

OVER „MACHT” EN „VERONTRUSTING”

**Rede van de voorzitter der K.N.M.G., Dr. R. Vermeer,
gehouden ter inleiding van het 24ste Ledencongres**

Sinds jaar en dag is het gebruik dat de voorzitter van de Maatschappij op het jaarlijks congres een korte toespraak houdt en hoewel dit 24ste jaarcongres een soberder karakter heeft, eenvoudiger van opzet en slechts één dag durend, hebben wij gemeend met deze traditie niet te mogen breken. Het is het prerogatief van de voorzitter dan in zijn rede te trachten een kleine bijdrage te leveren aan de eigentijdse problematiek, zoals hij die ziet, waarbij hij vanzelfsprekend hoopt dat zijn woorden een klankbodem zullen vinden bij zijn gehoor.

Denkend over een onderwerp voor deze toespraak kwamen mij twee woorden in gedachten. En zonder een schijn van volledigheid, zonder de pretentie u een cultuur-filosofische tijdspiegel te willen voorhouden, wil ik u deze twee woorden, die in belangrijke mate ons zijn in deze tijd bepalen, noemen: de woorden „macht” en „verontrusting”.

Lange tijd was „macht” een vanzelfsprekende norm voor gezag - wie de macht had, had het gezag, hij had het gezag op grond van wat hij kon, van wat hij deed. Zo was het met de vorst, met de stad, met de kerk, met de wetenschap, met de medicus. Deze macht nu raakt in discrediet, de macht is in opspraak, het woord macht wordt steeds meer in malem partem gebruikt, het wordt synoniem met usurpatie, misbruik, onderdrukking, manipulatie, macht wordt gewantrouwd, bestreden, gesaboteerd, het is een besmet woord geworden.

Het is wellicht tijd om weer een goed woord te doen voor macht. Macht in de zin van beheersing, indamming van de natuur - in de ethische zin de macht, die de mens heeft zich boven zijn lot te verheffen. Wij leven in een wereld, die door het handelen van de mens en door zijn wetenschap en cultuur is bepaald. Het is de macht die de mens over de natuur uitoefent, ook dus de medische macht, die wij, ook in haar ontwikkeling, positief moeten en mogen waarderen, het is de macht waarmee een stuk chaos is en wordt teruggedrongen. Zij stelt regels aan het spel der natuur, zij grijpt in als woekeringsen en aberraties zich voordoen, zij stelt zich op en kiest partij voor de lijdenden en wordt hun bondgenoot. Het is de opdracht en de roeping van de mens, van de arts, die macht uit te oefenen. En dat is ook gebeurd en het gebeurt nog steeds waar patiënten worden behandeld. Telkens nieuwe en betere therapieën worden ontdekt en toegepast, epidemieën worden bestreden, nieuwe technieken op allerlei gebied worden steeds volmakter en de resultaten hebben er niet om gelogen. Hele groepen van

ernstige ziekten verdwenen vrijwel van het toneel, eerst in de westerse landen, maar in de ontwikkelingslanden, zoals wij ze tegenwoordig noemen, zien wij hetzelfde proces, zij het wat later in de tijd, zich voltrekken.

Het behoeft geen vraag te zijn of deze medische macht terecht werd aangewend, het zegenrijke van wat zij doet en kan is evident. Vooral na de tweede wereldoorlog heeft de medisch-technische macht en de medisch-biologische ontwikkeling zich in een ongekend tempo voortgezet. Gesteund door een uitgebreide research hebben zowel de diagnostische als de therapeutische mogelijkheden zich zodanig vermenigvuldigd, dat er resultaten zijn bereikt, die kort geleden nog ondenkbaar waren. Ik hoef in dit gezelschap daarop niet uitvoerig in te gaan, het is trouwens onmogelijk voor de enkeling om ze bij te houden. Laat ik er slechts enkele noemen. De moderne anesthesie en de technische mogelijkheden voor extra-corporale circulatie, de open hartchirurgie, de immunologische veroveringen die profylactische mogelijkheden op grote schaal brachten, de kennis van de auto-immuun ziekten, de ontwikkeling van de orgaantransplantatie-technieken, ook nierdialyse, de pace-maker, de geweldige vlucht van de medicamenteuze therapie in al zijn vormen, de prenatale diagnostiek door analyse van gekweekte cellen uit het amnion-vocht . . . er wordt wel eens gezegd, dat er in de laatste twintig jaar meer vooruitgang is geweest in de geneeskunde dan in de twintig eeuwen die daaraan vooraf gingen.

