Open Universiteit

ZORGVERZEKERING, PUBLIEKE GEZONDHEID EN PREVENTIE acis Jac Rinkes 26 november 2021

Op 18 april 2007 is door het Europees Parlement de Europese dag van de Rechten van de Patiënt opgezet, een jaarlijks terugkerend event waarbij op lokaal, nationaal en Europees niveau de positie van de patiënt en de duurzaamheid van de gezondheidszorg centraal staan. De dag wordt jaarlijks ondersteund door met name patiëntenorganisaties en focust op de positie van de patiënt, de toegankelijkheid en weerbaarheid van de zorg en de betrokkenheid van overheden en de EU hierbij.

Begin 2020 werd tijdens de vierde jaarlijkse bijeenkomst *Patients as partners EU* (Londen, 27-28 januari) nog speciaal aandacht besteed aan (onder meer) de betrokkenheid van patiënten in de hele medische levenscyclus (dus niet op het moment dat men patiënt is en zorg nodig heeft: zorg is een integraal onderdeel van ieders levenscyclus). De Coronacrisis laat zien dat deze betrokkenheid voor ieder van ons geldt, patiënt of niet.



Bescherming van de menselijke gezondheid

De basis van de Patiëntenrechtendag is het Charter van de Europese patiënt (Rome 2002), waarin veertien fundamentele rechten van patiënten werden vastgelegd. Een verdere grondslag ligt in het Handvest van de EU, artikel 35: *De gezondheidszorg – 'Eenieder heeft recht op toegang tot preventieve gezondheidszorg en op medische verzorging onder de door de nationale wetgevingen en praktijken gestelde voorwaarden. Bij de bepaling en de uitvoering van het beleid en het optreden van de Unie wordt een hoog niveau van bescherming van de menselijke gezondheid verzekerd'.*

>zie ook Richtlijn patiëntenrechten 2011/24 (grensov. zorg)

Zorgen over gezondheidszorg

Pandemieën en crisis



Goede verzorging is niet voldoende

De uitgangspunten hiervan zijn niet nieuw: al in de (Bataafse) Staatsregeling van 1798 (de eerste Nederlandse Grondwet met een democratisch bestel) was opgenomen als overheidstaak in Artikel 62: *'Zij strekt, insgelijks, door heilzame wetten, haare zorg uit tot alles, wat in het algemeen de gezondheid der Ingezetenen kan bevorderen, met wegruiming, zooveel mooglijk, van alle belemmeringen'.* De huidige Grondwet (2005) is korter: in Artikel 22, eerste lid, staat kortweg (kan het Hollandser?): *'De overheid treft maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid'.*



De opdracht aan overheden is hiermee duidelijk: voor gezondheidszorg gelden niet alleen de aangeboren menselijke eigenschappen zoals altruïsme en het vermogen van een persoon om een ander te verzorgen zodat deze weer gezond kan worden, maar er is ook een gezamenlijke (burgerlijke) en politieke verantwoordelijkheid.

Zie verder m.n.: Arenas Catalán, diss. (>healthcare as a public good, non-market area). Dat is echter nog een lange weg te gaan, en welke keuzes worden gemaakt? Vgl. Corona-vaccins en overheidsmaatregelen, wat gaat voor? Vaccinatieplicht en grondrechten.

De ontwikkeling van medische kennis als basis voor overheidsbeleid

De medische wetenschap kent een bijzondere geschiedenis, waarbij telkens opeenvolgende generaties artsen erin slaagden om steeds succesvoller diagnoses te kunnen stellen en medicijnen te kunnen ontwikkelen. Dat tekent de drie belangrijke stadia van medische behandeling: diagnose, prognose en behandeling. De rol van de overheid daarbij is niet altijd even duidelijk geweest. De overheid is geen zorgverlener, maar moet wel waarborgen dat zorg adequaat en op hoog niveau beschikbaar is.

Maar hoe? En op welke fasen van medisch handelen moet de overheid zich richten? Het beleidsveld is zeer ruim: medisch onderwijs, voldoende en goed opgeleid personeel, voldoende zorgverleners en bedden, zorg in en buiten het ziekenhuis (verzorgingstehuizen voor hulpbehoevenden), eerstelijnszorg (de positie van de huisarts in het zorgbestel).

