

---

vereniging voor gezondheidsrecht

---

**het selectie-vraagstuk in de gezondheidszorg;  
het selecteren van patiënten bij schaarste van  
behandelmogelijkheden.**

jaarvergadering vereniging voor gezondheidsrecht,

18 maart 1980

---

vereniging voor gezondheidsrecht

---

**het selectie-vraagstuk in de gezondheidszorg;  
het selecteren van patiënten bij schaarste van  
behandelmogelijkheden.**

jaarvergadering vereniging voor gezondheidsrecht,

28 maart 1980

I N H O U D S O P G A V E

PAGINA

- Patiëntenselectie voor diagnostische en therapeutische methodieken met een te geringe capaciteit. 1  
Prof.dr. S.A. de Lange
  
- Het selectie-vraagstuk in de gezondheidszorg uit het oogpunt van de consument. 10  
Drs. H.E. Nicolaï
  
- Ethische kanttekeningen bij het selectievraagstuk in de gezondheidszorg. 22  
Prof.dr. P.C. Sporken
  
- Het selectie-probleem in de gezondheidszorg, enige opmerkingen vanuit juridisch-/rechtsfilosofisch oogpunt. 33  
Prof.mr. H.F. Visser 't Hooft
  
- Beraadslagingen 41

Patiëntenselectie voor diagnostische en therapeutische methodieken met een te geringe capaciteit

---

S.A. de Lange

Het is mijn opgave in deze notitie aandacht te besteden aan patiëntenselectie door de medicus voor die diagnostische, maar vooral therapeutische methodieken waarvoor de faciliteiten in onvoldoende omvang aanwezig zijn. Het dilemma van de arts in die situatie is overbekend, er is veel gedacht, gesproken en geschreven. Alvorens hierna mijn gedachten ten aanzien van het beperkte probleem zelf uiteen te zetten lijkt het dienstig enige opmerkingen te maken over de achtergronden van het ontstaan daarvan. De medische stand wordt namelijk geconfronteerd met een zeer moeilijke en pijnlijke problematiek waarvan de oorzaak slechts voor een deel bij die stand zelf ligt. Een groot deel van de moeilijkheden is te wijten aan gebrek aan visie van de gemeenschap en des zelfs besturende organen waardoor er van onvoldoende beleidsontwikkeling gesproken kan worden. De ontwikkelingen van de biomedische wetenschappen zijn de laatste decennia in een stroomversnelling geraakt. De bruikbare producten van die wetenschappen werden omgezet in methodieken voor de gezondheidszorg en de toepassing daarvan vond vrijwel autonoom plaats. Tot voor betrekkelijk kort leek dit niet tot onoverkomelijke moeilijkheden te leiden in verband met de gunstige financiële toestand van ons land. Dit is er ook ongetwijfeld de oorzaak van dat men niet tijdig tot het inzicht kwam dat dit autonome gebeuren vroeg of laat tot grote moeilijkheden zou leiden, zowel ten aanzien van de financiën als ook in mindere mate ten aanzien van de noodzakelijke mankracht. Het merendeel van de vindingen werd toegepast in de curatieve gezondheidszorg. De arts paste met de beste bedoelingen de nieuwe mogelijkheden toe op zijn patiënten en vroeg daarvoor de faciliteiten. Deze werden zonder duidelijke kosten-effectiviteitsanalyse (Ament, 1979) verstrekt, meestal in voldoende om-

vang, doch soms ook niet.\*

Zowel van de medische wereld als van de beleidsvoerende organen kan niet beweerd worden dat gehandeld werd met visie. Men overzag namelijk eenvoudig niet wat de consequenties van bepaalde nieuwe behandelingen zouden zijn en deed ook nauwelijks pogingen om daar inzicht in te verkrijgen. Er ontstond hier en daar een duidelijke discongruentie in de allocatie van middelen door oorzaken die o.a. door Comaish (1976) als volgt gedefinieerd worden:

"The facts can be presented in many different ways: some may be shouted so loudly, or framed so persuasively, that they gain attention, and affect funding out of proportion to the true importance to the community". Voorbeelden hiervan zijn ook in ons land gemakkelijk te vinden.

