



VERENIGING VOOR
GEZONDHEIDSRECHT

Preadvies uitgebracht ten behoeve van de jaarvergadering

Recht op zorg voor de gezondheid

van de Vereniging voor Gezondheidsrecht op 25 april 1997

Prof. dr. H.J.J. Leenen

RECHT OP ZORG VOOR DE GEZONDHEID

Prof. Dr. H.J.J. Leenen

Preadvies voor de Vereniging voor Gezondheidsrecht

Jaarvergadering 25 april 1997

Recht op zorg voor de gezondheid
Prof. Dr. H.J.J. Leenen

Vereniging voor Gezondheidsrecht
Jaarvergadering 25 april 1997

ISBN 90-73923-05-0

VOORWOORD

Omdat Prof. Dr. C. Schuyt, die twee jaren geleden het preadvies voor de jaarvergadering van 1997 over het recht op gezondheidszorg had toegezegd, op het moment dat het naar de drukker moest, mededeelde zich niet in staat te achten de verhandeling schrijven, was de ruimte voor het schrijven van een vervangende studie uiterst beperkt. Dit preadvies is dan ook in minder dan een week tot stand gekomen.

Dat betekent dat ik noodgedwongen ruim gebruik heb moeten maken van eigen publikaties die verschenen of in voorbereiding zijn, geen gelegenheid heb gehad om naast de literatuur waarover ik beschik literatuuronderzoek te doen, niet systematisch andere bronnen zoals parlementaire stukken heb kunnen bestuderen, niet de meest recente (financiële) gegevens heb kunnen verzamelen en aan het notenapparaat geen aandacht heb kunnen besteden.

Een en ander is weinig bevredigend omdat aldus geen preadvies kon worden geschreven volgens de daaraan te stellen eisen. Dit is temeer jammer omdat er over het recht op zorg voor de gezondheid nog veel is uit te zoeken en theoretisch uit te werken.

Het recht op zorg voor de gezondheid is in het gezondheidsrecht een centraal thema. Door de ontwikkelingen in o.a. de gezondheidszorg en de ziektekostenverzekeringen komt met name een onderdeel daarvan, het recht op gezondheidszorg en de daarmee samenhangende verdelende rechtvaardigheid, steeds meer onder druk te staan.

Het recht op zorg voor de gezondheid zou een betere behandeling verdienen.

Prof. Dr. H.J.J. Leenen

Inhoudsopgave

| | pg. |
|---|-----|
| 1. Inleiding | 5 |
| 2. Recht op zorg voor de gezondheid: recht op gezondheidszorg en recht op gezondheidsbescherming en -bevordering | 7 |
| 3. Recht op gezondheidszorg | 13 |
| 3.1. Schaarste | 13 |
| 3.2. Overheid, recht op gezondheidszorg en grenzen | 18 |
| 3.3. Sterker rechtskarakter van het recht op gezondheidszorg | 23 |
| 4. Recht op gezondheidszorg in de gezondheidszorg | 28 |
| 4.1. Kwaliteit van zorg | 28 |
| 4.2. Wachtlijsten en voorrang | 31 |
| 4.3. Stelsel van gezondheidszorg en ziektekostenverzekering | 38 |
| 4.3.1. Eenheid van stelsel | 40 |
| 4.3.2. Uitvoering van de verzekering; de markt | 43 |
| 5. Besluit | 50 |
| Literatuur | 52 |

1. INLEIDING

Gezondheidszorg berust op twee pijlers: a) het bevorderen van de gezondheid van mensen en het behandelen, verplegen en verzorgen van zieken en b) de doelmatige en rechtvaardige verdeling van de beperkte daarvoor beschikbare middelen.

Alle taken in de gezondheidszorg moeten daarvan worden afgeleid en alle beschouwingen over gezondheidszorg moeten dat in het oog houden. Het gaat in de gezondheidszorg niet om strategie, management, markt en wat voor dingen men al bedenkt. Die kunnen soms van belang zijn bij het inzetten van de beschikbare middelen ter bereiking van het doel maar zij zijn van secundair belang. Als men echter de publikaties leest, lijken zij vaak zelfstandige doelen en benaderingen van de gezondheidszorg te zijn geworden. Publikaties en rapporten over dergelijke onderwerpen schieten naar mijn mening tekort als zij niet aantonen welk bijdrage hun beschouwingen en voorstellen leveren aan een betere gezondheid of een betere zorg. Dat wordt al te vaak vergeten.

