

Financiële beperkingen in gezondheidszorg-budget maken keuzes in de zorg onvermijdelijk

Gezondheid heeft geen prijs. Een uitspraak die tot vóór enkele decennia misschien opging, maar die vandaag toch moet worden genuanceerd. Het budget dat de samenleving wil uitgeven aan gezondheidszorg, is wel degelijk beperkt. Van elke 100 euro die de Belgische overheid vandaag uitgeeft, gaat iets meer dan 10 euro naar gezondheidszorg. De vergrijzing van de bevolking, maar ook nieuwe en vaak veel duurere technologieën maken dat er keuzes moeten worden gemaakt. Lastige keuzes.

Filip CEULEMANS



In Groot-Brittannië worden zowel mensen met overgewicht als rokers uitgesloten van een nieuwe heup- of knieprothese. © Corbis

GEZONDHEID HEEFT WEL DEGELIJK EEN KOSTPRIJS

Eind april publiceerde het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) een rapport over preventieve onderzoeken naar borstkanker bij vrouwen tussen 70 en 74 jaar. In zijn voorwoord geeft Raf Mertens, algemeen directeur van het KCE, mooi aan welke keuzeproblemen zich in de zorg kunnen stellen.

„Keuzes maken in de zorg – het lijkt op discriminatie, zeker wanneer de keuze gebeurt op basis van leeftijd”, schrijft Mertens. „Hoe kan men bijvoorbeeld verantwoordelijk aan een oudere patiënt de terugbetaling voor een dure hartingreep te ontzeggen, louter vanwege een leeftijds criterium, ook al is hij of zij voor het overige nog in goede algemene toestand? Dergelijke denkpistes roepen stevast een verhitte maatschappelijke discussie op, gevoed vanuit waardesystemen die soms diametraal tegenover mekaar staan.”

De combinatie vergrijzing van de bevolking (met de bijbehorende stijgende gezondheidskosten) en een beperkt budget maakt keuzes onvermijdelijk. Daarbij zijn twee uitgangspunten mogelijk: het utilisme en het egalitarisme.

Aanhangers van het utilisme wegen de kosten af tegen de baten: de zorg moet zo

verdeeld worden dat er een zo gunstig mogelijk effect is op de gezondheidszorg van een zo groot mogelijk deel van de bevolking. Ze berekenen dat dan in zogeheten QALY's, wat staat voor gewonnen kwaliteitsvolle levensjaren.

Aanhangers van het egalitarisme daarentegen streven naar een zo groot mogelijk gelijkheid in de gezondheidszorg: patiënten met de grootste achterstand in gezondheid moeten voorrang krijgen. Concreet: de behandeling van een patiënt met een ernstige lichamelijke handicap primeert op de behandeling van een grotere groep patiënten met een weinig belastende aandoening. Wanneer de middelen beperkt zijn, benadelt dit systeem de gezondheidstoestand van de totale bevolking: de omvang en de kwaliteit van de zorg neemt voor een groot deel van de patiënten af ten gunste van een kleine groep die intensieve verzorging nodig heeft.

Wie maakt de (vermijdelijke) keuzes? Dat gebeurt op meerdere niveaus. Allereerst is dat een taak van de overheid. Zij bepaalt waar de financiële middelen prioritaair naartoe gaan, onder meer door de terugbetalingsvoorwaarden vast te leggen. Bepaalde (meestal dure) geneesmiddelen worden niet, of veel later dan mogelijk terugbetaald. Es-

thetische chirurgie wordt slechts in enkele gevallen terugbetaald. Wil een patiënt hier toch van genieten, dan moet hij dat volledig zelf betalen. Dat leidt meteen tot een ander probleem: geneeskunde met twee snelheden. Kapitaalkrachtige patiënten kunnen zich zorg veroorloven die minder rijke patiënten niet kunnen genieten.

