

Jaarrede KNMG-voorzitter F. N. M. Bierens:

Verantwoorde gezondheidszorg en verantwoordelijkheid

Wat is verantwoorde gezondheidszorg?

Door de huidige economische omstandigheden is deze vraag in een stroomversnelling gekomen.

Er is een toenemende vraag om medische zorg. Mensen verlangen zonder pijn of lijden hun leven zo prettig en harmonieus mogelijk in te richten. Zij hebben daarbij het optimistische geloof dat dit begerenswaardige doel ook daadwerkelijk is te bereiken, en wel dankzij de hulp van de medische wetenschap. Die medische wetenschap zelf komt met een toenemend aanbod van methoden en middelen voor betere hulp bij pijn, angst of verdriet, bij infectieziekten, tumoren en hart- en vaatziekten. Dit bevordert de gedachte dat mensen geen pijn meer hoeven te lijden en geen angst meer hoeven te hebben, dat afwijkingen altijd kunnen worden gecorrigeerd. De mogelijkheid medisch in te grijpen suggereert een macht over gezondheid en ziekte. De gedachte dat we ermee zullen moeten leren leven raakt steeds verder op de achtergrond. Het technologisch vooruitgangsgeloof, gebaseerd op spectaculaire vorderingen in de reparatieve geneeskunde, is de kernvraag gaan overschaduwen: de vraag naar het ontstaan, voorkómen, behandelen en genezen van ziekten. Door de tastbare ontkenning van psychologische, sociale en economische factoren met betrekking tot leefstijl, hygiëne en welvaart zijn steeds méér specialisten tot ontwikkeling gekomen die ieder voor zich steeds verder in een bepaald onderdeel van het menselijk organisme zijn gaan graven, op gevaar af het geheel dat meer is dan de som der delen uit het oog te verliezen. De techniek overvleugelt de kunst, voor gezond verstand en warm begrip is in de hulpverlening steeds minder plaats, de algemene gezondheidstoestand van de bevolking is bij alle groei van kunnen en weten niet verbeterd.



Het vooruitgangsgeloof bij patiënten én artsen heeft ertoe geleid dat de burger zijn eigen verantwoordelijkheid voor het behoud van zijn gezondheid uit het oog heeft verloren. Dat geloof heeft hem afhankelijk gemaakt van het medisch systeem en heeft hem het besef ontnomen dat er grenzen zijn aan het medisch kunnen. Tevens leidde het tot een ongebreidelde groei van het volume en van de kosten van de zorgverlening, waaraan met het jaar een groter deel van het nationaal budget werd besteed. Daarop is een tegenbeweging ontstaan. Omdat ze vond dat het op deze manier niet kon doorgaan, probeerde de politiek een limiet vast te stellen, aan te geven wat er gezien de andere prioriteiten nog voor de gezondheidszorg beschikbaar kon worden gesteld. De gezondheidszorg werd niet

meer aan zichzelf overgelaten. Ze zou moeten bijsturen. Ze zou zich moeten bezinnen op de vraag hoe binnen bepaalde financiële grenzen van een maximale tot een optimale zorg te komen. De harde kern van die vraag is: wat is eigenlijk goede, dus verantwoorde gezondheidszorg en waar horen de grenzen van de gezondheidszorg te liggen?

Optimale zorg

Wat betekent nu, met het oog op de toekomst, optimale gezondheidszorg? Is dat gezondheidszorg tegen een minimum aan kosten of gezondheidszorg met een maximum aan opbrengst?