Een voorbeeld van gebrek aan anticiperen wordt b.v. gevonden in de nierdialyse: een voortreffelijke methode om patiënten met insufficiënte nieren als het ware drijvende te houden. Men begon ermee zonder zich er blijkbaar voldoende reken-schap van te geven dat op de fase van dialyse een definitieve therapie moest volgen, omdat anders het volume incurabele dialyse-afhankelijke nierpatiënten steeds verder zou aangroeien, hetgeen onaanvaardbare consequenties voor de dialysecapaciteit zou hebben. De niertransplantatie presenteerde zich vooral door vooruitgang in de immunologie als oplossing voor een deel van de problematiek, maar het Nederlands volk heeft helaas een onvoldoende "donor-bereidheid" zodat het aangeboden aantal donornieren nog te gering blijft. Vrijwel alle "advanced medical care" is duur, zowel in kapitaalsinvesteringen als in personeelslasten. Het effect van dit stuk gezondheidszorg is in termen van genezing slechts gering in vergelijking met de opbrengst van andere meer gangbare handelingen in het curatieve gebeuren.

---

\* Het verschil tussen een kosten-baten en een kosten-effecten analyse is dat de baten uitgedrukt worden in geld en de effecten in andere opbrengsteenheden, zoals geredde levens, het aantal toegevoegde levensjaren, het aantal succesvolle behandelde patiënten etc. Zowel de baten als effecten kunnen uiteraard ook in negatieve zin opgevoerd worden.

Het feit echter dat men allerlei vormen van "advanced medical care" tot ontwikkeling heeft laten komen maakt dat elke inwoner van ons land er, indien medisch geïndiceerd, recht op kan laten gelden.

Een en ander heeft zich, zoals betoogd, praktisch autonoom ontwikkeld, met enige marginale bijsturen, b.v. door het hanteren van ziekenhuistarieven en de laatste tijd ook door het hanteren van artikel 18 van de Wet op de Ziekenhuisvoorzieningen.

Van een werkelijk omvattend beleid was en is geen sprake. Een dergelijk beleid kan ook nauwelijks ontwikkeld worden indien er niet sprake is van het stellen van duidelijke maatschappelijke prioriteiten, die moeten leiden tot klaarheid ten aanzien van de financiële grenzen waarbinnen de gezondheidszorg moet functioneren. Pas indien daarin inzicht is verkregen kan er in de medische sector sprake zijn van werkelijk beleid, gebaseerd op rationele overwegingen, waarop prioriteiten gesteld kunnen worden.

Overigens, het is duidelijk dat de regering zich dit realiseert gezien ook het derde financieel overzicht van de gezondheidszorg, waarin onlangs de staatssecretaris van Volksgezondheid een kostenraming tot 1984 opstelde. Het staat overigens nog maar te bezien in hoeverre de daarin voorgestelde maatregelen ter beheersing van de kosten effectief zullen blijken te zijn. Het in september 1977 verschenen rapport van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne betreffende "Financieel overzicht van de Gezondheidszorg waarin opgenomen een raming van de kosten tot 1982" (1977) is daarover op zijn zachtst gezegd niet erg optimist.

De "Royal commission on the National Health Service (London HMSO, 1979) stelt: "We can easily spend the whole of the gross national product on the National Health Service" en laat dan volgen dat meer uitgeven aan de volksgezondheid niet noodzakelijkerwijze ook gezondheidswinst met zich mee hoeft te brengen. Men is er van overtuigd dat de vraag zich zeer snel zal aanpassen aan het aanbod en daar weer boven uit zal komen. Hoewel het NHS-systeem (National-Health

Service) iets anders is dan de gezondheidsvoorzieningen zoals wij die kennen is het toch niet gewaagd om een parallel tussen beide situaties te trekken.

Terugkerend echter naar het eigenlijke onderwerp acht ik het niet onwaarschijnlijk dat met de momenteel ter beschikking staande gelden grotendeels voorzien kan worden in de tekorten bij die voorzieningen waarbij de vraag groter is dan het aanbod. Bij een verhoging van de interne efficiency in het medisch bedrijf moet het zonder meer mogelijk zijn om binnen een budget van meer dan 25 miljard gulden daar de mogelijkheden toe te vinden. Een percentage van dat budget wordt immers niet effectief gebruikt en daarvoor is een reeks van redenen aanwijsbaar. Ik laat er hier in willekeurige rangorde enige volgen:

