

---

# HET RECHTVAARDIG RATIONEREN VAN GEZONDHEIDSZORG

---

Door: Frank van den Berg  
Student nummer: 0307572  
E-mail: f.m.van.den.berg@umail.leidenuniv.nl  
Cursus: Bachelorproject 2011-2012  
Docent: Mr. Dr. R. Claassen  
Datum: 18 Juni 2012  
Aantal woorden: 7355



Universiteit Leiden

# **Inhoudsopgave**

## **Inleiding**

### **I. Gezondheid als mensenrecht of als hoogste goed**

### **II. Rechtvaardig ingrijpen in de gezondheidszorg**

#### **A. Gelijkheid van middelen**

#### **B. Gelijkheid van mogelijkheden**

### **III. Rationering: het maken van keuzes in de zorg**

#### **A. Het belang van gezondheid**

#### **B. Uitsluiting van zorg en dwang tot verzekeren**

#### **C. Procedurele rechtvaardigheid**

## **Conclusie**

## **Literatuur**

# Inleiding

De overheid wordt geconfronteerd met almaar stijgende kosten in de gezondheidszorg. Niet alleen de vergrijzing draagt bij aan toenemende kosten, maar ook een voortschrijdende technische ontwikkeling van niet alleen meer, maar ook steeds meer geavanceerde behandelmethoden, zijn oorzaken dat de ziektekosten in westerse landen in rap tempo toenemen. Zo wordt in de Verenigde Staten al rond de 20% van het bruto nationaal product uitgegeven aan gezondheidszorg, maar ook in Europese landen lijkt er sprake te zijn van een onafwendbare trend van almaar toenemende kosten (OECD 2011).

De druk van de kosten van de gezondheidszorg op de overheidsfinanciën neemt zienderogen toe en er lijkt nog geen oplossing te zijn gevonden om deze stijging een halt toe te roepen. Simpelweg bezuinigen op andere overheidstaken en bezuinigen waar mogelijk in de gezondheidszorg, zal waarschijnlijk een minder slagvaardige overheid en een weinig doelmatige gezondheidszorg opleveren. Een rechtvaardige oplossing voor de zieken en minderbedeelden in onze samenleving zal een dergelijke aanpak al helemaal niet bieden.

In deze scriptie zal de zoektocht naar een theorie voor een rechtvaardige verdeling van de gezondheidszorg centraal staan. Eerst dient hierbij een antwoord gevonden te worden of gezondheidszorg wel een taak is van de overheid. Ten tweede zullen principes geformuleerd moeten worden op basis waarvan middelen ten behoeve van de gezondheidszorg toegekend dienen te worden. Het model van gelijkwaardige middelen van Ronald Dworkin en de theorie van gelijkwaardige mogelijkheden van Norman Daniels zullen hierbij uitvoerig besproken worden. Tot slot zullen deze modellen worden toegepast op de problematiek van stijgende zorgkosten en wordt een antwoord gegeven op de volgende onderzoeksvraag: *Op basis van welke principes kan op een rechtvaardige manier het hoofd worden geboden aan de problematiek van snel stijgende zorgkosten?*

## I. Gezondheid als mensenrecht of als hoogste goed

Om ingrijpen in de gezondheidszorg te kunnen legitimeren dient eerst duidelijk te worden op welke morele basis dit te rechtvaardigen valt. Met andere woorden, wat is de rol van gezondheid in theorieën van rechtvaardigheid (*justice*) en wat maakt deze zo

speciaal dat ingrijpen in de zorgmarkt nodig is en te rechtvaardigen valt? Bestaat er bijvoorbeeld een recht op gezondheid? Zo stelt het handvest van de Wereld Gezondheidsorganisatie dat “het genieten van de hoogst mogelijke standaard van gezondheid één van de fundamentele mensenrechten is”.<sup>1</sup> Gezondheid is hierbij gedefinieerd als “het verkeren in een staat van volledig fysiek, geestelijk, en sociaal welzijn, en niet slechts de afwezigheid van ziekte of kwalen”.<sup>2</sup> Ook in de universele verklaring van de rechten van de mens komt een verregaande definitie van een recht op gezondheid voor. Zo stelt artikel 25: “Een ieder heeft recht op een levensstandaard, die hoog genoeg is voor de gezondheid en het welzijn van zichzelf en zijn gezin, waaronder inbegrepen voeding, kleding, huisvesting en geneeskundige verzorging...”<sup>3</sup>