Gaan we van een bepaald budget uit, dan maakt het in beginsel geen verschil welke keuze we maken. Dan zullen we streven naar het bieden van een kwalitatief goede zorg binnen de grenzen van het financieel mogelijke, dan wel naar het produceren van zoveel mogelijk effectieve diensten tegen zo gering mogelijke kosten. In beide gevallen zal ons streven gericht zijn op een optimale zorgverlening volgens de laatste stand der wetenschap binnen een beperkt budget. Dát wordt het nieuwe kwaliteitsbegrip in de gezondheidszorg, een ontwikkeling waarbinnen de beperking van de middelen dienst doet als katalysator voor het denkproces over het begrip 'optimalisering'. Dit optimaliseringsstreven houdt een uitdaging in, na de maximaliserings-tendens van het verleden, een uitdaging welke de medische beroepsgroep niet uit de weg zal kunnen gaan en ten aanzien waarvan zij een grote verantwoordelijkheid draagt.

Met inachtneming van de randvoorwaarden die de samenleving daaraan heeft gesteld, zullen de kwaliteitsverbetering die voor de toekomst wordt nagestreefd en de middelen daartoe moeten worden ge- ►

toetst. Daarbij zullen de legitimiteit en de waarde van het medisch handelen volop ter discussie worden gesteld, gezien de omvang van de middelen. Dit vraagt om een *over-all strategie*, een methodologische benadering van de doeltreffendheid en de doelmatigheid, maar vooral van de doelstellingen van het medisch handelen. Die doelstellingen zijn misschien het best verwoord door Thomas McKeown in 'The role of Medicine', een boek dat in 1979 is uitgebracht. Hoofddoel van de geneeskunde is zijns inziens: 'to assist us to come safely into the world and comfortably out of it, and during life to protect the well and care for the sick and disabled'. Vrij vertaald:

1. De mensen helpen veilig ter wereld te komen . . .
2. . . . en haar zonder onnodig lijden te verlaten . . .
3. . . . en tijdens het leven gezonden te beschermen . . .
4. . . . en zieken en gebrekkigen te verzorgen.

Daaraan zou men kunnen toevoegen:

5. Het ontwikkelen van nieuwe kennis en kunde.

Als men deze doelstellingen nader analyseert, blijken ze een aantal opdrachten die moeten worden uitgevoerd te omvatten:

1. het voorkómen van genetische defecten;
het voorkómen van een bevolkingsaanwas die de draagkracht van samenleving en milieu overstijgt;
optimale zorg tijdens zwangerschap, bevalling en kraambed;
het bieden van een veilig startmilieu aan het jonge leven;
2. het bieden van hulp bij de voorbereiding op ouderdom en dood;
ondersteuning van zieke en invalide bejaarden;
het geven van terminale zorg en vertroosting aan stervenden en hun naasten;
3. het bieden van hulp bij het voorkómen van ziekten door beveiliging van het leefmilieu;
het scheppen van adequate levensvoorwaarden;
het vermijden van riskante levenswijzen;
4. onderzoek, behandeling en revalidatie met een kritische afweging van de winst die kan worden behaald, uit te drukken in kwaliteit van leven en le-

vensduur, en de offers die daarvoor moeten worden gebracht;

5. het ontwikkelen niet alleen van technische kennis en kunde, doch vooral ook van methodieken om de individuele leefwijze te beïnvloeden (psychohygiëne, preventie van sociogene pathologie), alsmede van processen om de doeltreffendheid en de doelmatigheid van de medische bedrijfsvoering te verbeteren.

Accenten verleggen

Het aanvaarden van de zoëven genoemde doelstellingen en de daaruit voortvloeiende opdrachten vraagt om een grondige herbezinning op het medisch handelen, een minder hoge prioriteit voor een reparatieve geneeskunst die op den duur leidt tot een steeds verminderende meeropbrengst, en een investering in meer fundamentele voorzieningen die het beoogde doel naderbij kunnen brengen en waarvan het rendement hoger zal zijn. Dit betekent niet dat wij de nieuwe technische verworvenheden onbenut zouden moeten laten. Integendeel, de vraag daarnaar zal blijven toenemen en de mogelijkheden zullen worden verruimd, maar dat vereist wel dat wij ons voortdurend bezinnen op een zo efficiënt mogelijke benutting van de medische voorzieningen. Het maken van keuzes kan daarbij niet uit de weg worden gegaan. Dat is iets wat voor het collectief eenvoudiger is dan voor het individu; bovendien blijkt datgene wat aanvankelijk slechts enkelen tot voordeel strekt, later tot een meer algemeen welzijn te strekken.

