

Lezing voor Vereniging Tandheelkunde 15 november 2002.

Dames en heren, in 1989 begon ik aan een proefschrift dat handelde over een viertal medisch-ethische discussies in Nederland. Ik verdiepte mij in alle ins en outs van de debatten rond genetische manipulatie, medische experimenten, orgaantransplantatie en in het zogeheten Keuzen in de zorg debat. In die tijd ging dat debat over fictieve dramatische verhalen, die begonnen met: op een ziekenzaal liggen een straffe roker, een beroemde violist, een lieve moeder van drie kinderen, een 65-jarige gepensioneerde man en een zeventien-jarige jongen. Zij lijden allemaal aan dezelfde kwaal. Hun behandelend arts beschikt over een zeldzaam medicijn waarmee hij een van zijn patiënten het leven kan redden. Wie moet hij kiezen en waarom? De tiener die zijn leven nog voor zich heeft? De jonge moeder, vanwege haar kinderen? De violist omdat zoveel mensen genieten van zijn vioolspel? De roker maar niet omdat die zelf zijn gezondheid heeft geschaad? Over dat soort verhalen werden destijds zelfs tv quizzes georganiseerd. Het keuzen in de zorg debat ging echter ook over de plannen Dekker en Simons, over de trechter van Dunning en over hoe we allemaal moesten inzien dat de bomen niet tot in de hemel konden groeien.

In 1993 had ik mijn onderzoek af en ik probeerde toen te voorspellen hoe het zou aflopen met de vier debatten die ik had bestudeerd. Voorspellen is iets wat sociale wetenschappers eigenlijk niet moeten doen, omdat dat meestal verkeerd gaat. De sociale werkelijkheid is complex, wij zijn softe wetenschappers en wij beseffen dat er veel te veel oncontroleerbare variabelen zijn om te komen tot enigszins betrouwbare voorspellingen.

Maar ik was jong en onbezonnen en ik deed twee voorspellingen. Het debat inzake orgaandonatie zou, zo betoogde ik, uitmonden in een wet waarin het zogeheten toestemmingssysteem werd vastgelegd. Een overledene kan in dat systeem alleen orgaandonor worden als hijzelf of zijn nabestaanden daarvoor expliciet toestemming hebben gegeven. En het debat over keuzen in de zorg zou nog jarenlang doorgaan zonder uit te komen op een bevredigende oplossing.

Toen de Wet op de orgaandonatie werd behandeld in het parlement heb ik met het zweet in de handen voor de buis gezeten. Te elfder ure maakte de toenmalige CDA fractie, onder leiding van een plotseling tot het geen bezwaar systeem bekeerde fractiespecialist, de meest merkwaardige draaien. Het was niet uitgesloten dat wij alsnog zouden eindigen met een **geen bezwaar systeem** waarin elke overledene als donor wordt aangemerkt tenzij hij expliciet heeft laten aantekenen dat niet te wensen. Gelukkig voor mij kwamen de overige CDA fractieleden op tijd weer bij hun positieven. Wij kregen een Wet op de orgaandonatie

waarin een variant op het toestemmingssysteem werd vastgelegd. Mijn voorspelling was gered.

Met mijn voorspelling over het keuzen in de zorg debat heb ik dergelijke benauwde momenten niet gehad. Het debat over schaarste en keuzen in de zorg beleeft telkens nieuwe rondes met oude en nieuwe sprekers en oude en nieuwe argumenten. Een Amsterdamse collega die zich ook met deze materie bezighoudt schreef dat hij last kreeg van “higher order deja vu” ervaringen. Dat hij het niet alleen allemaal al eens eerder gehoord had, maar zich ook herinnerde hoe hij zich herinnerde dat hij het allemaal al eerder gehoord had.

Deze week werd bekend gemaakt dat de ziekenfondspremie volgend jaar zeer fors zal stijgen. Het zou mij niet verbazen als we een nieuwe ronde van het debat krijgen over de omvang van het ziekenfondspakket of, als we tegelijk aan het stelsel gaan lopen knutselen: over de omvang van het basisverzekeringpakket.