Ondanks verbale rituelen is de onderlinge verbinding tussen inhoudelijk gezondheidsbeleid, de inrichting van het systeem van gezondheidszorg en de financiering daarvan, de verdelende rechtvaardigheid en de normatieve aspecten van het recht op zorg voor de gezondheid nooit goed tot ontwikkeling gekomen. Een coherent beleid dat alle aspecten omvat, werd steeds weer belemmerd door het overheersen van economische overwegingen en van groeps- en andere belangen, door strijd tussen disciplines, politieke opvattingen en door bestuurlijke en departementale fragmentatie.

Het nalaten van een adequate aanpak heeft geleid tot een gezondheidszorg die bestaat uit een betrekkelijk ongeordend complex van tegen elkaar hangende gebouwen en gebouwtjes, het ene in betere staat dan het andere, met veel muren ertussen en onder een overheidsdak dat steeds schever gaat hangen en steeds meer gaat lekken. De enige oplossing is grondige reconstructie van het geheel, maar die stuit op gevestigde belangen en daarom wordt in de praktijk bij problemen een gat gedicht, soms een kleine doorbraak gemaakt, soms een gebouwtje bijgebouwd met als gevolg dat het geheel steeds ingewikkelder wordt.

Sturen van de gezondheidszorg naar gezondheidsdoelen is door de genoemde - en andere - factoren moeilijk geworden en het recht op zorg voor de gezondheid kan in deze situatie niet goed tot ontwikkeling komen.

2. RECHT OP ZORG VOOR DE GEZONDHEID: RECHT OP GEZONDHEIDSZORG EN RECHT OP GEZONDHEIDSBESCHERMING EN -BEVORDERING

In het gezondheidsrecht is het recht op gezondheidszorg van oudsher een belangrijk onderwerp. Het heeft betrekking op de kwaliteit van de gezondheidszorg en op de feitelijke en financiële toegankelijkheid. Het gaat daarbij o.a. om wachtlijsten en de financiering.

Juridisch is het recht op gezondheidszorg een instructienorm voor de overheid, moreel een aanspraak van de burger. Het recht op gezondheidszorg bevat een inspanningsverplichting voor de overheid. De overheid hoeft niet zelf de verwerkelijking ter hand te nemen, dat kan door anderen gebeuren maar de overheid behoudt in dat geval wel haar eigen verantwoordelijkheid en de taak er op toe te zien dat aan de eisen wordt voldaan.

Over het recht op gezondheidszorg zal dit preadvies hoofdzakelijk gaan.

Daarnaast kan naar mijn mening van een recht op gezondheidsbescherming en -bevordering worden gesproken. Die beiden zou men onder het koepelbegrip 'recht op zorg voor de gezondheid' kunnen brengen.

Hoewel gezondheidsbescherming en -bevordering ook het doel zijn van de hulpverlening en care (gezondheidszorg in engere zin), hebben zij als activiteiten van public health een eigen karakter. Zij zijn in beginsel op de collectiviteit gericht en betreffen vaak ook gezondheidsaspecten in andere maatschappelijke sectoren dan de gezondheidszorg, zoals bijvoorbeeld milieu en de produktie van geneesmiddelen en medische hulpmiddelen. Ook andere dan medische factoren komen aan de orde zoals sociale en sociaal-economische invloeden op gezondheid. De afbakening tussen gezondheidszorg in engere zin en gezondheidsbescherming en -bevordering is overigens niet altijd scherp. Preventie bijvoorbeeld valt onder beide categorieën en de veiligheid van bloed is voor de medische behandeling van belang, terwijl de public health-benadering ook in de individuele hulpverlening doordringt. De begripsafbakening hoeft echter naar mijn mening geen onderwerp van veel discussie te zijn.

Het gaat om twee typen benaderingen ten aanzien van de zorg voor de gezondheid.

Valt naar algemene opvatting het recht op gezondheidszorg onder artikel 22 van de grondwet (luidende: De overheid treft maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid), ook voor een recht op gezondheidsbescherming en -bevordering als sociaal grondrecht biedt art. 22 GW een basis. Volksgezondheid omvat immers meer dan gezondheidszorg in engere zin en wordt ook door bijvoorbeeld de eerder genoemde milieu- en sociaal-economische factoren beïnvloed. Maatregelen om die in voor de gezondheid positieve zin te beïnvloeden, vallen ook onder art. 22 GW. Dat betekent dat de overheid zich dus ook op het gebied van de public health moet inspannen ¹⁾. In dit verband is overigens ook art. 21 GW dat betrekking heeft op de zorg van de overheid voor het leefmilieu, van belang ²⁾.