1. Artsen werken niet kostenbewust. Zij hebben dit bij hun opleiding ook niet meegekregen. De meesten realiseren zich niet of onvoldoende wat een door hen voorgeschreven behandeling of onderzoek kost en zoeken daarom indien dit erg hoog mocht uitvallen ook niet naar goedkopere alternatieven.
2. Er is een aanwijsbare en nog steeds toenemende overconsumptie van diagnostische bepalingen en handelingen.
3. De koppeling tussen het aantal medische verrichtingen en het inkomen van de medicus (als zelfstandig ondernemer) zonder enige effectieve controle op indicatiestelling en resultaat van behandelingen kan leiden tot "slordigheid" in de medische bedrijfsvoering. Hierover is met name in de United States onderzoek verricht met een uiterst significante uitkomst.
4. De instelling van de consument die zijn klacht a priori als "organisch" wil zien, gecombineerd met een sterk op organisch ziekten toegespitste medische opleiding voert niet zelden tot een lange, dure, en overtollige gang van mensen met niet-organische klachten langs organisch-medische instanties.
5. Er is al vele malen op gewezen dat er ook van overconsumptie sprake is in die zin dat de medicus voor oneigenlijke doeleinden door de consument, waaronder ik ook de

overheid en de bedrijfsverenigingen reken, wordt ingeschakeld.

6. De winst uit pharmaceutische preparaten, maar ook op medische apparatuur zou bij een goede analyse weleens uitzonderlijk hoog kunnen blijken te zijn (men denke o.a. aan het rumoer rond de prijs van Valium etc.)

Het betreft hier een willekeurige en onvolledige opsomming, waarbij de inkomens van de werkers in de gezondheidszorg en met name die van de medici met opzet niet zijn opgevoerd, omdat bij een goed vestigingsbeleid zoals momenteel wordt voorgestaan door de overheid en de medische organisaties zelf, de excessen binnen afzienbare tijd goeddeels tot het verleden zullen kunnen behoren.

Mijn stelling is dus dat bij een juist gebruik van de momenteer aanwezige middelen patiëntselectie op grond van een gebrek aan faciliteiten niet nodig zou hoeven te zijn. Dat wil zeggen dat de nu gangbare en effectief gebleken bijzondere methodieken dienen te worden uitgebouwd tot een volume dat adequaat is aan een goed geïndiceerde vraag. Nieuwe methodieken zullen evenwel aan "pilotstudies" getoetst dienen te worden op hun te verwachten effectiviteit, maar ook op de negatieve spin-off in de zin van menselijke ellende door niet geslaagde behandelingen, iatrogene beschadigingen en het in leven houden van wat men "menselijke wrakken" zou kunnen noemen. Een notitie als deze laat niet toe deze vrij ongenueanceerde termen nader te specificeren, maar al diegenen die werken in de curatieve gezondheidszorg zullen weinig moeite hebben om uit eigen ervaring casuïstiek ter illustratie aan te dragen.

Uitgaande echter van het feit dat momenteel er nog wel degelijk op een aantal punten spanning bestaat tussen aanbod en vraag naar medische hulp is selectie van patiënten nog nodig.

Mijn standpunt ten aanzien daarvan zou ik op de volgende fundamenten willen opbouwen:

1. Het in principe absolute zelfbeschikkingsrecht van de mens.



2. De, in ethisch opzicht, fundamentele gelijkheid van alle mensen zonder aanzien van leeftijd, functie, sociale- en financiële standing etc.
3. Het contract dat de dokter heeft met de patiënt die zich aan hem toevertrouwt heeft, waarbij het uitgangspunt is dat de arts alles wat in zijn vermogen ligt zal doen om zijn patiënt zo goed mogelijk te behandelen.

Het wil mij voorkomen dat de arts, in de situatie van selectie gebracht, uit zal dienen te gaan van deze drie uitgangspunten.

Zijn probleem is overigens al erg oud. Elke dokter die een functie heeft gehad in het oorlogsgebeuren kent de problematiek. Zijn zorgvuldig opgebouwde faciliteiten voor hulpverlening worden dan geregeld onder de voet gelopen, het is mij ook gebeurd.

Wat men dan gaat doen noemt men "triage". Hoe gaat dat ? De stervenden worden uitgeselecteerd en er wordt getracht hen de resterende tijd in ieder geval zo comfortabel mogelijk te maken. Er worden geen ingrepen meer aan hen verricht. Dan komt de categorie zwaar gewonden, waar wel dege-lijk hoop voor is, maar die in levensgevaar verkeren zodat snel ingegrepen moet worden.

Zij behoren tot de eerste categorie die voor behandeling in aanmerking komt. De minder zwaar gewonden, die niet in levensgevaar zijn, krijgen vaak een voorlopige behandeling (spalken, bloedtransfusie, etc.). Zij worden soms gereedgemaakt voor transport naar basishospitalen of wachten hun beurt af. Tegen dit soort selectie is geen ethisch bezwaar te maken, immers:

1. Allen hebben recht op behandeling en krijgen die ook in-dien geïndiceerd.
2. Er is bij de triage geen persoonlijke ongelijkheid in het geding, al heeft men dat natuurlijk ten aanzien van hogere officieren weleens gedacht.
3. De arts moet alles wat in zijn vermogen is om zijn contract met al zijn patiënten na te komen.