Goed. Voordat u nu het angstige vermoeden krijgt dat ik in deze lezing ga lopen betogen hoe ik het eigenlijk altijd al gezegd had; ik ga precies het omgekeerde doen. Ik zal proberen aan te tonen dat wij (of onze politici namens ons) in het keuzen in de zorg debat wel degelijk een bepaalde oplossing hebben gekozen. Dat is ook nog een heel acceptabele en werkbare oplossing. Het enige probleem ermee is dat die oplossing te weinig expliciet onderbouwd is en daardoor niet altijd consequent wordt aangehouden en uitgevoerd. Daardoor blijven we aldoor zitten met rafelrandjes en restproblemen. Een van die rafelrandjes, zou ik hier willen verdedigen, is de tandheelkundige zorg. De collectieve vergoeding daarvan is, met permissie, nogal een warboel. Ik zal aan het eind van mijn verhaal een voorstel doen hoe dat beter en consequenter zou kunnen.

De oplossing die wij hebben gekozen in het Keuzen in de zorg debat kan goed worden uitgelegd en onderbouwd met behulp van de rechtvaardigheidstheorie van de Amerikaanse politiek-filosoof Michael Walzer. Walzer's politieke filosofie kan worden samengevat in vier stellingen.

(sheet)

1. Als je op zoek bent naar rechtvaardigheidscriteria moet je dat niet doen in een soort metafysische wereld achter de echte wereld, je moet niet abstraheren van de wereld om je heen om universele algemeen geldende principes te ontdekken. Nee, je moet

kijken wat voor beginselen er verborgen liggen in onze maatschappelijke instituties en arrangementen, in “the world of meanings that we share”.

2. Rechtvaardigheidscriteria moeten worden gedefinieerd op het niveau van de politieke gemeenschap. De Scandinavische visie op de verzorgingsstaat is anders dan die van ons. De Amerikaanse visie op de verdeling van gezondheidszorg wijkt af van de Nederlandse. Het Britse kiesstelsel past in de Britse visie op politiek maar niet in die van de meeste landen op het Europese vaste land.
3. In liberaal westerse staten heeft rechtvaardigheid alles te maken met een scheiding van maatschappelijke sferen. In de sfeer van geld en goederen heerst de wet van vraag en aanbod of het marktmechanisme en waar het gaat om dvd spelers, mercedessen en mantelpakjes lijkt dat ook de juiste manier van verdelen. In het onderwijs gaat het echter om andere dingen. Lager onderwijs proberen we zo te verdelen dat alle kinderen een gelijke basisvorming krijgen en gelijke kansen hebben in de maatschappij. Plaatsen in het universitair onderwijs horen meritocratisch te worden verdeeld; de meest getalenteerde studenten horen toegang te hebben tot het wetenschappelijk onderwijs ongeacht hun achtergrond, en ongeacht de portemonnee van hun ouders. In de sfeer van de sociale voorzieningen gaat het om het behoefte beginsel. We definiëren wat een burger in onze gemeenschap minimaal nodig heeft om zelfstandig te kunnen functioneren en dat keren we uit aan behoeftigen in de vorm van een bijstandsuitkering. In de sfeer van de politiek gaat het, zo hebben we de afgelopen maanden uit en ten treure mogen horen, om de gunst van de kiezer, die in die sfeer immers altijd gelijk heeft.
4. Een systeem van gescheiden sferen leidt tot, wat Walzer noemt, complexe gelijkheid. Wij mogen in onze politieke gemeenschap grote verschillen van inkomen hebben als die verschillen maar geen consequenties hebben buiten de sfeer van geld en goederen. Als grootverdieners extra dvd spelers, mercedessen en mantelpakjes kunnen kopen is dat geen reden tot zorg. Geld zou echter geen rol mogen spelen buiten die sfeer. Je behoort geen plaatsen te kunnen kopen in het parlement of de gemeenteraad, geen toegangkaartjes tot het hoger onderwijs, geen geprivilegieerde behandeling bij de dokter. Het idee hierachter is enerzijds dat mensen moeten worden beschermd tegen cumulatief ongeluk (met je baan verlies je ook je ziektekostenverzekering, je plaats in de creche, je huis van de zaak, je auto van de zaak en je sociale contacten). Het idee is ook dat niet steeds dezelfde mensen aan het langste eind mogen trekken: de een verdient veel geld, de ander is een hele lieve vader, een derde is een uitmuntend

gemeenteraadslid en weer een ander is een groot geleerde. De duvel mag altijd op de grote hoop schijnen, maar wij moeten er als politieke gemeenschap voor zorgen dat wij dat nadrukkelijk niet doen.