Niet alleen de overheid maakt keuzes. Dat gebeurt ook op een lager niveau. Ziekenhuizen en andere zorginstellingen bepalen voor een stuk eigenmachtig hoe ze de eigen financiële middelen verdelen. Gewild of ongewild bepaalt de instelling mee de keuzemogelijkheid van de patiënt. Ten slotte maken ook de individuele zorgverstrekkers keuzes, bijvoorbeeld omdat zij soms moeten bepalen welke patiënten eerst worden behandeld. Op de dienst spoedgevallen van een ziekenhuis wordt in principe niet de patiënt die eerst binnenkomt eerst behandeld, maar wel de patiënt die de meest spoedeisende zorg nodig heeft.

De Amerikaanse staat Oregon heeft een wel heel originele manier om keuzes in de zorg te maken. Via hoorzittingen en telefonische enquêtes wordt aan de bevolking gevraagd welke behandelingen volgens hen prioritaair is. Aan de hand van die prioriteitenlijst bepaalt de overheid dan wat er in het basispakket komt. Ze legt het budget vast en de behandeling die bovenaan staat, komt in het basispakket en wordt aan iedereen volledig terugbetaald. Daarna de op een na belangrijkste, en zo verder, tot het budget op is.

LEEFTIJD EN LEVENSTIJL BEPALEN IN GROTE MATE DE KEUZE

Het debat over keuzes in de zorg is geen nieuw debat. Het ontstond twintig jaar geleden toen duidelijk werd dat de vergrijzing bepaalde problemen zou veroorzaken.

„De overheid kwam voor een dilemma te staan”, stelt Pascal Borry, docent medische ethiek aan de KU Leuven. „Hoe kunnen we de toenemende kosten door de vergrijzing beperken en toch het rechtvaardigheidsprincipe niet opgeven? Een aantal van de antwoorden daarop is duidelijk zichtbaar: artsen moeten richtlijnen en standaarden volgen, de ligdag in het ziekenhuis wordt sterk ingeperkt en de variatie in behandeling tussen verschillende artsen wordt in de mate van het mogelijke weggewerkt.”

„Er bestaat niet alleen een keuze tussen behandelingen, maar ook een keuze tussen patiënten”

Pascal Borry



© KU Leuven

Eigenlijk moeten er twee soorten keuzes worden gemaakt. „De eerste is een keuze tussen behandelingen. Niet alle mogelijke behandelingen worden ook aangeboden. Bij het bepalen van de prioriteiten worden noodzakelijkheid, werkzaamheid en de kosten-batenanalyse tegen elkaar afgewogen”, zegt Pascal Borry. „Een tweede keuze is die tussen patiënten. Eigenlijk druist dat in tegen de deontologie van de arts die voor ieder van zijn patiënten de best mogelijke

behandeling moet voorzien. Daarom gebeurt de selectie van patiënten beter niet op individueel, maar wel op een hoger niveau.”