En een belangrijke vraag in dit verband is: hoe kan het gezondheids*recht* efficiënt bijdragen aan al deze beleidsdoelstellingen? Wat *is* eigenlijk de rol van gezondheidsrecht in de gezondheidszorg?

Published 3 times a week. Subscription 40c per week.
Illustrated Current News, Inc., 982 Chapel Street,
New Haven, Conn.

ILLUSTRATED CURRENT NEWS

Vol. 1 No. 788
October 18, 1918



To Prevent Influenza!

Do not take any person's breath.

Keep the mouth and teeth clean.

Avoid those that cough and sneeze.

Don't visit poorly ventilated places.

Keep warm, get fresh air and sunshine.

Don't use common drinking cups, towels, etc.

Cover your mouth when you cough and sneeze.

Avoid Worry, Fear and Fatigue.

Stay at home if you have a cold.

Walk to your work or office.

In sick rooms wear a gauze mask like in illustration.

Rol van het gezondheidsrecht en gezondheidszorg

- Ruim een eeuw geleden kon een geestig man nog zeggen dat het verschil tusschen een goed en een slecht arts wel, maar dat tusschen een arts en geen arts niet bizonder groot is. Die tijden zijn gelukkig voorbij (TJ de Boer in: De Beweging 1914, p. 58)



RIVM *De zorg voor morgen* begint vandaag

4 op 5 COVID-19-patiënten op de intensive care is niet gevaccineerd tegen het coronavirus SARSsevere acute respiratory syndrome-CoVcoronavirus-2. De kans om als volledig gevaccineerde door COVID-19 op de ICintensive care terecht te komen is 33 keer kleiner dan als niet-gevaccineerde persoon. Vaccinatie beschermt goed tegen ziekte door een besmetting met SARSsevere acute respiratory syndrome-CoVcoronavirus-2, en zeer goed tegen ernstige COVID-19. Op dit moment is ruim 80 procent van iedereen van 12 jaar en ouder gevaccineerd en dit aantal stijgt nog steeds. Eerder meldden we al dat de vaccins bij volledig gevaccineerden voor 95% beschermden tegen ziekenhuisopnames, en voor 97% tegen opname op de ICintensive care. De effectiviteit van de vaccins tegen ziekenhuisopname en IC-opname was ook in de afgelopen maanden onveranderd hoog.

Financiering en kostenbeheersing

Ruim gezien kan beleid in de gezondheidszorg uiteenvallen in: (1) financiering ervan, en (2) kostenbeheersing. Meer macro-economisch is het centrale probleem voor overheden hoe de zorg moet worden bekostigd, en –evenzeer van levensbelang – hoe de kosten moeten worden verdeeld (allocatie).

Het is dan ook niet verwonderlijk dat systemen voor gezondheidszorg wereldwijd zeer verschillend zijn en doorlopend in transitie lijken. In de huidige tijd staan die systemen zwaar onder druk, en vragen worden gesteld over de robuustheid, toekomstgerichtheid en betrouwbaarheid van zorgstelsels. Ook overheden en beleidsmakers staan onder druk: hebben ze voldoende geanticipeerd op mogelijke pandemieën, is adequaat en voldoende voortvarend gereageerd op de risico's, wat wordt gedaan aan de veiligheid van burgers en patiënten?



Gezamenlijke verantwoordelijkheid in crisistijd

De coronacrisis laat overtuigend zien dat gezondheidszorg een gezamenlijke inspanning is van patiënten, gezonde burgers, zorgverleners, artsen, zorgverzekeraars en bestuurders en overheden. Samen wordt alles in het werk gesteld om de menselijke gezondheid te beschermen en besmettingen te voorkomen. Grenzen vervagen of worden juist sterker; ondenkbare offers worden gevraagd van burgers en zorgverleners. Na enige gewenning aan door overheden opgelegde diep ingrijpende maatregelen (lockdown) en vragen over de toekomst (apps, testen en volgen) is het nu de burger die de overheid vraagt om bescherming.