Nog afgezien van art. 22 GW, valt ook niet goed in te zien waarom, nu het recht op gezondheidszorg als sociaal grondrecht is erkend, de theorie van de sociale grondrechten zich ook niet zou uitstrekken over andere voor de gezondheid belangrijke aspecten dan individuele hulpverlening en care. Bovendien komen die aspecten, zoals gezegd, vanwege hun invloed op gezondheid meer en meer ook in de hulpverlening aan de orde. De eerste lijns gezondheidszorg heeft daarvoor al enige decennia geleden aandacht gekregen, in de tweede lijn begint dat inzicht door te dringen.

Het verdient in dit verband vermelding dat in het rapport van de Nationale Ombudsman van 18 Juli 1995 over de veiligheid van bloed in verband met HIV-besmetting van hemofiliepatiënten de overheidsverantwoordelijkheid ten aanzien van gezondheidsbescher-

-
- 1) Art. 129 van het Verdrag van de Europese Unie besteedt expliciet aandacht aan de bescherming van gezondheid en veiligheid.
 - 2) Op onderdelen heeft de verantwoordelijkheid van de overheid voor gezondheidsbescherming en -bevordering geleid tot wettelijke regelingen, bijvoorbeeld de Wet collectieve preventie volksgezondheid, de wetgeving met betrekking tot de bestrijding van besmettelijke ziekten, milieuregels en regels ter bescherming van de gezondheid bij de arbeid, maar door die regels wordt het terrein niet geheel bestreken.

ming werd gestipuleerd ³⁾.

Er zijn ook internationaalrechtelijke argumenten voor een recht op gezondheidsbescherming en -bevordering. In de preambule van het statuut van de WHO wordt de 'highest attainable standard of health' als een fundamenteel human right aangemerkt. Ook al is er op de definitie van health in die preambule kritiek te leveren en kan een recht op gezondheid niet bestaan omdat de gezondheid zelf geen goed is dat kan worden verstrekt, dat neemt niet weg dat het in het statuut van de WHO om meer dan gezondheidszorg in de engere zin gaat. Dat blijkt ook daaruit dat het statuut uitspreekt dat 'the achievement of any State in the promotion and protection of health' voor eenieder van betekenis is.

In art. 25 van de Universal Declaration of Human Rights van de UN (1948) wordt gesproken over een 'right to a standard of living adequate for the health and well-being'. Standard of living omvat in het artikel voeding, kleding, huisvesting en medische en sociale diensten, aspecten van gezondheidsbevordering.

Art. 12 van de International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (1966) bevat 'the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health', waarbij in het verdere artikel omgevingsfactoren uitdrukkelijk worden genoemd.

Op Europees niveau zijn er eveneens verdragsrechtelijke verplichtingen. Art. 3 van het Verdrag van de Europese Unie spreekt over 'the attainment of a high level of health protection'. De EU heeft voor de gezondheidsbescherming relevante regelingen getroffen en naar aanleiding van de BSE-affaire (gekke koeienziekte) is de EU voornemens aan dit aspect meer aandacht te besteden. Art. 11 van het European Social Charter handelt over bescherming van de gezondheid en, onder andere, over de verplichting van de Staat om, naar de mate van het mogelijke de oorzaken van ongezondheid weg te nemen.

3) TvGR, 1996/5. Op de vraag hoever die overheidsverantwoordelijkheid reikt (maximaal/optimaal; afhankelijk van wetenschappelijke consensus) wordt niet ingegaan. Zie daarover o.a. H. Roscam Abbing, Human tissue and consumer protection from a European perspective, *European Journal of Health Law*, 1995,4, 295-307.

Ook in andere internationale regelingen, zoals bijvoorbeeld van de ILO, komen bepalingen met betrekking tot de gezondheidsbescherming voor.