Op zichzelf zijn dit nobele doelen. De werkbaarheid van deze doelen valt echter te betwijfelen. Ten eerste zijn dit soort verklaringen vaak retorische middelen om de aandacht op een bepaald onrecht te richten en ze omschrijven een sociaal ideaal (Moskop 1983, 330, 336). Ten tweede zijn dit soort rechten zo algemeen opgesteld, dat hier geen specifieke set noch rechtvaardiging van sociale rechten en verplichtingen uit volgt (Margolis in Moskop 1983, 330). Ook Daniels (2008, 15, 37) neemt om vergelijkbare redenen afstand van deze definities van gezondheid en recht op gezondheidszorg en stelt dat deze definities te breed zijn. Daniels stelt, dat het gevolg van de (te) brede definitie van de WHO is, dat alle filosofische, maar ook beleidsvraagstukken verworden tot problemen aangaande gezondheid. Daarnaast is het verkeren in een staat van welzijn meer dan alleen het verkeren in goede gezondheid. Het kan zelfs zo zijn dat, ondanks enkele gebreken, mensen wel degelijk in een staat van welzijn of gelukzaligheid kunnen verkeren.

Dworkin (2000, 309) beschrijft een vergelijkbare positie als die van de WHO en vat deze samen in de formulering van een reddingsprincipe. Dworkin stelt dat sinds millennia dit principe als handvest wordt gebruikt om mensen te voorzien in hun gezondheidsbehoeften. Dit principe omvat twee delen. Ten eerste is het reddingsprincipe gebaseerd op een Cartesiaanse opvatting van het leven, namelijk dat het leven en gezondheid het hoogste goed omvatten en alles in het werk moet worden gesteld een goede gezondheid te bewaren en na te streven. Het tweede deel van het

---

<sup>1</sup> World Health Organisation. 1946. *Constitution of the World Health Organisation*. <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf> (geraadpleegd: 22 mei 2012)

<sup>2</sup> *Idem*.

<sup>3</sup> United Nations Human Rights. 1948. *Universal Declaration of Human Rights*. [http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR\\_Translations/dut.pdf](http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/dut.pdf) (geraadpleegd 17 juni 2012)

reddingsprincipe stelt dat niemand op basis van zijn status of rijkdom mag worden uitgesloten van toegang tot gezondheidszorg en middelen voor gezondheidszorg op basis van gelijkheid verdeeld dienen te worden.<sup>4</sup> Het reddingsprincipe kan zo geïnterpreteerd worden dat alle middelen die we tot onze beschikking hebben moeten worden aangewend voor het bevorderen van goede gezondheid (Dworkin 2002, 316-317). Het probleem dat hierbij echter ontstaat is, dat met de huidige medische vooruitgang oneindig veel geld aan dit nobele doel uitgegeven kan worden (Aaron & Schartz 1990, 419). Dit reddingsprincipe conflicteert daarom met de opvatting, dat in het menselijk leven ook andere belangrijke doelen bestaan. Dit is een probleem dat tot de 19<sup>e</sup> eeuw aanzienlijk minder belastend was.

Sinds die periode is de medische wetenschap namelijk grondig hervormd. Sindsdien heeft niet alleen de kwantiteit van medische kennis een verstrekkende ontwikkeling doorgemaakt, maar is ook de benadering van ziekte en daaruit volgend de behoefte aan zorg veranderd (Foucault 2008, 18). Sinds de 19<sup>e</sup> eeuw wordt namelijk een rationeel medische wetenschap toegepast in het onderzoeken van het bestaan van beperkingen van het menselijke lichaam. In de geneeskunde gaat het sinds die tijd niet alleen meer om kwesties van leven of dood, maar om het tegengaan / beperken van belemmeringen van het lichaam (Foucault 2008, 12).