Fundamenteel blijft, dat de accenten zullen moeten worden verlegd. Een verantwoord woord gezondheidszorg zal moeten worden opgebouwd *vanuit de basis*, dat wil zeggen vanuit de patiënt in zijn eigen leefmilieu, zoals hij functioneert in de maatschappij, in zijn gezin, in zijn huis, in zijn werk en vrijetijdsbesteding. De patiënt staat onder invloed van zowel constructieve als destructieve krachten. Hij moet zich wapenen en vormen om zo gezond mogelijk te blijven, dat betekent lichamelijk en geestelijk adequaat te functioneren in de maatschappij.

Naast de eigenschappen die iemand heeft meegekregen zijn het vooral de omstandigheden waarin hij verkeert en zijn manier van leven die uitmaken of hij zich wel of niet gezond voelt. De beïnvloeding van *leefomstandigheden en leefwijzen* heeft dan ook een hoge prioriteit. Dit vraagt om een stimulering van de positieve krachten in de mens. Juist in de voorbijze verzorgingsstaat zijn begrippen als 'zelfstandigheid',

'zelfredzaamheid' en 'eigen verantwoordelijkheid van het individu voor zijn gezondheid' zwaar onder druk komen te staan. Aan deze begrippen zal opnieuw concreet inhoud moeten worden gegeven. Voorts zullen de destructieve krachten moeten worden verminderd. Ons ongezonde leefgedrag ten tijde van de welvaartsstaat heeft geleid tot die afwijkingen welke thans de meeste aandacht vragen: vetzucht, hypertensie, nerveuze klachten, hart- en vaatziekten, suikerziekte en dergelijke.

Het is duidelijk dat een accentverlegging als die welke ik hier kort heb geschetst van de hulpverlener een andere instelling vergt. Het liefst immers richt deze zich thans op de acute geneeslijke aandoeningen, nog te weinig heeft hij oog voor het voorkómen van vaak chronische ziektebeelden. Voorlichting en opvoeding echter horen voor hem geen randverschijnselen te zijn; ze horen een wezenlijk onderdeel van zijn takenpakket uit te maken. Die voorlichting en opvoeding dient te worden gegeven in een open communicatie met de patiënt, die de advisering en begeleiding alleen zal aanvaarden als hij het gevoel heeft voor vol te worden aangezien. Overigens kunnen we niet anders dan constateren dat er nog vele lacunes zijn in de kennis die we zozeer van node hebben ter zake van de genetische preventie, de beïnvloeding van leefwijzen en de psychohygiëne. Op deze terreinen van de gezondheidszorg zullen investeringen moeten worden gedaan, investeringen die wij alleen maar zullen kunnen doen als we voor de rest van het medisch bedrijf een efficiënte en effectieve bedrijfsvoering gaan hanteren teneinde kosten te besparen die ten goede zullen kunnen komen aan deze essentiële, fundamentele probleemgebieden.

Doelstelling en taken

Om tot een herwaardering van onze gezondheidszorg te komen, zullen wij ons medisch handelen voortdurend moeten blijven terugkoppelen naar het doel dat wij ons met betrekking tot dat handelen hebben gesteld. Dat doel is in essentie: hulp te bieden aan de mens in zijn eigen leefmilieu. De medische beroepsbeoefenaars met wie de mens in zijn eigen leefmilieu in de eerste plaats te maken heeft, zijn de huisarts en de sociaal-geneeskundigen. Wat de inhoud van het takenpakket van de *huisarts* betreft: men zou diens taken in een matrixmodel tegen elkaar moeten afzetten en vervolgens op geleide van de doelstelling meer of minder aandacht ge-