De crisis legt de vier belangrijkste aspecten van zorgkostenverdeling bloot:

- het voorzien in ziekenhuisbedden en regulering van het gebruik ervan;
- zorgkostenbeheersing en aandacht voor poortwachters, die tijdig en adequaat als eerste kunnen ingrijpen;
- zorg richt zich op de best gefinancierde aspecten (en als er bijvoorbeeld meer geld beschikbaar is voor behandeling dan voor preventie, zal preventie ondergeschikt blijven);
- planning uitgaande van het algemeen belang kan ten koste gaan van de individuele patiënt.

Als de crisis voorbij is, zullen alle betrokkenen zich hiervan rekenschap moeten geven.

- De zorgkosten van mensen met een minimumloon zijn, zelfs bij chronisch zieken, lager dan ten tijde van het ziekenfonds. Dat blijkt uit cijfers van het ministerie van Volksgezondheid. De premie is weliswaar sindsdien enorm opgelopen, maar de zorgtoeslag - een tegemoetkoming in de kosten - steeg voor deze groep met een kleine portemonnee mee. De modale inkomens zijn daarentegen wél de klos.
- Hoe ging dat vroeger?

Bergknappen





Oudste ‘Krankenversicherung’

D. Schewe (B 2000), Geschichte der sozialen und privaten Versicherung im Mittelalter in den Gilden Europas

- 1447 Bergknappen (mijnwerkers) in Freiberg, Gildenversicherung
- Vanaf 1470 Bergleute Erzgebirge
- 1478 Zimmerer
- 1488 Böttcher (kuipers)
- Heimholung v Kranken & Toten
- Reeds vóór 1000 lokaal gilde in Cambridge
- Sterbekassen & Begräbnisriten
- Na 1336 Zürich: Krankenheitskosten und Lohnausfall von Gesellen (vooral invaliditeit)

Kernpunten van oudsher

- Risico, bijdragen, prestatie
- Financiering door bijdragen van leden, verhuur og en lijfrentes
- Eerste vermelding Krankenversorgung in einen Hospital: 1337






3 Deel Pag. 43
De Groot Vaar Komt Syn Neef Als Schepen Hier Ontmoeten
Dog Deze Vlugt Voor Hemen Durft Hem Nauwe Lyfs Groeten



Patiënten…



- Vesalius (1545): trad vanwege zijn slechte inkomen a/d universiteit in dienst van Karel V,

- ‘who ate too much, drank too much, and never listened to his doctors; he suffered from asthma, gout, and a variety of gastrointestinal disorders caused by his gluttony and intemperance; an imperial rule-breaker, an increasing source of frustration for Vesalius.’

- Nuland, Doctors – the biography of medicine, NY 1988, p. 90

in het heden?

Bij de bestudering van het gezondheidsrecht komen veel internationale en nationale aspecten van gezondheid en zorg aan de orde. Het gaat om zorgverleners, zorgaanbieders, patiënten, zorgverzekeraars en toezichthouders. Zorg is voor iedereen belangrijk, en heeft belangrijke politieke en economische aspecten. Juridisch?

ZIN en Nza hebben in november 2020 principes geformuleerd: Samenwerken aan passende zorg (randvoorwaarden). Het kabinet heeft in december gereageerd (discussienota zorg voor de toekomst). Zorgkosten zijn zorgelijk (ZIN: ‘zorg is een koekoeksjong in de samenleving: vergrijzing, chronische ziekten, dure geneesmiddelen’).



- De World Health Organization (WHO) geeft in haar resolutie over Universele regels voor het dekken van gezondheidsrisico's inzicht in de fragmentarische structuur van de regels betreffende gezondheid en de doelstellingen daarvan:
- ***WHO/Law for Universal Health Coverage (UHC)***
- *For all aspects of health, there are binding rules that govern the rights and responsibilities of governments, health workers, companies, civil society and a country's population. Together these rules make up the legal framework, or legal architecture for health. They take many forms including: statutory laws, regulatory and administrative laws, contracts, case law, and customary laws. Who is involved in making these rules, and the form they take, differs from country to country.*

- *Health laws are used to formalize commitment to goals, such as the goal of universal health coverage, creating a drive for action. To enable cooperation and achieve health goals, people use law to create different organizations (such as hospitals) and relationships (such as contracts for providing health services). In turn, organizations (whether health ministries, the private sector or civil society) have mandates, policies and strategies based on legal rules that guide their work.*