Vertaald in civiele omstandigheden komt het hierop neer:

1. De arts probeert de prognose zo goed mogelijk vast te stellen. In volstrekt infauste gevallen is behandeling gecontraïndiceerd (Er zijn in de Engelse jurisprudentie reeds veroordelingen te vinden van artsen die toch behandelden onder die omstandigheden). Kortom, het is een eerste vereiste dat de patiënt profijt moet kunnen hebben van de behandeling en mocht dit niet zo zijn, dan moet behandeling achterwege blijven, ook indien de patiënt er om vraagt !
2. Aan patiënten die in een levensbedreigende situatie verkeren (op korte termijn) en bij wie duidelijke gezondheidswinst of zelfs curatie valt te verwachten, moet voorrang verleend worden.
3. Patiënten die weliswaar duidelijk in aanmerking komen voor een behandeling, maar bij wie de urgentie niet zo groot is, zullen moeten wachten tot er faciliteiten voor therapie vrijkomen. In die wachttijd zouden zij overigens van categorie kunnen veranderen doordat toch een meer levensbedreigende toestand gaat optreden en er ken dan in de triage rekening mee gehouden worden.

De mijns inziens goed verdedigbare drie grondregels waarop wij wat selectie genoemd wordt, maar dat slechts is op medische gronden, hebben geadstrueerd verdienen één voorbehoud, het is namelijk de vraag of het derde uitgangspunt (het arts-patiënt contract) wel steeds van toepassing is. Indien immers de patiënt aangeboden wordt voor therapie aan de arts die die therapie beheerst is er van een contract op dat ogenblik nog geen sprake. Het staat op dat ogenblik de arts nog vrij om de patiënt te weigeren, indien daar zwaarwegende argumenten voor zijn. Deze zouden afgezien van de strikt medische contra-indicatie getoetst dienen te worden aan de onder 1. en 2. uiteengezette basisstellingen. Zodra de arts de patiënt aanvaard heeft is hij gehouden aan het onder 3. gedefinieerde fundamentele gegeven. Dit zou dus b.v. ook gelden voor een nefroloog die een patiënt behandelt met een nieraandoening, in het verloop waarvan dialyse noodzakelijk wordt en waarbij de nefroloog zelf dialysefa-

ciliteiten beheert. In dat geval dient de arts zich te houden aan zijn contract. Het opvoeren van andere normen bij selectie door medici introduceert vrijwel onvermijdelijk een element van subjectiviteit dat nu juist vermeden dient te worden in de arts-patiënt relatie. Zo zal het b.v. niet aanvaardbaar zijn dat de arts de oudere mens medisch gesproken op de tweede rang zet. Ook een rangorde op grond van sociale positie kan niet gepropageerd worden, zelfs indien, met voorbijgaan van het in de tweede stelling gestelde, een soort profijtbeginnsel voor de maatschappij daaraan ten grondslag zou liggen omdat de waardering voor sociale positie in de sfeer van het subjectieve ligt, zeker indien de maatstaf door medici aangelegd zou worden. Ik réaliseer me dat in de medische praktijk vanuit heel wat subjectiever drijfveren gehandeld wordt dan uit het bovenstaan de zou blijken. Het gaat er hier echter om, om de problematiek zo duidelijk mogelijk te schilderen en die niet onder te sneeuwen onder de menselijke emoties die de arts nu juist vaak in zijn benadering van de patiënt motiveren.

Samenvattend: Selectie op grond van schaarste ten aanzien van de heden ten dage ter beschikking staande effectieve diagnostische en therapeutische methodieken kan overbodig gemaakt worden door de aan de Volksgezondheid ter beschikking staande middelen effectiever aan te wenden.

Introductie van nieuwe diagnostische en therapeutische methodieken dient slechts plaats te vinden nadat een goede kosten-baten en kosten-effectiviteits analyse heeft plaatsgevonden.

De methodieken moeten overtuigende gezondheidswinst opleveren en moeten bovendien ingevoerd kunnen worden met een capaciteit die adequaat is aan de geïndiceerde vraag binnen het ter beschikking staande budget.

De maatschappij moet macro-prioriteiten stellen waardoor de gezondheidszorg inzicht verkrijgt in het te besteden budget. Dat moet resulteren in een gewogen beleid binnen de gezondheidszorg.

De medicus is niet gehouden om te selecteren, behalve op strikt medische gronden.