Sheet.

Laten we nu eens specifiek kijken naar de verdelingsprincipes in de sfeer van de gezondheidszorg. In ethische artsencodes staat nadrukkelijk vermeld dat artsen hun patiënten zullen behandelen ongeacht ras, geslacht, geloof, huidskleur of politieke overtuiging. Artsen behandelen patiënten op grond van medische criteria. Patiënten krijgen professionele hulp omdat ze ziek zijn en de arts daar iets aan kan doen. De politieke gemeenschap moet er zorg voor dragen dat de arts die hulp kan leveren zonder dief te zijn van zijn eigen portemonnee. Zij betaalt artsen dus op een of andere manier een royaal salaris, zodat zij in staat zijn patiënten te behandelen zonder aanzien des persoons. Tot zover niets aan de hand. Op het moment dat er nu om een of andere reden moet worden bezuinigd op de gezondheidszorg zal een Walzeriaans geïnspireerde politieke gemeenschap het volgende doen.

Men zal nadrukkelijk vaststellen dat het in de gezondheidszorg gaat om *medische* zorg naar *medische* behoefte. En men zal beide categorieën scherp willen afgrenzen. Dat is ook precies wat in concreto gebeurd is. Er zijn bij sommige aandoeningen vragen gesteld over wat je zou kunnen noemen het 'ziektekarakter'. Is onvruchtbaarheid een ziekte? Zijn flaporen een ziekte? Is psychisch lijden echt een ziekte? En aan de andere kant zijn we preciezer gaan nadenken over wat wel en niet kwalificeert als medische behandeling. Veel sterker is de nadruk komen te liggen op 'evidence based' geneeskunde: een medische behandeling moet pas als zodanig worden erkend als vaststaat op basis van dubbelblind onderzoek dat die behandeling beter werkt dan een placebo. Homepathische geneesmiddelen en andere alternatieve geneeswijzen voldoen niet aan dat evidence based criterium en worden dus ook niet collectief vergoed, en nu Bomhoff minister af is zal dat vermoedelijk ook wel zo blijven. Vooral huisartsen zijn veel meer gaan werken met standaard richtlijnen. Die behandelen pijntjes en kwaaltjes niet meer naar eigen inzicht, die pakken de richtlijnen erbij en zien wanneer wel en geen antibiotica moeten worden voorgeschreven, wanneer verwijzen dienstig is en wanneer niet en welke kwaaltjes allemaal vanzelf weer overgaan.

We hebben bovendien vastgesteld dat als er gekozen moet worden tussen patiënten de patiënt die er het ergst aan toe is voor zou moeten gaan: die komt bovenaan de wachtlijst en hoort het eerst te worden behandeld.

Dit was, zou je kunnen zeggen, ons Walzeriaans geïnspireerde antwoord op het vraagstuk van schaarste en keuzen in de zorg. De politiek heeft in feite de hele keuzeproblematiek afgeschoven op de medische professie: dokters moeten bepalen wat wel en niet echte ziekten zijn, dokters moeten met elkaar afspreken wat wel en niet effectieve behandelmethoden zijn en dokters moeten bepalen welke zieken het meest urgent moeten worden geholpen.

Als dat ons antwoord was, waarom bestaat dan toch de indruk dat de discussie over keuzen in de zorg eeuwig durend is en nog lang niet opgelost?

Daar zijn twee redenen voor aan te geven (sheet).