## **II. Rechtvaardig ingrijpen in de gezondheidszorg**

Wat nodig is om een rechtvaardige invulling te geven in de allocatie van middelen voor de gezondheidszorg, zijn andere principes en definities. Nieuwe algemene principes, die invulling kunnen geven aan het nastreven van een goede gezondheid, waarin recht wordt gedaan aan de moderne inzichten in de ziekteleer, maar tot slot ook erkend wordt dat er andere doelen in het leven bestaan, zijn nodig om sociaal beleid rechtvaardig te kunnen vormgeven. Twee theorieën van rechtvaardigheid zullen hierbij nader worden toegelicht. De eerste is de algemene theorie van gelijkheid van middelen (*equality of resources*). Hierin stelt Dworkin (2000, 307-319) dat zijn filosofische theorie in de allocatie van middelen ook van praktische waarde is in de toepassing op alledaagse problemen zoals die zich bijvoorbeeld in de gezondheidszorg voordoen. In de tweede theorie, gebaseerd op een principe van gelijkheid van mogelijkheden (*equality of*

---

<sup>4</sup> De eed van Hippocrates omvat vergelijkbare kenmerken. De Nederlandse artseneed uit 2003 daarentegen maakt geen expliciete verwijzing naar het gelijkheidsprincipe zoals Dworkin in het reddingsprincipe heeft geformuleerd.

*opportunity*), maakt Norman Daniels (1985; 2008) een specifiek op de gezondheidszorg gerichte extensie op de theorie van rechtvaardigheid van Rawls (1971).

Beide theorieën geven een verschillende invulling hoe recht wordt gedaan aan gezondheid en hoe mensen gezamenlijk verantwoordelijkheid voor elkaars gezondheid dienen te dragen. Wat deze twee theorieën delen, is dat ze een abstract principe van gelijkwaardige bekommernis onderschrijven. De keuze voor dit fundamentele uitgangspunt is niet geheel toevallig gemaakt. Zoals Kymlicka (2002, 4) namelijk stelt: “Niet iedere politieke theorie, die ooit ontworpen is, is egalitair in deze abstracte zin. Maar als een theorie claimt dat sommige mensen geen recht hebben op gelijkwaardige bekommernis van hun overheid, als geclaimd wordt dat bepaalde mensen er minder toe doen dan andere mensen, dan zouden de meeste mensen in de moderne wereld deze theorie verwerpen.”<sup>5</sup> Deze abstracte gelijkheid heeft een bredere reikwijdte dan de liberaal egalitaire theorieën van Dworkin en Daniels (Kymlicka 2002, 53). In deze scriptie is voor twee liberale egalitaristen gekozen, omdat hun theorieën de gelijkheid, maar ook solidariteit, in de huidige realiteit binnen de gezondheidszorg het beste benadert. Tegelijkertijd voorzien zij tevens op principiële basis de dagelijkse praktijk van voldoende kritiek.

#### A. *Gelijkheid van middelen*

In het hoofdstuk waarin Dworkin (2000, 316-317) zijn algemene theorie toepast op de gezondheidszorg, doet hij een pleidooi voor de introductie van een rationeringsprincipe in de gezondheidszorg. Er zijn meer doelen in het leven dan het Cartesiaanse principe, dat goede gezondheid het hoogste goed is en daarom koste wat kost dient te worden nagestreefd. Het alternatief dat Dworkin (2000, 317-319) ons biedt, is een behoedzaam verzekeringsprincipe (*prudent insurance principle*), dat antwoord zou kunnen geven op hoeveel we aan gezondheidszorg zouden willen uitgeven en hoe gezondheidsgoederen onder de bevolking verdeeld zouden dienen te worden. Dit verantwoordelijke verzekeringsprincipe volgt direct uit zijn theorie van gelijkheid van middelen, een verdere uitwerking van gelijkwaardige bekommernis (Dworkin 2000, 1, 147-148, 198).<sup>6</sup>

---

<sup>5</sup> Dit citaat van Kymlicka is een directe reactie op de stelling van Dworkin, dat elke plausibele politieke theorie een ultieme waarde van gelijkheid onderschrijft. Deze stelling te onderzoeken is één van de centrale doelstellingen van het boek van Kymlicka (2002, 3). Tot een definitief antwoord komt hij niet.