- *There are also many rules that structure what health organizations and individuals should do, and what they may not do. This interaction between different health laws results in health system functions being carried out and health products and services being delivered.*



Overzicht juridisch veld

De ontwikkeling van systematische beschouwingen over gezondheidsrecht is relatief nieuw; het gezondheidsrecht als apart rechtsgebied is ontstaan in de jaren vijftig van de vorige eeuw. Aan de basis ligt medisch recht: de relatie tussen geneeskunde en de samenleving, die door Leenen wel eens is gekarakteriseerd als een sociaal contract, een duurzame, wederkerige overeenkomst tussen maatschappelijke actoren betreffende een (deel)aspect van de inrichting van de samenleving (Leenen, afscheidsrede UvA).

Actuele en juridisch lastige ontwikkelingen zijn het gebruik van AI on de zorg, en de toepassing van robotica in de zorg. De implicaties hiervan verdienen vanuit juridisch perspectief nadere aandacht.

De ontwikkeling van het gezondheidsrecht is nauw verbonden met de groei van medische wetenschap en technologie, en met de toename van de wens tot publieke regulering van de gezondheidszorg (Leenen et al., *Handboek gezondheidsrecht*, p. 30). Rechten van de mens als patiënt en als rechthebbende op adequate zorg (hulpvraag en erkenning van het recht op zorg) hebben daarbij een centrale rol. Steeds blijven nieuwe wetenschappelijke en maatschappelijke ontwikkelingen nieuwe vraagstukken opwerpen. Het gezondheidsrecht blijft dus fragmentarisch, maar ook zeer dynamisch.

In de achtste Leenen-lezing identificeerde Legemaate (2018), refererend aan het preadvies van Leenen uit 1968 over de plaatsbepaling van het gezondheidsrecht, een aantal gezichtspunten opnieuw:

- de erkenning van de menselijke persoon (zelfbeschikking en solidariteit);
- bescherming van de beroepsbeoefenaar die zich ten dienste van de patiënt stelt (tuchtrecht, Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst WGBO, Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg Wet BIG);
- de rechten van de samenleving (collectiviteit, aanspraken op zorg, preventie, tegengaan fraude en bevorderen maatschappelijke veiligheid);
- de rol van het recht en het streven naar een zo goed mogelijke gezondheidszorg (wettelijke regels zijn niet altijd voldoende sterk).

- De plaatsbepaling van het gezondheidsrecht wordt doorgaans omschreven als het geheel van rechtsregels dat betrekking heeft op de zorg voor de gezondheid en de toepassing van overig (geschreven en ongeschreven) burgerlijk, bestuurs- en strafrecht in dat verband (Leenen et al., p. 33).

De dynamiek van het gezondheidsrecht wordt – actueel – kenbaar uit de wijze waarop wordt omgegaan met de corona-pandemie en de bestrijding daarvan (nationaal, WHO, EU) en de perikelen rond vaccinatie. Verder zijn er recent belangrijke ontwikkelingen inzake het recht op zorg en de vraag hoe moet worden omgegaan met zorg in de toekomst. Meer specifieke onderwerpen betreffen privacy (AVG in de zorg), en – als gezegd - de toepassing van kunstmatige intelligentie in de zorg (robotchirurgie bijvoorbeeld) en de juridische kwesties inzake productenaansprakelijkheid voor medische hulpmiddelen (PIP-implantaten, mesh-problematiek). Ook de aandacht voor preventie neemt toe.

Preventie

- Preventie neemt gezondheidsrechtelijk een andere plaats in dan medische behandeling; het initiatief gaat in dit geval niet uit van de betrokkene, maar van de zorgaanbieder;
- Dit heeft juridische consequenties: er mag bijvoorbeeld niet worden uitgegaan van veronderstellingen die soms in de curatieve geneeskunde mogen worden gemaakt;
- De regeling inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst (art. 7:446 BW) is van toepassing op (vrijwillig) preventief onderzoek;

- Indien de overheid bij de preventieve activiteit betrokken is, zal moeten worden overwogen in hoeverre het op de weg van de overheid ligt om in de individuele sfeer en het leefgedrag van burgers in te grijpen;
- De Nederlandse overheid stelt zich in het algemeen terughoudend op ten aanzien van het opleggen van preventieve maatregelen die het individu raken: Leenen e.a. 2020, p. 582-584.
- Dute: uit het recht op zorg voor de gezondheid vloeit het recht op preventie voort. Toebes, *TvGR* 2020/44, afl. 3, p. 228.