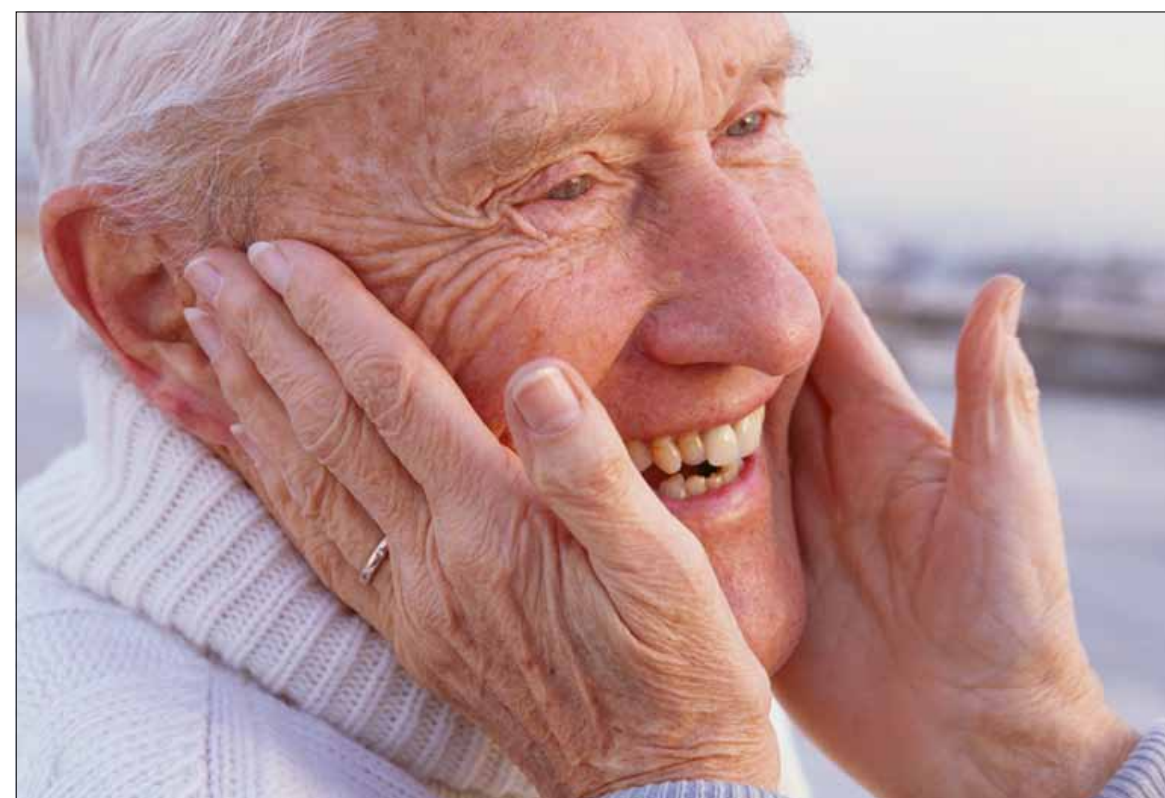
Bij het bepalen van de keuze tussen patiënten is de vraag wat een goed criterium is om de keuze te verantwoorden. „De meest objectieve en objectieerbare criteria zijn medisch van aard. Is er sprake van een spoedgeval? Wat is de kans op succes? Hoewel dat laatste soms al moeilijker in te schatten is. Het is echter ook mogelijk de keuze met andere, meer persoonsgebonden criteria te verantwoorden. Discrimineren op basis van bijvoorbeeld leeftijd of godsdienst ligt erg gevoelig”, stelt Pascal Borry vast. „Nochtans is het maken van keuzes gebaseerd op leeftijd niet nieuw. Vroeger werd nierdialyse slechts opgestart tot een bepaalde leeftijd. Vanaf die leeftijd werd het 'niet meer de moeite' gevonden. Wordt bij de leeftijd echter rekening gehouden met de echte leeftijd of met de biologische leeftijd? De eerste is makkelijk te bepalen, de tweede heel wat moeilijker. Maar medisch gezien is vooral de biologische leeftijd van belang. De kwestie toont meteen aan hoe moeilijk het is om leeftijd als criterium te gebruiken.”

„Nog moeilijker ligt gedrag als criterium. In welke mate zijn mensen verantwoordelijk voor hun gedrag?”, vraagt Borry zich af. „In iemands rookgedrag kunnen aspecten als omgeving, opvoeding en verslaving een rol spelen. De vrije keuze van de persoon kan hier dan ook in vraag worden gesteld. Bovendien is het erg moeilijk om te bepalen wat een goede levenswijze is. Is er een verschil tussen het roken van één of van twintig sigaretten per dag? Wanneer iemand op een wachtlijst staat, is het wel makkelijker om hem te vragen zijn levensstijl aan te passen.”