ven aan onderdelen van zijn functioneren, hem daarin scholen en mogelijk hem daarop toetsen. Op deze manier zal de gangbare praktijk ter discussie komen. Het nastreven van de doelstelling zal tot andere activiteiten dan de tot nu toe gebruikelijke leiden: welke huisarts spoort daartoe in aanmerking komende gezinnen aan om een genetisch advies te vragen?; welke huisarts tracht voortgezette oncologische behandeling te voorkómen, wanneer neveneffecten ernstig en de kans en duur van remissies gering zijn?; hoeveel huisartsen werken aan het voorkómen van onnodige medicamenteuze, psychotherapeutische of andere afhankelijkheid ten gevolge van medische interventies waarvan het beoogde effect op zich al dubieus is?

Ditzelfde geldt voor de *intramurale gezondheidszorg*: in hoeverre is daar één systeem in te ontdekken?; in hoeverre fungeren de daar werkzame specialisten als één team, dat gezamenlijk naar één doel toe werkt?; werken zij alleen op die gebieden waarvoor in de eerstelijnszorg geen faciliteiten of deskundigheid aanwezig zijn?; wordt de specialistische zorg wel voldoende als complementair ervaren, sluit ze wel aan bij het werk van de huisarts en vindt er zo nodig terugkoppeling plaats? Ook hier zullen, in navolging van het takenpakket van de huisarts, formele systeemtaken moeten worden geanalyseerd. Ook hier zal de globaal omschreven doelstelling moeten leiden tot specifieke doelstellingen, ditmaal voor de artsen in de intramurale zorg; de door de LHV gehanteerde hoofdindeling kan hiervoor heel goed worden gebruikt. Dit zou dan kunnen leiden tot het afwijzen van ten onrechte gedane verwijzingen en, in overleg met de huisarts, tot doorverwijzing in het belang van de patiënt, bijvoorbeeld tot het besluit een bejaarde bedlegerige patiënt een algemene geriatrie (palliatieve) verzorging te geven in plaats van een oncologische behandeling met dubieuze prognose.

Ook voor de *sociale geneeskunde* is dit denkmodel te ontwikkelen. De instrumenten die zij hanteert, namelijk de epidemiologie, het groepsonderzoek en de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, kunnen vanuit de globale doelstelling worden gericht, opdat elk van de vijf takken van de sociale geneeskunde deze invalshoek benut bij het uitvoeren van zijn specifieke takenpakket: hebben wij voldoende zicht om tot een veilige levensaanvang te komen?; weten wij voldoende over bedreigingen tijdens de zwangerschap (medicijngebruik), over externe invloeden op het genetisch materiaal, over risicogroepen?; houden wij bij iemands beroepskeu-

ze rekening met een eventueel verkeerde werkbelasting?; hoe richten wij de GVO in om verslaving aan alcohol, tabak en heroïne te voorkómen?; wat doen we eraan om het hoge opnamecijfer onder ouderen terug te brengen?

Doeltreffendheid en doelmatigheid

Uit de doelstellingen voor de gezondheidszorg vloeien taken voort voor de diverse medische disciplines. Voor het uitvoeren van die taken zijn middelen nodig, welke worden begrensd door de financiële mogelijkheden. Om een kwalitatief zowel als economisch verantwoorde gezondheidszorg te bedrijven moeten wij het doelmatig en doeltreffend werken bevorderen. We ontkomen er daarbij niet aan prioriteiten te stellen. Het is aan deze begrippen dat ik thans enige gedachten wil wijden.

De *functionele doeltreffendheid en doelmatigheid van ons gezondheidszorgsysteem* zal moeten worden bevorderd: het geld kan maar één keer worden uitgegeven.