BASISPAKKET

Covid-19 vaccins en risicoaansprakelijkheid

- ‘Bij vaccinaties speelt het probleem van ‘onbekende gevaren’ een belangrijke rol, omdat er bijwerkingen kunnen zijn die zich pas later openbaren. Dit heeft invloed op zowel het zorg- als het activiteitenniveau’;
- Op 10 oktober 2020 werd in de media bekend gemaakt dat Nederland zal meebetalen indien een coronavaccin in de toekomst onverwachte bijwerkingen veroorzaakt;

Visscher: farmaceutische bedrijven zouden risicoaansprakelijk moeten zijn voor de gevaren die ze kennen en die ze hadden kunnen (en derhalve moeten) kennen. Een dergelijke aansprakelijkheid geeft prikkels om de wenselijke zorg te nemen en om het onderzoek te doen waarvan de kosten lager liggen dan de te verwachten baten. Voor ‘onkenbare’ gevaren waarvan de onderzoekskosten hoger zijn dan de verwachte baten, is dit anders: aansprakelijkheid voor dergelijke onbekende gevaren schept namelijk het risico dat het vaccin niet, of pas veel later op de markt komt. Indien de overheid de aansprakelijkheid voor de onbekende gevaren overneemt, worden deze kosten via de belastingen ‘door ons allemaal’ gedragen en wordt tegelijkertijd voorkomen dat het vaccin niet of pas veel later beschikbaar komt.

Visscher, *AV&S* 2020/34, afl. 5, p. 211-213.

Relevante regelgeving - IGR

- Internationale Gezondheidsregeling (IGR):

- ‘De uitbraak van het coronavirus wordt gereguleerd door de herziene Internationale Gezondheidsregeling (IGR) van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO), die sinds 2007 bindend is voor alle landen ter wereld.’ Onder de IGR vallen alle bedreigingen van de volksgezondheid die een potentieel grensoverschrijdend karakter hebben: Toebes, *TvGR* 2020/44, afl. 3, p. 229-230.
- Op grond van dit verdrag moeten bijvoorbeeld de nationale systemen voor de surveillance en de bestrijding van infectieziekten aan bepaalde eisen voldoen: Leenen e.a. 2020, p. 585.

- De IGR schiet echter tekort ten aanzien van het opleggen van bindende maatregelen aan staten. De WHO geen sancties aan lidstaten opleggen. Veel wordt dus overgelaten aan de bereidheid van landen om de aanbevelingen van de WHO op te volgen. Dit gebeurt echter niet altijd. Zo kan worden gewezen op het feit dat China pas op 31 december 2019 aan de WHO rapporteerde dat er sprake was van een uitbraak van het coronavirus, terwijl het virus begin december werd ontdekt. Op grond van de IGR dienen landen binnen 24 uur te rapporteren. Toebes, *TvGR* 2020/44, afl. 3, p. 230.

Relevante regelgeving – Wpg I

- Wet publieke gezondheid (Wpg): gericht op preventie en gezondheidsbevordering & kader samenwerking Rijk en gemeenten op terrein pgzorg.
- Regelt de taken en bevoegdheden van de overheid op het gebied van de publieke gezondheidszorg: Leenen e.a. p. 585.
- Belangrijke onderwerpen die in deze wet geregeld zijn: meldingsplicht artsen en virologische laboratoria, onderzoeks- en bestrijdingsmaatregelen en besluitvormingsstructuur;

- Het wettelijke kader van de Wpg schoot aanvankelijk tekort voor COVID-19, waarop de overheid haar toevlucht nam tot het (laten) uitvaardigen van noodverordeningen op grond van de Wet veiligheidsregio's (Wvr) en de Gemeentewet (Gemw);
- Dit gebruik van noodverordeningen was evenwel niet zonder problemen: zo volgt bijvoorbeeld uit art. 176 Gemw. dat voor grondrechtenbeperkende maatregelen een formeel wettelijke grondslag nodig is;
- Ondanks de problemen m.b.t. de Wpg, oordeelde de Voorzieningenrechter op 24 juli 2020 dat er voor rechterlijk ingrijpen geen plaats was (Vzr. Rb. Den Haag 24 juli 2020, ECLI:NL:RBDHA:2020:6856): Dute, *TvGR* 2020/44, afl. 5, p. 477-486.