Of het gezag dat de medische wetenschap, de geneeskunde, heeft nu en in de toekomst zal worden gehandhaafd, versterkt, dan wel mede in discrediet zal worden gebracht, in opspraak zal komen, zal in niet geringe mate afhangen van de wijze waarop dit gezag deze macht zich weet te „bewijzen” door zich, ten dienste van de mensheid, in te zetten voor het leven en de leefbaarheid in een veranderende samenleving, die te maken heeft met overbevolking, met milieubederf, in een samenleving waarin het norm-besef zich wijzigt, het verwachtingspatroon van de patiënt ten opzichte van de arts anders wordt, waarin oude zekerheden zijn verdwenen en de toekomst ter discussie is.

Het is op dit punt dat de verontrusting inzet. Een verontrusting die twee oorzaken heeft. Ten eerste is er de verontrusting vanwege de snelle groei van onze macht, in de zin van onze „mogelijkheden”. „Wat kunnen zij verschrikkelijk veel” zeggen de mensen nog meestal bewonderend. Ten tweede:

hoewel zij zoveel méér kunnen, er zoveel ziekten zijn uitgeroeid, er zoveel meer mensen genezen, komen steeds meer mensen zich ziek melden bij de arts.

Wat het eerste betreft: deze verontrusting is niet tot de medische sector beperkt. De ongerustheden over de implicaties van de atoomfysica zijn al een aantal jaren eerder evident geworden, de ongerustheid over de beschadiging van het natuurlijk biologisch milieu is volop in discussie. De vragen van de cybernetica of wij over voldoende stuurmanskunst zullen beschikken om de mensheid naar een toekomst te leiden die menswaardig is, klinken eveneens. De vraag of wij opgewassen zijn tegen onze macht, of wij, dat wat wij kunnen óók ethisch áánkunnen, de vraag hoe wij aan machtsmisbruik, aan overschrijding van de grenzen van onze macht ontkomen, zal ons in de komende jaren niet loslaten. In een aantal gevallen komen deze grenzen in zicht, wij kunnen ze rondom ons zien in ziekenhuizen, in inrichtingen voor chronisch zieken en zieke bejaarden soms ook nog in gezinnen. Van den Berg geeft in zijn boekje „Medische macht en medisch ethiek” voorbeelden die schokken en die dat ook bedoelen te doen: misvormde kinderen waarmee nauwelijks contact mogelijk is, die permanent kunstmatig moeten worden gevoed, anderen met ernstige defecten, patiënten die maandenlang worden beademd, die als zij al ooit tot bewustzijn zullen komen zó defect zullen zijn dat de bange vraag moet worden gesteld of het wel goed is geweest onze medische macht zó te hebben gebruikt.

Hoe moeilijk moet het zijn te beslissen of de medisch-technische macht, die men kán gebruiken, die ter beschikking staat, al dan niet moet worden aangewend. Als wij bedenken wat er in de toekomst binnen ons machtsbereik komt te liggen en welke consequenties daaraan zijn verbonden, klemmt de bange vraag des te meer. Selectie en beïnvloeding van het menselijk nageslacht spreken het meest tot de verbeelding. Het lijkt bepaald niet verantwoord deze als een soort science-fiction te onderschatten op hun mogelijkheden en consequenties. Het zelfde geldt voor levensverlenging op grote schaal door een betere kennis van de verouderingsprocessen, voor beïnvloeding van hersenprocessen door psycho-farmaca. Reageerbuis-babies lijken nog ver af, maar het is blijkbaar nu reeds mogelijk menselijke ovula in een cultuur te brengen, ze te bevruchten en tot een blastula te laten uitgroeien. Het begin van een weg, die inderdaad griezelige vergezichten opent. „Within the next few decades discoveries in biology can radically change human life as we know it” schrijft Watson Fuller in de voorrede van een boekje „The social impact of modern biology”, waarin een aantal lezingen en discussies, door vakgeleerden gehouden op een Engels congres, is verzameld.

