



De prijs van gelijke zorg

[KatholiekNieuwsblad](#)

Katholiek Nieuwsblad, 18 januari 2013

door dr. J.A. Raymakers, emeritus internist en secretaris-penningmeester Stichting Medische Ethiek

In de media is naar aanleiding van een rapport van het Centraal Planbureau met bovenstaande titel opnieuw aan de orde gesteld dat onze gezondheidszorg te duur dreigt te worden.

Bij deze toekomstvisie werden in een uitzending van Nieuwsuur van 8 januari door Wouter Bos vraagtekens gezet, o.a. omdat er juist kort geleden grote ingrepen ter regulering van de groei van die kosten zijn gedaan. Hij stelde ook, daartoe uitgelokt door presentator Twan Huys, dat de noodzaak van kostbare zorg aan het einde van het leven door oude mensen als betrekkelijk wordt gezien, blijkens onderzoek onder de betrokkenen. Een afweging van de kwaliteit van leven tegen de verlenging van het leven zou daarbij bespreekbaar zijn.

Enkele kanttekeningen zijn hierbij op hun plaats. Het rapport baseert zijn conclusie op de berekening dat voor een laag opgeleid iemand gedurende zijn hele leven per jaar € 3000 wordt uitgegeven en voor een hoger opgeleide gemiddeld € 2000, terwijl de eerste daarvoor gemiddeld € 2000 per jaar betaalt en de hoger opgeleide € 4000. Dit zijn generalisering die geen oplossing bieden omdat ze niet op achtergronden en oorzaken ingaan. Het is bekend dat de kosten van gezondheidszorg vooral in de twee laatste levensjaren gemaakt worden, men noemt dat wel "compressie van morbiditeit aan het einde van het leven". Het heeft dan ook niet zoveel zin om deze kosten om te slaan over de totale levensduur. De vraag is verder wat onder gelijke zorg moet worden verstaan: dezelfde consumptie van dezelfde zorgvoorzieningen of gelijke kosten? De constatering dat hoog opgeleide mensen minder uitgeven aan zorg dan lager opgeleiden vraagt een veel meer gedetailleerde verklaring. Betekent het dat minder hoog opgeleiden ongezonder leven of dat zij werken in beroepen en/of omstandigheden die ongezonder zijn? En zou daar dan ook niet aan gewerkt moeten worden?

Wouter Bos noemde in het interview IVF, als een zorgvoorziening waarin de kostenverschillen onacceptabel groot zijn. Maar behoort IVF dan tot de zorg waarop de mens van nature recht heeft? Het belangrijkste punt dat hij aanroerde was echter de mogelijke uitruil bij ouderen van kwaliteit van leven tegen levensduur. Is dat wel een echte ruil? Heel veel mensen en beleidsmakers vinden van wel. Toch worden twee zaken die van een geheel verschillende orde zijn gewaardeerd alsof zij vergelijkbaar zouden zijn en dat is niet het geval. De kwaliteit van leven komt in brede zin overeen met welzijn en zeker niet alleen met fysieke en geestelijke gezondheid. En kwaliteit van leven is niet synoniem met gezondheid. Anderzijds is zelfs voor de geringste kwaliteit van leven een noodzakelijke voorwaarde dat het leven zelf er is. In de vergelijking wordt de term leven in twee verschillende betekenissen gebruikt. Het leven behoort tot het wezen van de persoon, de kwaliteit van leven is variabel en afhankelijk van door wat die persoon beleeft, ondervindt en doet. De duur van het leven, die ons geschonken wordt als eigen aan het leven zelf, is niet vergelijkbaar met de kwaliteit ervan en kan er dus ook niet voor uitgeruild worden. Door verlies aan perspectief kan het leven als van geen waarde worden ervaren, maar dat verlies aan perspectief mag geen reden zijn om dan maar voor de dood te kiezen. Dat perspectief is immers de hoop die ons richt op ons werkelijke doel, de vereniging met de Schepper, voorbij de natuurlijke dood. Dat perspectief maakt dat het leven zolang het er is altijd waard is om geleefd te worden. Daarom is het ook onaanvaardbaar om te kiezen voor de dood door weigering van een zinvolle en



proportionele behandeling of door actieve levensbeëindiging. Daar is dus de oplossing tot bezuiniging niet te vinden.

Ook voor oude mensen moet dus de zorg beschikbaar blijven die het leven beschermt zolang als dat mogelijk is en iedereen moet vrij zijn om uit de beschikbare middelen die mogelijkheden te kiezen die moreel verantwoord zijn en een redelijke verhouding hebben tussen de lasten en het resultaat dat ervan verwacht kan worden. Een leeftijdsgrens of een ander getalsmatig criterium is onmogelijk op moreel verantwoorde wijze te geven. De mens behoudt tot zijn natuurlijke dood de rechten die hem van nature toekomen, o.a. een zorgzame opvang door zijn medemensen in sociaal opzicht en qua medische verzorging. We noemen dat het socialiteitsbeginsel, wat betekent dat we allen als kinderen van dezelfde Vader deel uitmaken van één mensengemeenschap. Dat is een van de grondslagen van het beginsel van solidariteit, waarvan het rapport zegt dat die onder druk komt te staan. Daarop berust weer de keuze voor collectieve voorzieningen.

In de verdeling van de middelen en mogelijkheden van de gezondheidszorg en de opname ervan in een basaal verzekeringspakket of andere wijze van toedeling zal allereerst gekeken moeten worden naar wat werkelijk noodzakelijk is. Het voorbeeld van de IVF dat Wouter Bos naar voren bracht is ongelukkig gekozen. Het is een kostbare voorziening die ethisch gezien veel vragen oproept en niet noodzakelijk is voor leven of gezondheid. Ze wordt door de katholieke Kerk moreel onaanvaardbaar geacht, omdat ze ingaat tegen Gods bedoeling met huwelijk en voortplanting. De lezer kan zelf meer voorbeelden te bedenken van niet noodzakelijke of onvoldoende verantwoorde voorzieningen die de basiszorgverzekering nu biedt.

De conclusie van het CPB-rapport begint met de opmerking dat bij een doorgaande ontwikkeling van de kosten vraagtekens gezet kunnen worden bij een gelijke toegang tot de zorg voor iedereen. Een bezinning op wat werkelijk nodig is moet aan verdere regulering, die met de inkomensafhankelijke bijdrage Zorgverzekeringswet in gang is gezet, voorafgaan.

Overgenomen met toestemming van Katholiek Nieuwsblad.