

Doeleinden gezondheidszorg

Naarmate de koorden van de beurs strakker worden aangehaald – ettelijke miljoenen zullen weer moeten worden ingeleverd – zullen we ons in toenemende mate moeten bezinnen op de prioriteiten binnen, en dus de doelstellingen van, onze gezondheidszorg. Dit *dus* is onvermijdelijk, willen de prioriteiten niet at random en zonder samenhang worden gesteld. Dát die doelstellingen nog steeds niet goed zijn geformuleerd, en zeker niet zijn geoperationaliseerd, is in wezen een gevolg van de grote welstand waarin we ons hebben bevonden en nog steeds bevinden: een luxeprobleem derhalve. Niet zelden blinken juist arme landen uit in het ontwerpen van doelstellingen voor hun gezondheidszorg, louter en alleen omdat zij niet in staat zijn *alles* te doen: arme landen structureren uit noodzaak. Die noodzaak voelen wij nu een *beefje*, of liever gezegd: wij anticiperen langzaam aan op een toekomst waarin niet meer alles zal kunnen, niet alleen omdat niet alles nog langer kan worden betaald, maar ook omdat het aanbod steeds groter wordt.

Er wordt al grenzeloos gediscussieerd over de grenzen van de zorg en in de marge worden maatregelen genomen: een beperking van het aantal harttransplantaties, in vitro fertilisatie niet in het ziekenfondspakket, beperking van het aantal centra waar IVF plaatsvindt, limitering van het aantal niersteenvergruizers, en zo meer. Er zit een duidelijke ratio in dergelijke maatregelen: de uitgaven worden beperkt én er wordt een druk op de ketel gecreëerd die kan bijdragen tot scherpe indicaties voor het gebruik van innovatieve diagnostische en therapeutische apparatuur. Niet voor niets wint het begrip 'technology assessment' (TA) met de dag meer veld. Beleidsmakers hopen hiermee de kosten te beteugelen en de toepassers van moderne technieken hopen erop dat de resultaten van kostenbatenanalyses zó zullen zijn dat de voordelen ervan groter zullen blijken te zijn dan de nadelen. Dergelijke procedures zijn weliswaar zinvol, maar ze wekken weleens de indruk slechts een *vertragende werking* te bezitten; dat wat mogelijk is gebeurt toch vroeg of laat. De bestaande mogelijkheden scheppen de behoeften. Daarbij zullen de grenzen eerder worden bepaald door technische en organisatorische factoren, bijvoorbeeld door een tekort aan donors, dan door het ontbreken van financiële middelen. Als

J. C. van Es

Behoeften bevolking
maatgevend

dat laatste wel het geval is worden onder de druk van belanghebbenden nieuwe luchtbruggen gevormd, en dit dan, afhankelijk van het verzekeringsstelsel, óf alleen voor de 'happy few' óf voor iedereen die daar op medische gronden voor in aanmerking komt. Het begrenzen van de groei is pure noodzaak, maar de groei-kracht kan zo groot zijn dat hij zich niet alleen maar door financiële maatregelen laat beteugelen. Het is voorspelbaar dat dan dergelijke ontwikkelingen de meer fundamentele vormen van zorg gaan bedreigen: een gulden kan maar éénmaal worden uitgegeven. Echter: wat rekent men dan tot de fundamentele vormen van zorg en wat niet?

Het behandelen van patiënten die in levensgevaar verkeren lijkt op het eerste oog wel een criterium aan de hand waarvan men keuzes kan maken, maar zo gemakkelijk als het lijkt is het niet. De behandeling van een patiënt met een acute buik valt zo beschouwd binnen de termen – waarom dan niet ook een kandidaat voor een harttransplantatie? Bovendien is behalve het *overleven* ook de *kwaliteit van leven* in toenemende mate een geaccepteerd criterium. Op grond van dit criterium komen mensen voor een nieuw heupgewricht in aanmerking, maar hoe staat het dan met hen die met hulp van de chirurg met een fraaiër uiterlijk door het leven willen gaan? De kwaliteit van hún leven wordt daardoor wellicht ook bepaald.

Het bieden van gezondheidszorg is in principe het *voldoen aan behoeften* die bij de bevolking bestaan. Hoe moeilijk het is die behoeften vast te stellen maken M. Post en C. Willemse in dit nummer van Medisch Contact (blz. 881) en in de twee volgende nummers duidelijk. Behoeften worden echter ook door de gezondheidszorg *gecreëerd* doordat ze (mogelijke) oplossingen biedt. Vraag en aanbod zetten een vliegwielt in beweging dat uit zichzelf nooit tot stilstand zal komen. Op de samenhang van beide elementen wordt door J. L. A. Boelen ingegaan (blz. 883). Omdat in deze tijd bovendien veel onbe-

hagen in termen van onwelbevinden wordt omgezet en omdat de mensen die het aangaat andere hulpverleners of ondersteunenden steeds meer ontberen, wordt de gezondheidszorg nog eens extra belast met zaken die daar strikt medisch gezien niet thuishoren. Zoekt men als arts, aangespoord door de patiënt, daar toch een medische oplossing voor, dan worden er patiënten gecreëerd en de kosten navenant opgedreven.

Nog eens: het is dus noodzakelijk vast te stellen welke vormen van zorg in ieder geval door de gezondheidszorg moeten worden geboden. Dat vergt een antwoord op de fundamentele vraag wat met de gezondheidszorg wordt beoogd. Is dat een zorg waarin alles wordt geboden wat door wetenschap en techniek wordt ontwikkeld, of is dat een zorg waarin aan de behoeften van de bevolking tegemoet wordt gekomen, en zo ja, hoever? Of liever gezegd – we zagen immers dat vraag en aanbod elkaar in evenwicht houden – wat is maatgevend: de stand van wetenschap en techniek of de behoeften van de bevolking? Rationeel gesproken: de behoeften van de bevolking. Bij Post en Willemse lezen we hoe moeilijk die zijn vast te stellen. De consequentie is, die behoeften toch op een zo objectief mogelijke manier te meten en op grond daarvan een gezondheidszorgbeleid uit te stippelen. Maar dan moet ook de politieke wil aanwezig zijn om de gezondheidszorg *op een rationele manier* dienstbaar te maken aan het behouden en verbeteren van de gezondheidstoestand van de bevolking, waarbij het onvermijdelijk zal zijn dat men zich vooral gaat richten op hen wier gezondheid het sterkst wordt bedreigd. □