Het is duidelijk dat een „waarde-vrije” beoefening van de medische wetenschap ondenkbaar is geworden en dat een waarde-bepaling onmogelijk is zonder een herwaardering van het medisch handelen.

Vroeger was de waarde van de geneeskunde niet in het geding - de macht die zij had en het gezag dat zij uitoefende, bleek uit haar resultaten: aan de vruchten kende men de boom. Er is echter een herbezinning nodig geworden: wat is het leven dienen, wat is de zin van het medisch handelen nu door de medische macht grenzen dreigen te worden overschreden? Dat daarbij grote ethische vragen omtrent leven en dood, omtrent het wel-zijn, omtrent de kwaliteit van het leven dat wij kwantitatief kunnen behouden en in tijdsduur rekken niet uit de weg kunnen worden gegaan, lijkt mij duidelijk.

De tweede genoemde oorzaak van de verontrusting is dat, ondanks de geweldige toename van de medische macht, weer in de zin van „mogelijkheden” waardoor o.a. zoveel ziekten zijn uitgebannen, toch de morbiditeit toeneemt. Voor een deel is dat een rechtstreeks gevolg van de medische macht - er zijn meer ouden van dagen, meer zorg behoevende en invaliden en gebrekkigen. Voor een ander deel is nog een duidelijke oorzaak aan te geven, bijvoorbeeld de toename van de ongevallen, vooral in het verkeer. Maar daarnaast blijft een grote groep over: de lijdens aan de welzijnsnood, zoals Weyel ze signaleert, „de welzijnsnood die heerst als een endemische ziekte” en die hij karakteriseert als „een psycho-sociale deficiëntie ziekte”. Men kan twisten over het percentage psychische en psycho-somatische aandoeningen dat bij de arts wordt gepresenteerd. Het is wel zeker dat het hoog is, te meer als men bedenkt dat ook bij zeer veel patiënten, die aanvankelijk voor een duidelijk somatische aandoening onder behandeling kwamen, de psycho-sociale problematiek bij de reconvalescentie en het herstel duidelijk wordt. Zeker is dat ze zo frequent voorkomt, dat verontrusting op zijn plaats is - verontrusting over het feit zelf, verontrusting over het onvermogen van de „klassieke” geneeskunde hier hulp te bieden. Hier is niet de medische macht oorzaak van de verontrusting maar de medische onmacht, die kan leiden tot frustratie en afweer.

Het is verheugend dat de uitdaging, die deze „epidemie” vormt, door de medici wordt beantwoord. De huisartsen-geneeskunde heeft de handschoen opgenomen, de verzekeringsgeneeskunde ziet hier een boeiende taak. Niet alleen hulp in individuele gevallen, maar bestudering en evaluatie van het verschijnsel als geheel en het beramen van adequate maatregelen ter voorkoming van deze welzijnsziekte zijn noodzakelijk. De oorzaken van dit ziektebeeld lijken veel multiformer, de te nemen maatregelen veel ingewikkelder dan dat bij vele andere ziekten het geval is.

In mijn betoog heb ik gesproken over medische macht en medische onmacht, die beide tot verontrusting aanleiding kunnen geven. Gij zult van mij hier geen oplossingen verwachten. Maar ik wil wel twee voorwaarden noemen die noodzakelijk moeten worden vervuld om in de goede richting te gaan. De rol van de arts en van de geneeskunde in de huidige samenleving, zoals die bezig is door de maatschappelijke en medische ontwikkelingen te veran-

deren, maakt een open opstelling nodig. Een werkelijk betrokken zijn van alle artsen bij deze problematiek, onderlinge discussie en overleg is te meer nodig naarmate de specialisatie is toegenomen. En ten tweede is een encyclopedisch overleg met andere disciplines en met de samenleving zelf absoluut vereist. Dat de communicatie-moeilijkheden niet gering zijn is ook wel duidelijk, al was het alleen maar omdat men elkanders taal zo moeilijk verstaat.