1. Artsen kunnen wel een beetje bezuinigen, maar daar is een grens aan. Als artsen vaststellen dat iemand echt ziek is en adequaat zou kunnen worden behandeld, dan moet die persoon op enig moment ook echt kunnen worden geholpen. Het is denkbaar dat er andere patiënten zijn met urgentere kwalen die eerst aan de beurt zijn, maar dat moet wel ergens ophouden. Het pamflet van de Maastrichtse chirurg Maurits de Brauw, *De wachtlijst en andere gezondheidszorgen*, spreekt wat dit betreft boekdelen. De Brauw is gespecialiseerd in ingewikkelde chirurgie voor nare, maar niet levensbedreigende aandoeningen. Hij beschrijft in zijn boek hoe de operatiekamer telkens weer moet worden klaargemaakt voor zijn collega's cardiologen die levensbedreigende hartkwalen moeten oplossen, zodat zijn patiënten helemaal nooit meer aan de beurt komen. Medisch gezien is dat volstrekt onacceptabel, en chirurgen als De Brauw hebben dan ook helemaal niet het gevoel dat het keuzen in de zorg vraagstuk afdoende is opgelost. En omdat medici dat zo zien en gedurig uitleggen dat er onnodig mensen pijn lijden en zelfs overlijden op wachtlijsten is er een permanente druk om andere oplossingen te vinden. De door de politiek gekozen oplossing, strak gedefinieerde medische zorg voor strikt afgebakende medische behoeften werkt alleen als er voor alles wat binnen die categorieën valt ook geld, personeel, tijd en ruimte beschikbaar is. Waar dat niet zo is ontstaan bedrijvenpoli's en ziekenhuisdirecteuren die een robin hood politiek willen bedrijven, die extra faciliteiten bieden aan rijke patiënten om het daarmee verdiende geld weer in hun ziekenhuis te kunnen investeren.

2. Het tweede probleem is dat van de grensgevallen. Een klassiek voorbeeld is in vitro fertilisatie als behandeling tegen onvruchtbaarheid. Is onvruchtbaarheid een ziekte, zo kun je je afvragen en zo ja, is ivf dan wel een geschikte behandeling? Ivf heft de onvruchtbaarheid immers niet op en de kans dat een ivf behandeling slaagt is een stuk kleiner dan dat zij mislukt. Praten we dan nog wel over evidence based geneeskunde en moet ivf dan nog collectief worden vergoed?

Een ander grensgeval is de tandheelkunde. In het aardige boekje *Kiezen en keuzen. Ethiek in de tandheelkundige praktijk*, dat ik kreeg toegestuurd ter voorbereiding op deze bijeenkomst, wordt uitgelegd dat tandheelkunde in feite twee gezichten heeft. De tandarts is enerzijds een soort dokter. Als ik morgen wakker word met gillende kiespijn, maak ik een afspraak met mijn tandarts. Die zal een foto maken van mijn gebit, concluderen dat ik iets afschuwelijks mankeer aan het wortelkanaal, mij onderwerpen aan een verschrikkelijke zenuwbehandeling, waarna ik hopelijk pijnvrij en opgelucht weer naar huis kan. In dat soort dingen is de tandarts precies de dokter.

Een tandarts doet echter ook aan gebitsverfraaiing. Hij zet tanden recht om cosmetische redenen, hij vervangt grijze vullingen door witte vullingen, hij adviseert dat hier en daar een kroon zou kunnen worden geplaatst hoewel dat eigenlijk nog niet hoeft en ik het niet moet doen als ik krap bij kas zit. In dat opzicht lijkt de tandarts meer op mijn kapster die probeert om mij een verfje of een permanentje te verkopen dan op mijn huisarts.

Walzeriaans bezien zit de tandarts aldus op de grens van de medische sfeer en de sfeer van geld en goederen waar de wetten van de markt mogen worden toegepast. Als dat zo is zou je verwachten dat dat deel van de tandheelkunde dat vergelijkbaar is met normale medische zorg zou moeten vallen onder het ziekenfondspakket (of, eventueel ooit: het basisverzekeringspakket). Zenuwbehandeling, anesthesie daarbij horend, vulling enzovoort, dat zou je allemaal collectief moeten vergoeden.

Wat daarentegen helemaal niet in het pakket zou hoeven is preventie. Preventie doen we immers ook niet in het pakket als het gaat om reguliere medische zorg. Ik ben zelf een nare hypochonder, ik zou het fantastisch vinden als mijn huisarts mij zo af en toe naar het ziekenhuis zou verwijzen voor een algehele check up. En dan helemaal doorgelicht, weer gerustgesteld naar huis, het lijkt mij heerlijk. Maar ik begrijp dat de gezondheidszorg dat niet aanbiedt en gezien tegen de achtergrond van die Walzer criteria vind ik het ook terecht en begrijpelijk dat zij dat niet doet. Maar waarom dan wel in de tandheelkunde? Want, zo heb ik mogen begrijpen, in de tandheelkunde zit nu juist die zenuwbehandeling en vulling na gillende kiespijn *niet* in het pakket, terwijl de jaarlijkse preventieve controle

en de daarbij horende röntgenfoto daar wel in zijn opgenomen. Ook opgenomen is de extractie terwijl je je daarbij weer kunt afvragen of dat genezing kan worden genoemd. Heel vreemd en je vraagt je af wat voor rechtvaardigheidstheorie daaraan ten grondslag kan liggen.