Het rechtskarakter van sociale grondrechten en daarmee ook van het recht op gezondheidszorg en het recht op gezondheidsbescherming en -bevordering is, anders dan dat van individuele grondrechten, juridisch zwak ⁴⁾. Naarmate zij in wetgeving verder worden uitgewerkt kunnen zij juridisch sterker worden. Maar er is ook een ontwikkeling gaande om de sociale grondrechten, ook wel tweede generatie-grondrechten genoemd, als zodanig een sterker juridisch karakter te geven. Heringa en Alkemade hebben er op gewezen dat de betrekkelijke vrijblijvendheid van de sociale rechten passé aan het raken is ⁵⁾. De betreffende internationale organen (bijvoorbeeld van de International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights en van het European Social Charter) maken zich op om strenger te gaan controleren. Ook via de handhavingsmogelijkheden van het Europees gemeenschapsrecht kunnen sociale rechten een sterker karakter krijgen. Dit zal consequenties hebben voor de rechtspraak, maar meer nog voor beleids- en regelmakers en de sociale partners, aldus de genoemde auteurs.

Ook de rechter kan een rol spelen. Een voorbeeld ten aanzien van het recht op gezondheidszorg als hulpverlening is het vonnis van de Rechtbank Den Haag die de Staat veroordeelde tot een kostenvergoeding wegens niet beschikbaar zijn van een verpleeghuisbed ⁶⁾. Soms kan de rechter naar internationale regels verwijzen en er zijn

4) H. Leenen, Handboek Gezondheidsrecht, deel I, Rechten van mensen in de gezondheidszorg, 1994, Samsom H.D. Tjeenk Willink, Hoofdstuk II, par 1. Daar wordt ook aangegeven het verschil in de mogelijkheid van handhaving voor de Europese rechter.

5) A. Heringa, Sociale grondrechten; E. Alkemade, De reikwijdte van fundamentele rechten, zegt op pag. 89: 'Toch lijkt de betrekkelijke vrijblijvendheid van de sociale rechten passé. De organen van het IVESCR en het ESH maken zich op strenger te controleren; Europees gemeenschapsrecht kan nu al effectief gehandhaafd worden.' 'Dergelijke kritiek zal consequenties kunnen hebben voor de rechtspraak, maar meer nog voor beleids- en regelmakers en de sociale partners.'

6) D.d. 11 maart 1992, TvGR, 1993/32.

gevallen waarin hij aan internationale verdragen kan toetsen ⁷⁾. Het rechtskarakter van sociale grondrechten kan soms ook worden versterkt door een beroep te doen op individuele grondrechten die in de Grondwet en internationale verdragen zijn neergelegd en juridisch sterker van aard zijn ⁸⁾. Bij de gezondheidsbescherming - bij gezondheidsbevordering zal de redenering niet gauw opgaan - kan aan de lichamelijke integriteit en de privacy worden gedacht. Bij ernstige ziekmakende milieu-vervuiling bijvoorbeeld kan worden bepleit dat die vervuiling de lichamelijke integriteit aantast en de overheid daartegen maatregelen moet treffen. Schending van de privacy vanwege milieuvervuiling werd door López Ostra met succes aangevoerd voor het Europese Hof voor de Rechten van de Mens ⁹⁾. Het Hof oordeelde dat 'severe environmental pollution may affect individuals' wellbeing and prevent them from enjoying their homes in such a way as to affect their private and family life adversely, without, however, seriously endangering their health.' Spanje werd veroordeeld wegens inbreuk op art. 8 van het verdrag. In het kader van de individuele grondrechten in het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens en de Fundamentele vrijheden heeft de overheid bovendien een positieve beschermingsplicht ¹⁰⁾. In de zaak-Ostra had, aldus het Hof, de Staat geen juist evenwicht getroffen tussen het economisch belang en het belang van de klager bij een effectief genot van het recht op het respect voor huis en privé- en familielevens. Een beroep op individuele beschermingsrechten is ook bij ziekmakende arbeidsomstandigheden denkbaar.

-
- 7) Bijvoorbeeld Centrale Raad van Beroep d.d. 29 mei 1996, nog niet gepubliceerd, ten aanzien van ILO-verdragen 102 en 103 d.d. 28 juni 1952 (Trb. 1953, 69 en Trb. 1953, 129) met betrekking tot eigen bijdrage bij kraamzorg.
 - 8) Dit onderwerp komt hierna ook nog aan de orde in par. 3.3. bij het recht op gezondheidszorg.
 - 9) D.d. 9 december 1994 (41/1993/436/515); H. Roscam Abbing, Jurisprudentieoverzicht inzake Europees Verdrag van de Rechten van de Mens (1994), Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, 1995/6, 369-372.
 - 10) Eur. Hof. Rechten van de Mens d.d. 26 maart 1985, TvGR, 1985/43, en de uitspraak, genoemd in de voorgaande noot.