Daarvoor is een *planning* van de gezondheidszorg nodig: een bewuste beïnvloeding van de ontwikkelingen binnen die gezondheidszorg, zodat ze beter of meer overeenkomstig onze wens kan functioneren, alsook een bepaling van de veranderingen die daarvoor noodzakelijk zijn en van de manier waarop die veranderingen moeten worden doorgevoerd. Daarnaast zal een *evaluatie* met betrekking tot de middelen die nodig zijn om dit doel te bereiken niet kunnen worden gemist. Dit betekent dat we zullen moeten zien te achterhalen welk reëel nut wij mogen verwachten van een bepaalde voorziening die wij zouden willen invoeren om het doel te bereiken dat wij ons van tevoren hebben gesteld, met andere woorden dat wij doeltreffendheid (effectiviteit) en doelmatigheid (efficiëntie; de hoeveelheid geld, mankracht en middelen die nodig is om het gestelde doel te bereiken) tegen elkaar zullen moeten afzetten. Pas als de vragen met betrekking tot effectiviteit en efficiëntie positief kunnen worden beantwoord, past het een bestaande voorziening te continueren of een nieuwe voorziening op grote schaal te introduceren.

Wij zullen dus criteria moeten ontwikkelen voor het meten van de doeltreffendheid en de doelmatigheid van medische voorzieningen, alsmede voor het stellen van prioriteiten dienaangaande. We zullen ons daarbij wel de vraag moeten stellen welk gezichtspunt we willen innemen: dat van de individuele patiënt of dat van de maatschappij als geheel.

Dit alles vereist *epidemiologische concep-*

ten en methoden. De doeltreffendheid en veiligheid van therapeutische procedures zowel als van diagnostische procedures dient te worden geschat, met als uiteindelijk doel een efficiënte toedeling van beperkte middelen en een kwantificering van de opbrengst in termen van gezondheidswinst. Dat is het werk van klinisch epidemiologen; zij immers houden zich bezig met het effect van diagnostische en therapeutische handelingen, met de betrouwbaarheid van methoden, met de prognose van aandoeningen, met het voorkómen van ziekten en met de samenhang tussen ziekten en kenmerken van de populatie. Zij kunnen hun werk alleen goed doen op basis van onderzoek, dat zelf weer gebaseerd moet zijn op relevante gegevens. Voor de ziekenhuizen zijn het Landelijk Informatie Systeem Ziekenfondsen (LISZ) en, via de Stichting Informatiecentrum voor de Gezondheidszorg (SIG), de Stichting Medische Registratie (SMR) de aangewezen instanties om deze gegevens op tafel te brengen: het koppelen van opname-indicatie en verrichtingen (LISZ) en ontslagdiagnose (SMR) geeft de vereiste informatie.

We zouden voorts een indruk moeten krijgen van de *organisatorische doelmatigheid* van regionale ziekenhuisgroeperingen. Regionale groeperingen, omdat de tijd voorbij is dat afzonderlijke ziekenhuizen zelfstandig hun actieprogramma kunnen ontwikkelen. Door de regionale budgettering gedwongen, zal men één doelmatige organisatorische eenheid voor de regio moeten creëren; dit maakt samenhang en afstemming op elkaar noodzakelijk: het door de KNMG beoogde regionale ziekenhuisfunctiemodel. Dit model strekt zich niet alleen uit tot de meer geavanceerde technieken, waarbij een wettelijke regeling voor kostbare landelijke voorzieningen wordt voorgestaan, maar ook tot voorzieningen welke vrij algemeen in gebruik zijn maar welke niet in elk ziekenhuis aanwezig behoeven te zijn. In samenspraak met overheid en financiers zal een allesomvattend plan voor de regio moeten worden ontworpen, dat op den duur behalve de ziekenhuizen ook de psychiatrische sector, de verpleeghuizen en de zwakzinnigenzorg, maar ook overkoepelende extramurale zorgstructuren zal dienen te omvatten. Dit alles zal leiden tot een verdere inperking van de huidige autonomie van de verschillende sectoren, een scherpere prioriteitenstelling met betrekking tot de diverse voorzieningen en een grotere samenhang en afstemming van activiteiten.