L I T E R A T U U R L I J S T

Ament, A. Toepassing in de gezondheidszorg van de analyses  
kosten/baten en kosten effectiviteit.  
Acta Hospitalia, blz. 3-23, 1979.

Comaish, J.S. How to set priorities in medicine.  
Lancet, Sept. 4, blz. 512-514, 1976

Royal commission on the national health service.  
Report, Cmnd 7615, London, H.M.S.O., 1979.

Financieel overzicht van de Gezondheidszorg waarin op-  
genomen een raming van de kosten tot 1982.  
Uitgave van het Ministerie van Volksgezondheid en  
Milieuhygiëne, Directie Verzekeringen en Kostenbeleid  
Gezondheidszorg, Stafafdeling Financiering Gezondheids-  
zorg, September 1977.

Het selectievraagstuk in de gezondheidszorg uit het oogpunt van de consument

---

H.E. Nicolaï

Inleiding

Ten aanzien van het probleem van de selectie in de gezondheidszorg kan men niet spreken van het standpunt van de consument. Er is niet één consument maar er zijn velerlei groeperingen van consumenten elk met hun eigen wensen en verlangens.

In deze notitie wordt het selectievraagstuk in de gezondheidszorg alleen belicht vanuit de optiek van de (potentiële) patiënt.

De totstandkoming van deze notitie is voor een belangrijk deel mogelijk gemaakt door de medewerking van vertegenwoordigers van respectievelijk de Nederlandse Hartpatiëntenvereniging, de Nederlandse Bond van Reumapatiëntenverenigingen, Landelijke Vereniging van Dialyserenden en de Nederlandse Gehandicapten Raad.

Aandacht zal besteed worden aan de volgende onderdelen: het selectievraagstuk in het algemeen (welkeniveau's zijn te onderscheiden), onder welke voorwaarden is een rechtvaardige selectie mogelijk (daarbij gaat het met name om de vraag, of er sprake is van schaarste aan bepaalde voorzieningen) en de selectie in de praktijk. Tenslotte worden enige voorstellen gedaan voor een ander selectiesysteem.

Het selectievraagstuk in het algemeen

Men zou kunnen stellen dat het selectievraagstuk een economisch vraagstuk is. Immers de economie bestudeert het schaarsteverschijnsel of de spanning tussen behoeften en middelen. Een vraagstuk als ontwikkelingshulp b.v. kent veel parallellen met het onderwerp van dit symposium. Ook daarbij gaat het om aanwending van schaarse middelen ter voorziening in eigenlijk oneindige behoeften. Ook daarbij worden selectiecriteria gehanteerd. Ook daarbij gaat het om

zaken van leven en dood.

Het grote verschil is echter dat het verder van ons bed of van ons ziekenhuisbed aflight. Het speelt zich af op een ander niveau.

Bij het selectievraagstuk kan men het gebruikelijk onderscheid maken in het makro-niveau, het meso-niveau en het mikro-niveau.

Bij het makro-niveau gaat het om de verdeling van de overheidsmiddelen over de verschillende (collectieve) voorzieningen (of om bij het voorbeeld te blijven de keuze tussen ontwikkelingshulp en gezondheidszorg), bij het meso-niveau gaat het om de vraag hoe, gegeven de makro-economische keuze, de middelen verdeeld worden over de verschillende voorzieningen binnen de gezondheidszorg.

Bij het mikro-niveau gaat het om de vraag hoe uitgaande van een bepaalde voorziening tot een rechtvaardige selectie kan worden gekomen.

Het zal duidelijk zijn dat de verschillende niveau's onderling nauw samenhangen. Wat op makro- en meso-niveau beslist wordt over de verdeling van de middelen bepaalt de schaarste op micro-niveau en daarmee de ernst van het selectievraagstuk.

In zoverre is er altijd sprake van relatieve schaarste.

In de literatuur over selectiecriteria wordt dit onderscheid wel erkend, maar vaak wordt ervan geabstraheerd. De probleemstelling is meestal: welk selectiesysteem<sup>1)</sup> moet je ontwikkelen gegeven een bepaalde schaarste op mikro-niveau. Die benadering is te beperkt. Immers het functioneren en de acceptatie van een selectiesysteem hangt voor een belangrijk deel af van hoe de keuzen op macro- en meso-niveau zijn gemaakt.

Gesteld kan worden dat zodra er sprake is van een onjuiste besluitvorming, van een onjuiste keuze op makro- en meso-niveau elk selectiesysteem principieel ongeloofwaardig is.

---

1) Hieronder te verstaan: het samenstellen van selectiecriteria en -procedures.