van solidariteit.

## Is kiezen verliezen?

Wanneer en onder welke voorwaarden verliest wie? Het antwoord is duidelijk: kinderen die reeds vanaf hun geboorte met ongelijke kansen op gezondheid aan de start komen; volwassenen met een lage opleiding, een ongezonde levensstijl en een beperkt inkomen; gehandicapten maar ook ouderen die omwille van hun chronische ziekten onder de armoedegrens dreigen te vallen. Willen wij dat? Willen wij een maatschappij waar de toegang tot de gezondheidszorg afhankelijk is van leeftijd, levensstijl, inkomen en chroniciteit van de aandoening? En waar bovendien de toegang tot gezondheid ongelijk verdeeld ligt? Het antwoord hangt nauw samen met de waarden die men centraal stelt.

Relevantie, kwaliteit en rechtvaardigheid veronderstellen een gezondheidssysteem met gelijke toegang tot een breed en inclusief pakket van kwalitatieve en betaalbare basiszorg voor iedereen.

## We kunnen niet niet kiezen

Indien we een rechtvaardig gezondheidssysteem willen behouden dat een kwaliteitsvol antwoord biedt aan de essentiële zorgbehoeften, moeten we keuzes maken voor maar ook binnen deze zorg. De stijgende kosten in de gezondheidszorg moeten ergens opgevangen worden. Geld dat wordt besteed aan gezondheidszorg kan niet worden besteed aan bijvoorbeeld onderwijs, cultuur of veiligheid.

Binnen de zorg zou men resoluut kunnen kiezen voor een sterkere uitbouw en een beter financieel ondersteunde preventie. Door bijvoorbeeld breed te investeren in de eerste levensjaren van kinderen uit kansarme

gezinnen, kan men tot een gezondheidswinst komen die een aantal kosten op lange termijn zal vermijden. Op die manier zouden de drie waarden van relevantie, kwaliteit en solidariteit volop tot hun recht komen.

## Vele brillen, één verhaal

Onze gezondheidszorg is dermate complex geworden, dat ze steeds nadrukkelijker op financiële grenzen stoot. Keuzes worden dus noodzakelijk, maar hoe gaan we die maken? We kunnen ons allereerst afvragen of er een medische noodzaak is ons tot de gezondheidszorg te richten. Wat is de meerwaarde van de zorg voor de persoon zelf? Professionele systemen mogen maar in actie schieten wanneer de zorg nodig is en enkel daar waar hij nodig is. In een solidaire samenleving biedt professionele zorg niet voor alles een oplossing maar treedt hij ondersteunend en aanvullend op ten aanzien van de eigen kracht en het zelf-doen van de persoon. De autonomie van elk individu in onze gezondheidszorg stimuleren, houdt geenszins in dat de solidariteit verminderd wordt, maar wel dat het respect voor de individuele persoon het uitgangspunt blijft.

Andere inhoudelijke criteria zijn evidentie – als we niet voldoende bewijzen hebben of een behandeling of geneesmiddel helpt, moeten we dat dan vergoeden? – en kostenefficiëntie. Dit laatste betekent dat de kosten van de zorg niet hoger mogen zijn dan de voordelen die ze oplevert. Zo moeten we de vraag durven stellen of het zinvol is geneesmiddelen aan te bieden of ingrepen te verrichten die de kwaliteit van het leven nauwelijks verlengen. Meestal niet. Dergelijke vragen en de daarmee samenhangende keuzes vereisen een open debat tussen medische en andere experts (economen, filosofen, ethici, sociologen...), beleidsvoerders en burgers om tot gefundeerde opties, doelstellingen en strategieën te komen voor een gezondheidszorg die de drie centrale waarden weerspiegelt.

In die zin zou je het debat over de keuzes in de zorg kunnen vergelijken met het analyseren en commentariëren van een sportwedstrijd. Niet één scheidsrechter maakt de beslissing, maar elke situatie van de wedstrijd wordt vanuit verschillende camerastandpunten belicht. Soms moet het beeld even stilgezet worden, soms is herhaling nodig om alle perspectieven in hun onderlinge relatie en context te zien. Zo blijft er ruimte om op bepaalde momenten een keuze te maken tussen een regelethiek – wat zijn de afgesproken regels – en een zorgethiek – de beste zorg voor deze individuele patiënt. Dit proces moet herhaald worden om eventueel onderbelichte perspectieven op een later tijdstip te kunnen herzien.

## Besluit

Een gezondheidszorg gebaseerd op drie waarden, relevantie, kwaliteit en rechtvaardigheid, daarvoor staan we. Ze realiseren, is minder eenvoudig omdat de context voortdurend wijzigt en de signalen van nieuwe noden niet betekenen dat andere noden zouden verdwijnen. Kiezen is onvermijdelijk, maar mag niet ten koste gaan van de zwakkeren in onze samenleving.

Een proportioneel universalisme, waar een universeel beleid gepaard gaat met een selectief of doelgroepenbeleid, biedt de beste garantie op een gezondheidszorg gebaseerd op de drie basiswaarden van relevantie, kwaliteit en rechtvaardigheid.