Uit het voortreffelijk artikel van Kortbeek in Medisch Contact van 1 september j.l. citeer ik de volgende zin: „Aangezien niet alleen degenen die deze handelingen verrichten, deze handelingen hebben mogelijk gemaakt en niet alleen zij worden belast

met de gevolgen van deze handelingen, gaat de meningsvorming over de wenselijkheid of noodzaak van het gebruik van de medische mogelijkheden in bepaalde situaties de gehele samenleving aan.”

Deze gedachte brengt mij tenslotte tot de volgende opmerking. Hoe groter de medische macht wordt, hoe meer wij gedwongen zullen worden een keuze te maken. Niet alles wat wij medisch kunnen, zal ook economisch kunnen. Aan een prioriteitenbepaling zal naar mijn mening niet kunnen worden ontkomen. Hierover moet in zo breed mogelijke kring discussie op gang komen. Ook dit vraagstuk is niet alleen een zaak van de medici, maar een zaak welke de gehele samenleving aangaat.

Blauwdruk op basis van de „Zeven Pijlers”

Beperkte volksverzekering

Dezer dagen verscheen een „Blauwdruk voor een Nationaal Verzekeringssysteem Ziektekosten op basis van het „Zeven Pijlers”-plan”. De blauwdruk werd aan de Commissie Structuur Verzekeringen Kosten Geneeskundige Verzorging van de Sociaal-Economische Raad aangeboden door de samenstellers van „Zeven Pijlers voor een nieuwe structuur van de gezondheidszorg” (februari 1971). Hiermee presenteren zij een tweede visie op de structurele hervorming van de ziektekostenverzekering. Het Overlegorgaan der drie Vakcentrales was hen voorgedaan met haar „Schets van een Algemene Volksverzekering Ziektekosten” (zie M.C. nr. 40/1972, blz. 1053).

De samenstellers van de blauwdruk zeggen de opdracht van de S.E.R.-commissie kortweg te hebben verstaan als het ontwerpen van een nieuw nationaal verzekeringssysteem voor de kosten van de curatieve gezondheidszorg, dat zou moeten voldoen aan de volgende eisen:

- a. een redelijke lastenverdeling, die de financiële bereikbaarheid der voorzieningen moet garanderen en discriminatiegevoelens doet verdwijnen;
- b. een vergoedingssysteem (aanspraken-, verstrekkingen- of restitutiesysteem) dat een zo gunstig mogelijk effect heeft op het optimaal gebruik van de gegeven capaciteit van instellingen, apparatuur en mankracht.

Binnen de structuur van een toekomstige gezondheidszorg in ons land, zoals die hen voor ogen staat, denken de samenstellers van de blauwdruk aan een financieringssysteem dat kan worden gekarakteriseerd als een beperkte volksverzekering

met tweedelige premiebetaling. Opgemelde structuur berust op een zevental hoofdkenmerken:

1. De algemene verplichting tot betaling van een „gezondheidspremie”, als een fiscale, procentuele heffing op het inkomen, tot de premiegrens van de bestaande volksverzekeringen. Daarnaast betaling van een nominale premie aan de zelfgekozen verzekeringsinstelling.

2. Verzekering van de ziektekosten door ministerieel erkende instellingen: verzekeringsinstellingen A en B, gescheiden door een inkomens- of welstandsgrens. Voor iedere ingeschrevene toucheert de verzekeringsinstelling een basistoelage, gedifferentieerd naar leeftijdsgroep. Verder ontvangen de A-instellingen naar rato van hun verzekerdenbestand bedragen voor een nieuw op te zetten premiereductieregeling. Basistoelage en premiereductie verlagen het bedrag dat als nominale premie van de verzekerde zelf moet worden geïnd.

3. Eén wettelijk voorgeschreven, uitgebreid pakket van verstrekkingen als basisvoorziening. Mogelijkheid van facultatieve aanvullingen voor minder belangrijk geachte verstrekkingen. Daarnaast, uitsluitend voor de B-instellingen, aanvulling voor luxe-verstrekkingen.

4. Beheer door een Raad voor de Gezondheidsverzekering van een Ziektekostenkas. De kas wordt gevoed door de gezondheidspremie naar draagkracht en door overheidsbijdragen.

5. Invoering van een restitutiestelsel bij alle vor-