Onontkoombaar zal ook de *functionele* ►

doelmatigheid van de arts moeten worden getoetst: het medisch handelen en de middelen die daarvoor worden ingezet. Toetsing van het individueel medisch handelen is moeilijk, omdat de benodigde criteria nog ontbreken; wij beschikken nog over te weinig normen of standaards, het ontwikkelen van protocollen verkeert nog in het beginstadium, methodieken volgens de consensusmethode en/of besliskundige modellen zijn nog volop in discussie. Vooral nog lijkt het dan ook raadzaam te beginnen met *toetsing* van het handelen van artsen als collectief. Dat zal in eerste instantie moeten gebeuren op regionaal niveau, indien men de regio als plannings-eenheid heeft aangenomen. Een vergelijking van alle regio's zal een gemiddelde produktie aan benodigde diensten opleveren, met standaardafwijkingen naar boven en beneden; alles met een grotere afwijking dan de standaardafwijking zal dan in beginsel als ondoelmatig worden gekwalificeerd. Met een dergelijke kwantitatieve analyse van de produktie per regio is door het Nationaal Ziekenhuisinstituut al een begin gemaakt. Door deze collectieve benadering van harte te steunen zou de medische professie haar collectieve verantwoordelijkheid voor een adequate gezondheidszorg bij beperkte middelen kunnen onderstrepen.

Mogelijkheden en grenzen

Een bijzonder punt ter overweging geldt de vraag welke medisch-technische mogelijkheden in de toekomst zullen moeten worden benut en in het verstrekkingspakket zullen moeten worden opgenomen. Wat is verantwoord, wat is onverantwoord, in het licht van de begrensde middelen? Deze vraag vertoont diverse aspecten.

In de eerste plaats zijn er de *medische aspecten*. Een nieuwe voorziening zal moeten zijn getoetst op haar effectiviteit in vergelijking met de bestaande voorzieningen. De te verwachten verlenging van de levensduur en nog meer de te verwachten verbetering van de kwaliteit van het leven spelen hierbij een belangrijke rol.

Wenselijkheid en haalbaarheid worden bepaald door sociaal-ethische en economische aspecten. Dat brengt mij tot een beschouwing over de *sociaal-ethische aspecten*. Elke voorziening heeft een specifiek indicatiegebied en reeds daardoor een beperkt sociaal rendement. Men zal zich moeten afvragen voor hoeveel mensen het effect werkzaam is en voor hoe lang. Bij 'effect' denk ik dan aan gewonnen jaren, een hogere levensverwachting, ar-

beidsgeschiktheid, welzijnswinst. Als algemeen beginsel gelde een voorkeur voor grote boven kleine effecten, voor iets dat eerder velen dan weinigen ten goede komt. Menselijke waarden en normen zijn moeilijk te objectiveren. Toch zullen wij een voorkeur moeten uitspreken. Het is aan de ethiek ons de wegen aan te wijzen waarlangs wij tot een gemeenschappelijke noemer kunnen komen – een zaak die klemt, zeker als we er economische aspecten bij betrekken.

Economische aspecten gelden zonder meer, wanneer door de ontwikkelingen op het gebied der wetenschap de weg wordt vrijgemaakt voor het scheppen van nieuwe voorzieningen. Ten aanzien hiervan geldt in het bijzonder, dat hoe hoger de kosten van een nieuwe medische voorziening waarvan de invoering wordt overwogen, des te zwaarder de eisen die moeten worden gesteld aan de medische effectiviteit en de sociale wenselijkheid ervan. Voor de besluitvorming ter zake moeten daarom om te beginnen drie vragen worden beantwoord: wat is medisch mogelijk, objectief zowel als subjectief?; wat is sociaal wenselijk?; en wat zijn de economische consequenties?