Ook al hoeft de overheid, zoals gezegd, de activiteiten op grond van sociale grondrechten niet zelf uit te voeren, zij heeft wel een duidelijke eigen verantwoordelijkheid en daarmee is er een grens aan wat zij aan anderen kan overlaten. Het gaat daarbij met name om de inhoudelijke normering (de eisen waar aan moet worden voldaan) en de procedurele bescherming (hoe de gedupeerde zijn recht kan halen). Met andere woorden: de publiekrechtelijke verantwoordelijkheid van de overheid limiteert deregulering en privatisering. Ten aanzien van het recht op gezondheidszorg als hulpverlening en het recht op gezondheidsbescherming en -bevordering behoort de overheid zich dan ook niet teveel terug te trekken uit de publieke taak, alle modieuze en overdreven deregulering- en privatiseringdogma's ten spijt ¹¹⁾.

11) Het dereguleringsargument wordt vaak selectief gebruikt. De overheid maakt wetten in grote hoeveelheid.

3. RECHT OP GEZONDHEIDSZORG

In dit preadvies zal, zoals gezegd, de aandacht met name zijn gericht op het recht op gezondheidszorg. In deze paragraaf wordt het normatieve kader besproken. Ingegaan zal worden op de schaarsteproblematiek, de verdelende rechtvaardigheid, de overheidsverantwoordelijkheid voor de gezondheidszorg, de aanspraak van de burger en de grenzen van het recht op gezondheidszorg. In paragraaf 4 komt de toepassing aan de orde.

3.1 Schaarste

Ondanks de enorme stijging van de aan de gezondheidszorg beschikbaar gestelde middelen kan aan de vraag naar gezondheidszorg niet worden voldaan. Die stijging beliep van 2,2 mld of 4,3% van het BNP in 1963 tot 61,6 mld in 1996 of ongeveer 9,5% van het BNP. Het is niet te verwachten dat, hoewel de absolute bedragen toenemen (1.3% op grond van het regeerakkoord 1994), het procentuele aandeel van het BNP voor de gezondheidszorg noemenswaard zal kunnen stijgen nog afgezien wat zou gebeuren als het BNP zou gaan afnemen.

De vraag naar gezondheidszorg - die kostenstijging tot gevolg heeft - zal naar het zich laat aanzien blijven toenemen. Dat wordt o.a. veroorzaakt door vergroting van het aanbod van gezondheidszorg. Het is bekend dat in de gezondheidszorg de vraag in belangrijke mate door het aanbod wordt bepaald. Bij de toenemende vraag spelen ook de vergrijzing en de ontwikkeling van de moderne medische wetenschap en technologie een rol en voorts het feit dat onderzoekers, producenten en aanbieders via de media de vraag aanwakkeren.

Vaak wordt gezegd dat de bevolking teveel gezondheidszorg vraagt. Een dergelijke opvatting heeft voor een deel het karakter van blaming the victim. Immers de bevolking verzint geen medische technologieën en wordt in zijn vraag in belangrijke mate geleid door de medische wetenschap en de professie. Voor een ander deel echter kan wel worden gezegd dat de vraag naar gezondheidszorg veroorzaakt wordt door opvattingen die bij de bevolking leven over aanspraken op de collectiviteit ten aanzien van gezondheidszorg.

Een factor bij de kostenstijging is ook het prijskaartje dat hangt aan de toepassing van nieuwe technologieën en nieuwe geneesmiddelen wordt hoger.

Doch hoe dan ook, feitelijk kunnen niet alle vragen worden gehonoreerd omdat er niet voldoende mensen, organen en geldmiddelen voor aanwezig zijn. Het gelijkheidsbeginsel vergt dat alle patiënten op redelijke gelijke wijze aan hun trekken komen ¹²⁾. Dat is ook vanuit het patiëntenperspectief de meest eerlijke benadering.