Relevante regelgeving – Wpg II

- Inmiddels was er – in het besef dat er een stevigere juridische basis nodig was – op 13 juli 2020 evenwel een wetsvoorstel ingediend tot toevoeging van een nieuw hoofdstuk Va met als opschrift ‘Tijdelijke bepalingen bestrijding epidemie COVID-19’: Dute, *TvGR* 2020/44, afl. 5, p. 483.
- Deze tijdelijke regeling is inmiddels in werking getreden. De meeste maatregelen die voorheen in de noodverordeningen voorkwamen, komen - al dan niet met aanpassingen en uitzonderingen - in de deze regeling terug. Ten aanzien van een belangrijk deel van de in Hoofdstuk Va neergelegde onderwerpen, zoals kinderopvang, onderwijsinstellingen en personenvervoer, kan de minister regels stellen;

- Daarnaast is de Wpg gedurende de Coronapandemie ook op andere punten gewijzigd. Zo is bijvoorbeeld artikel 68bis toegevoegd, dat ziet op strafbaarstellingen en strafsancties van de regels van hoofdstuk Va;
- De Tweede Kamer zal in beginsel met de ministeriële regeling moet instemmen, voordat deze van kracht wordt (art. 58c lid 2 Wpg). Bij spoed treedt de ministeriële regeling onmiddellijk in werking, maar kan de Tweede Kamer haar na toezending binnen een week toe alsnog verwerpen (art. 58c lid 3 Wpg).

Is corona smashing the EU?



Coronapandemie en de EU

- Kenmerkend voor het EU-gezondheidsrecht is de zwakke juridische bevoegdheid tot het stellen van regels op EU-niveau op basis van artikel 168 VWEU;
- Ten aanzien van de context waarin de EU ziekteuitbraken kan coördineren, zijn drie gebieden van Unierecht van belang:

1 De publieke gezondheid: hierbij kan worden gedacht aan coördinerende maatregelen van de EU, zoals de repatriëring van gestrande burgers en het delen en zorgen voor de meest relevante epidemiologische kennis (De Ruijter, *TvGR* 2020/44, afl. 5, p. 524-535).

2 Wetgeving die gaat over de gezondheidsaspecten in de context van de interne markt: gezondheidsbescherming biedt een expliciete uitzondering aan EU-lidstaten ten aanzien van het verbod om middels nationale maatregelen belemmeringen op te werpen in de Europese interne markt. Tijdens de eerste golf van de coronacrisis sloten verschillende lidstaten hun grenzen voor zowel (uitgaande) goederen als (inreizende) mensen. De Europese Commissie reageerde hierop door vooral ten aanzien van exportverboden te dreigen met inbreukprocedures;

3 Maatregelen over gezondheid in de context van fiscaal beleid: op dit gebied werden er bijvoorbeeld vrij snel maatregelen genomen waarbij de Europese Centrale Bank geld vrijmaakte voor bedrijven en zich inspande om de stabiliteit in de eurozone te waarborgen.

EU-vaccinstrategie

‘In het kader van haar vaccinstrategie heeft de Europese Commissie namens de EU-landen overeenkomsten gesloten met individuele vaccinproducenten. Zodra een bewezen veilig en doeltreffend vaccin tegen COVID-19 op EU-niveau goedgekeurd wordt, krijgen alle EU-landen daartoe gelijktijdig toegang. Alle landen krijgen vaccins naar rato van hun inwonertal. De overeenkomsten worden gefinancierd met het instrument voor noodhulp.’

https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response/public-health/eu-vaccines-strategy_nl

Toekomstige ontwikkelingen



(Gezondheids-)zorg en recht

COVID-19 shows why united action is needed for more robust international health architecture 30-3-21

“We are, therefore, committed to ensuring universal and equitable access to safe, efficacious and affordable vaccines, medicines and diagnostics for this and future pandemics. Immunization is a global public good and we will need to be able to develop, manufacture and deploy vaccines as quickly as possible.