Bij dat al zal rekening moeten worden gehouden met de *financierings- en verdeelingsaspecten*. Aan een individuele behoefte aan zorg kan worden beantwoord door het bieden van medisch effectieve zorg die ook maatschappelijk-ethisch verantwoord is, mits de samenleving de daarvoor benodigde middelen voor allen beschikbaar stelt. Als de middelen onder druk staan omdat er binnen de samenleving zoveel wensen leven, komt er bij de besluitvorming omtrent het al dan niet ontwikkelen van een bepaalde voorziening een extra druk te liggen op de eisen die aan de medische effectiviteit, de ethische wenselijkheid en de economische haalbaarheid c.q. betaalbaarheid worden gesteld. Het desbetreffende afwegingsproces zou moeten verlopen volgens een *vaste procedure*: Voor de ontwikkeling van een voorziening zou uit het nationale wetenschapsbudget moeten kunnen worden geput en niet uit het gezondheidszorgbudget. De vaststelling van de medische effectiviteit zou een zaak van de Gezondheidsraad moeten zijn. De Nationale Raad voor de Volksgezondheid zou zich moeten uitspreken over de sociale wenselijkheid, dat wil zeggen over de hoeveelheid 'quality adjusted' mensjaren die de algemene beschikbaarheid van de nieuwe voorziening met zich zou brengen, waarna wederom de Nationale Raad de economische aspecten recht zou moeten doen wedervaren door het

laten vervaardigen van kosten-batenanalyses. Voornaamste criterium voor de erkenning van een verrichting zal de 'gezondheidsopbrengst' ervan moeten zijn. Als sluitstuk van de procedure zullen regering en parlement samen moeten besluiten of na alle voorgaande afwegingen de voorziening als een reguliere verstrekking zal dienen te worden aangemerkt. Zij zullen daarbij wel moeten aangeven hoe de benodigde gelden moeten worden opgebracht. In de huidige situatie zal dat alleen maar kunnen via substitutie, hetgeen in voorkomende gevallen dan ook in het Financieel Overzicht Gezondheidszorg tot uitdrukking zal moeten worden gebracht. Pas daarna kan men zich richten op de realisering, de organisatorische inpassing en de landelijke spreiding van de voorziening: een kwestie van planning in het kader van de thans vigerende wettelijke structuren.

Verantwoordelijkheid KNMG

Ik heb in deze inleiding gepoogd u het beeld te schetsen van een toekomstige verantwoorde gezondheidszorg. Die verantwoorde gezondheidszorg zal ons inzien moeten worden bereikt via een bepaald scenario. Ten aanzien van de verwezenlijking daarvan heeft de KNMG haar eigen verantwoordelijkheid, een verantwoordelijkheid die zij ook wil dragen.

Het gebruik wil dat de voorzitter van de KNMG in zijn jaarrrede vooral zijn persoonlijke visie op een bepaald thema weergeeft. Ik heb dat gebruik bewust niet gevolgd, wat niet wil zeggen dat ik niet achter dit betoog zou staan. De overwegingen die ik hier voor u heb ontvouwd zijn mede de uitkomst van de beraadslagingen in de boezem van de KNMG-commissie 'Gezondheidszorg bij beperkte middelen'. Ik had de eer deze commissie voor te zitten. De commissie zal binnenkort rapport uitbrengen. Waar het gaat over gezondheidszorg bij beperkte middelen kan de beroepsorganisatie van artsen zich niet afzijdig houden. Ik ben dan ook zeer verheugd dat de hooggeleerden Lapré, Sturmans en Thung samen met de collegae Van Berkestijn, Hoefnagels, Zuidema en mijzelf hebben willen meedenken. Het past mij hun dank te zeggen voor het vele werk dat zij als leden van de commissie hebben verzet. Ik hoop van harte, dat de omstandigheden in de toekomst niet zo extreem zullen zijn dat de kwaliteit van de zorg naar de laatste stand der wetenschap ernstig onder druk komt te staan. Het loon van de angst is de grootste kostenmaker. Bezinning op het eigen medisch handelen kan leiden tot de grootste kostenbesparing. ■