ENGELAND MAAKT BEDUIDEND MEER KEUZES DAN BELGIË

Hoewel het niet altijd met zoveel woorden wordt gezegd, worden vandaag in ons land keuzes gemaakt in de zorg. In sommige gevallen is dat duidelijk. Vrouwen

ouder dan 47 komen in België niet meer in aanmerking voor in-vitrofertilisatie (reageerbuisbevruchting). In landen zoals Italië bestaat die beperking niet. Ook in



Wanneer er meerdere kandidaten zijn voor een orgaantransplantatie, valt de keuze meestal op de jongste patiënt. Maar is het leven van een jongere meer waard dan van een oudere? © Corbis

preventie worden er vaak keuzes gemaakt, zoals blijkt uit het voorbeeld van het preventieve onderzoek naar borstkanker bij vrouwen tussen 70 en 74 jaar (zie artikel hiernaast). De aanbeveling is hier trouwens om deze leeftijdsgroep niet meer te screenen. Al bij al blijft het aantal keuzes dat op die manier in België gemaakt wordt, relatief beperkt.

Dat het anders kan, blijkt uit het Britse voorbeeld. De sociale zekerheid staat daar al veel langer onder druk, met een lange geschiedenis van keuzes als gevolg. Sinds de conservatieve regering aan de macht is, neemt het aantal beperkingen sterk toe. Enkele voorbeelden. Heup- en knieprothesen worden enkel nog toegestaan aan mensen die ernstig pijn lijden. Patiënten met overgewicht worden sowieso uitgesloten. Cataractoperaties kunnen enkel nog voor patiënten wanneer het gezichtsverlies hun werk 'substantieel' beïnvloedt. Spataders worden enkel nog geopereerd wanneer de patiënt chronisch en voortdurend pijn lijdt. Amandelen worden bij een kind enkel nog weggenomen wanneer die het afgelopen jaar zevenmaal ontstoken waren. Het is duidelijk dat de Britse overheid niet enkel ouderen viseert.

Onlangs ontstond er opschudding omdat de regels nog wat strikter werden. In de pers luide het dat „patiënten die het niet verdienen levensnoodzakelijke zorg” geweigerd werd. Onder „patiënten die het niet verdienen” worden dan mensen verstaan die er een ongezonde levensstijl op na hou-

den: rokers, mensen met overgewicht, enzovoorts. Er hoeft daarbij zelfs geen rechtstreeks verband te bestaan tussen de levensstijl en de ingreep. In bepaalde regio's in Groot-Brittannië krijgen rokers bijvoorbeeld geen knie- of heupprothese.

Zo ver als Groot-Brittannië gaat België zeker (nog) niet. In de sector van de orgaantransplantaties moeten artsen echter vaak zelf een keuze maken. De overheid legt geen bindende regels op. Wanneer een orgaan beschikbaar is waarvoor twee patiënten in aanmerking komen, is het aan de arts om te beslissen. Hij kan de volgorde van de patiënten op de wachtlijst respecteren, maar hoeft dat niet te doen. Hij kan er mag andere factoren in overweging nemen (leeftijd of levensstijl van de patiënt). De keuze valt daarbij meestal op de jongste patiënt. Maar is dat gerechtvaardigd? Is het leven van een jongere meer waard dan dat van een oudere patiënt?

Het levens einde is een situatie bij uitstek waarin keuzes zich opdringen. Is het nog de moeite waard een bepaalde therapie op te starten voor een terminale patiënt? Soms ligt de keuze voor de hand, op andere momenten is het heel wat minder duidelijk. Toen tien jaar geleden de euthanasiewet werd goedgekeurd, wezen artsen op het gevaar van 'economische' euthanasie: euthanasie om financiële redenen, bijvoorbeeld om een erfenis 'veilig te stellen'. Momenteel zijn er geen aanwijzingen dat dit gebeurt, maar artsen zeggen dat waakzaamheid geboden blijft.