To that end, we believe that nations should work together towards a new international treaty for pandemic preparedness and response.”



KONINKLIJKE NEDERLANDSE
AKADEMIE VAN WETENSCHAPPEN

- De KNAW-adviescommissie Pandemic Preparedness Plan wil vanuit een brede wetenschappelijke blik inzichtelijk maken met welke investeringen en maatregelen Nederland beter voorbereid wordt op een volgende pandemie. Ze zullen daartoe onder meer in gesprek gaan met experts en organisaties op het gebied van *pandemic preparedness*.

- De commissie gaat zich richten op vier lijnen. Ze kijkt naar de capaciteit en toegankelijkheid van de Nederlandse gezondheidszorg, die tijdens de pandemie slechts met grote moeite bestand bleek tegen de druk, met schaarste aan producten en gebrek aan capaciteit tot gevolg. Ook neemt ze de gedecentraliseerde inrichting van de gezondheidszorg onder de loep. Verder kijkt de commissie naar de maatschappelijke weerbaarheid van Nederland: hoe veerkrachtig zijn onze economie, het onderwijs, de sociale cohesie, onze grondrechten etc. Tot slot brengt ze technologische en andere innovaties in kaart die wellicht kunnen bijdragen aan een grotere weerbaarheid.
- *Opvallend: geen juridische aspecten*

Vooruitblik: gezondheidszorg en -recht

Hoe kan het gezondheids*recht* efficiënt bijdragen aan verbetering van de gezondheidszorg? Wat *is* eigenlijk de rol/functie van gezondheidsrecht?

Recht is zelden een optimaal proactief middel; het recht kan wel beginselen identificeren en uitgangspunten formuleren. Daarnaast kunnen maatstaven worden aangelegd, aan de hand waarvan keuzes kunnen/moeten worden gemaakt.

Recht kan – evenmin als filosofie – doorslaggevende argumenten geven voor het oplossen van ethische vragen. Hoe dan wel?

Interessant is de gedachte dat een basis daarvoor (wél) kan zijn de trias waarheid, oprechtheid en de waarde/betekenis van een individueel leven (B. Williams, Ethics and the limits of philosophy, Oxford: Routledge 2010, p. 220): hoe werken regels en instituten; hoe transparant zijn deze; is er voldoende reflectie, zelfkennis en kritiek; is betekenisvol individualisme denkbaar in harmonie met de samenleving en de percepties van anderen?

Gezondheidsrecht

(Leenen): [betreft] de relatie tussen geneeskunde en de samenleving, een sociaal contract, een duurzame, wederkerige overeenkomst tussen maatschappelijke actoren betreffende een (deel)aspect van de inrichting van de samenleving.

Stelling: bij die inrichting moet de balans gevonden worden tussen enerzijds de belangen van de persoon, de beroepsbeoefenaar, de samenleving en het streven naar optimale zorg, en anderzijds financiering & kostenbeheersing (tegengestelde krachten), zorgkostenverdeling, keuzes (preventie of behandeling c.q. algemeen belang vs. Individueel belang).

Veel ballen in de lucht…



Dus: voldoende uitdagingen voor het gezondheidsrecht:

- Beginselen helder identificeren: ethiek en mensenrechten
- Botsende beginselen en botsende grondrechten
- Maatstaven formuleren voor individuele gevallen en geschillen
- Balans opmaken tussen actoren persoon/beroepsbeoefenaar/samenleving/streven naar optimale zorg
- Balans opmaken tussen financiering & kostenbeheersing (tegengestelde krachten), zorgkostenverdeling, keuzes (preventie of behandeling c.q. algemeen belang vs. Individueel belang).

Ethische vragen?...

A. MacIntyre, After Virtue: A Study on Moral Theory, London: Duckworth, 1981, book review Williams NY Review of Books 1982

‘[…] modern morality is in a mess. The mess does not consist simply in the fact that there are many moral conflicts which we find difficult to resolve. The point is rather that there are no agreed ways of thinking about these conflicts, so that claims of justice, for instance, stand in blank opposition to claims based on utility and welfare, and we do not know how to weigh arguments in terms of what people deserve or need against considerations of general happiness. Indeed, we do not even know how to think straight about what they deserve or need.’