Het schaarsteprobleem in de gezondheidszorg is op drie niveaus zichtbaar: op micro-, meso- en macrovlak. Op microvlak worden de hulpverlener en patiënt ermee geconfronteerd als aan een concrete hulpvraag niet binnen redelijke tijd kan worden voldaan; dan komen wachtlijsten, selectie en voorrang van patiënten aan de orde. Zie par. 4.2. Op mesovlak gaat vooral om instellingen van gezondheidszorg. Ik laat in deze paragraaf de schaarste op meso-niveau en op microvlak buiten beschouwing.

De verdeling van de schaarse middelen op macroniveau is in belangrijke mate een vraagstuk van prioriteiten en een politiek probleem ¹³⁾. Ik merk daarbij wel op dat het benoemen van een probleem als politiek niet betekent dat het daarmee kan worden afgeschoven naar regering en parlement. Ook al hebben die in laatste instantie te beslissen, er is een draagvlak in de bevolking en bij de hulpverleners vereist. Om tot een eerlijke verdeling van de voor de gezondheidszorg beschikbare middelen te komen zal het nodig zijn

12) Gelijkheid betekent niet het nastreven van feitelijke gelijkheid tussen mensen. Die is niet alleen ondenkbaar maar niemand zou die ook wensen. Het niet accepteren van ongelijkheid is een normatief oordeel dat wij aan bepaalde feitelijkeheden verbinden. Niet alle feitelijke ongelijkheid is dus een aantasting van het gelijkheidsbeginsel. In Nederland is aanvaard dat er geen ongelijkheid mag bestaan in de toegang tot noodzakelijke gezondheidszorg.

Dat neemt niet weg dat het aanbod van gezondheidszorg ongelijk over de behoeften is verdeeld. Over de aldus aanwezige ongelijkheid is nog wel het nodige op te merken.

13) Bij prioriteiten moet ook rekening worden gehouden bij de toewijzing van middelen aan wetenschappelijk onderzoek. De uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek beïnvloeden de prioriteitendiscussie.

om zowel bij de bevolking als bij de medische professie, instellingen van gezondheidszorg, ziektekostenverzekeraars en wetenschappelijke onderzoekers tot verandering van mentaliteit te komen. Bij de bevolking zal het besef moeten worden ontwikkeld dat er grenzen zijn aan de gezondheidszorg en het recht op gezondheidszorg en dat er naast de eigen nood andere noden zijn die evenzeer aanspraak kunnen maken op een rechtvaardig deel van de beschikbare middelen. Verder is het van belang meer aandacht te besteden aan het verminderen van zorgafhankelijkheid en het vergroten van zelfredzaamheid. De medische professie zal daaraan zijn bijdrage moeten leveren. De zorgafhankelijkheid wordt immers mede door die professie veroorzaakt.

De medische professie, onderzoekers en aanbieders zullen zich moeten bezinnen op hun rol bij de introductie van nieuwe technologieën en bij het bewerken van de bevolking o.a. via de media waardoor vraag naar gezondheidszorg wordt gekweekt. Nog bedenkelijke is dat ook propaganda wordt gemaakt voor half ontwikkelde technologieën met een beperkte kans van slagen en dat in de media soms alleen de successen worden getoond en niet de mislukkingen. J.Evers heeft in zijn oratie, getiteld *Festina Lente*, met voorbeelden aangetoond hoe ondoordacht en op onvoldoende wetenschappelijke basis nieuwe medische methoden soms worden geïntroduceerd. Letterlijk zei hij: 'Wij artsen moeten niet toegeven aan de verleiding van het korte termijn succes van het snel introduceren van een onvoldoende geëvalueerde nieuwe techniek, maar moeten ons de tijd gunnen voor het van degelijke bewijskracht voorzien van de effectiviteit van nieuwe onderzoeks-of behandelingsmethoden.' Voorlichting is van groot belang maar niet iedere voorlichting is verantwoord.

Politieke beslissingen zijn geen vrije beslissingen in die zin dat zij niet zouden zijn gebonden aan medisch-wetenschappelijke kennis, aan juridische en ethische analyse en aan rechtsnormen. Politieke besluitvorming over rechtvaardige verdeling van de middelen in de gezondheidszorg op macrovlak vereist gezondheidsrechtelijk, gezondheidsethisch en gezondheidszorgonderzoek. Het gezondheidszorgonderzoek zal - afgezien nog van de evaluatie van individuele medische technologieën - gegevens en inzichten moeten aandragen