Volgens mij is de merkwaardige opdeling in wel en niet collectief te vergoeden delen in de tandheelkunde te duiden met behulp van een ethische theorie die het utilitarisme wordt genoemd. (sheet)

In de theorie van het utilitarisme worden handelingen beoordeeld op hun consequenties. Die consequenties op hun beurt worden beoordeeld in termen van leed en ongeluk enerzijds en welbevinden en geluk anderzijds. Je moet je dus als het ware een ontwerper van maatschappelijke regels en arrangementen voorstellen die zich afvraagt wat de gevolgen zijn van regel x en y, en die vervolgens gaat uitrekenen wat het batig saldo is van het geheel van regels. Om een voorbeeld te geven. Zeg dat een utilitaristische overheid zit na te denken of er wel of geen bijstandswet moet worden ingevoerd. Aan de pluskant noteert die wetgever een flinke vermeerdering van het levensgeluk van mensen die geen andere bron van inkomsten hebben. Aan de pluskant komt misschien ook het gevoel van veiligheid en zekerheid dat zo'n regeling verschaft aan alle overige burgers in de politieke gemeenschap: het kan mis gaan in mijn leven, maar in laatste instantie zal ik altijd kunnen terugvallen op een bijstandsuitkering. Er zullen in principe geen bedelaars op straat staan en als zij er toch zijn mogen wij ze negeren, we hebben immers belasting betaald om die mensen aan een uitkering te helpen. Aan de min kant staan de mogelijk negatieve effecten: mensen zullen minder snel bereid zijn vies en vervelend werk te doen, het arbeidsethos zou kunnen afbrokkelen. Werkende burgers moeten meer belasting betalen en kunnen met dat geld geen leuke dingen meer doen. Een utilitaristische ontwerper telt dan alles bij elkaar op, maakt een finale afweging en voert de bijstandswet wel of niet in.

Zo'n utilitaristische ontwerper zou heel goed kunnen uitkomen op de financiering van tandheelkundige zorg zoals die nu geregeld is. Die redeneert als volgt.

- Het is heel goed voor mensen om eens per jaar naar de tandarts te gaan voor controle, inclusief röntgenfoto. Dat is het behoud van hun gebit. Mensen zullen dat zelf echter lang niet altijd inzien, zeker mensen met een laag inkomen niet. Die vinden zo'n

controle een beetje overbodig. Om toch te zorgen dat mensen gaan stoppen we die controle in het ziekenfonds- of basisverzekeringspakket, dan hoeven ze er niet zelf voor te betalen en dan gaan ze wel.

- Bij helse pijnen daarentegen gaan mensen vanzelf wel naar de tandarts, ze moeten wel en het maakt ze op dat moment ook helemaal niets meer uit wat het kost. Daar betalen ze graag voor.

Wil ik dus, als utilitaristische regelgever gezonde gebitten en zo min mogelijk kiespijn dan kies ik voor de huidige regeling: preventie in het pakket en curatie eruit.

Hoewel ik mij wel iets kan voorstellen bij de visie van zo'n utilitaristische regelgever zou ik vanmiddag toch willen voorstellen om de tandheelkundige zorg net als andere gezondheidszorg gewoon volgens Walzeriaanse beginselen te gaan vergoeden, dat wil zeggen: vergoeding van echte medische zorg bij aantoonbare medische behoeften. De huidige, utilitaristisch geïnspireerde systematiek is paternalistisch; de wetgever meent dat preventie goed voor ons is, ongeacht wat wij daarvan vinden. De huidige systematiek doet bovendien geen recht aan onze solidariteitsgevoelens. Gewone burgers vinden het volstrekt redelijk dat zij moeten betalen voor een effectieve medische behandeling voor zieke medeburgers; dat de zenuwbehandeling bij kiespijn niet als zodanig wordt erkend is te gek voor woorden.