<sup>6</sup> Een antwoord op het fundamentele principe van gelijkwaardige bekommernis ook daadwerkelijk onderbouwd wordt door menselijke ethische en morele waarden en de mogelijkheid van objectieve waarheid, probeert Dworkin (2000, 4; 2011) te geven in het boek “*Justice for Hedgehogs*” (2011).

Deze aanpak van gelijkheid van middelen heeft als doel mensen als gelijken te benaderen. Het doel is niet om voor iedereen dezelfde einddoelen te stellen (zoals iedereen even rijk, even goed opgeleid of zelfs even knap) (Dworkin 2000, 11), maar mensen vrij te laten in het stellen en verwezenlijken van persoonlijke doelen zonder daarbij andere mensen op te zadelen met bovenmatige kosten van exorbitante doelen. In gelijkheid van middelen gaat het er dus om te definiëren wat iemands rechtmatige deel van de metaforische economische koek, zijn *fair share*, is (Dworkin 2000, 69). Om het rechtmatige deel te kunnen herleiden, maakt Dworkin (2000, 66, 68, 73) gebruik van een hypothetische veiling in combinatie met een jaloezietest (*envy test*). De redenering begint vanuit een hypothetische situatie: een groep schipbreukelingen is aangespoeld op een onbewoond eiland en besluit een samenleving te stichten gebaseerd op het principe van een gelijke verdeling van middelen. Aangezien niemand nog de middelen van het eiland uit een principe van bijvoorbeeld eigendomsrecht kan claimen, rijst de vraag: wie heeft recht op wat? Een tweede vereiste is dat niemand jaloers mag zijn op de bundel van goederen van een ander, wil er sprake zijn van een rechtmatige verdeling.<sup>7</sup>

Aangezien elke bundel van goederen op willekeurige wijze samengesteld en eventueel gemanipuleerd kan worden, zonder hierbij rekening te houden met de voorkeuren van de schipbreukelingen, is er een verdeelsleutel nodig. Als oplossing voor deze willekeurigheid stelt Dworkin een veiling voor, waarin elke schipbreukeling een gelijke hoeveelheid schelpen (het betaalmiddel van keuze voor de nieuwe bewoners van dit eiland) om goederen naar hun voorkeur aan te schaffen. Deze veiling gaat zo lang door als nodig is, om alle goederen die worden aangeboden te verkopen, alle schelpen die de schipbreukelingen hebben gekregen zijn besteed en de ontstane verdeling van verschillende individuele bundels voldoet aan de test van jaloezie. Op deze wijze wordt een rechtmatige initiële verdeling van goederen gevonden.

Dat er een gelijkwaardige initiële verdeling gevonden is, wil nog niet zeggen dat ook na de verdeling de middelen nog gelijkwaardig verdeeld zullen blijven. Zo bestaat het risico, dat na de veiling enkele schipbreukelingen buiten hun schuld om al hun middelen kwijt raken bij bijvoorbeeld een overstroming of een brand. Een ander voor dit onderzoek relevanter voorbeeld is, dat schipbreukelingen ziek worden en daarom niet

---

<sup>7</sup> Anderson (1999, 287) stelt dat jaloezie een weinig te ambiëren maatstaf is voor theorieën van rechtvaardigheid. Echter, er dient hierbij een onderscheid gemaakt te worden tussen technische en psychologische jaloezie. Dworkin (2000, 85; 2002, 117n19) gebruikt jaloezie op de technische manier, waarin individuen in de hypothetische situatie hun bundel goederen dienen te vergelijken met die van anderen. Dit vergelijkende aspect mist in psychologische jaloezie en is slechts de nijd iets niet te hebben wat iemands anders wel heeft.

meer kunnen werken of handelen en hun gestelde doelen kunnen nastreven, zoals de gezonde schipbreukelingen dat wel kunnen. Niet alleen arbeid en handel, maar ook geluk en kans spelen een grote rol hoe de middelen na de veiling verder verdeeld zullen blijven.

Dworkin (2000, 73-74) maakt hierbij een onderscheid tussen twee soorten kans, waarbij de ene vorm van kans wel compensatie verdient en de ander niet. Het eerste type is optiekans (*option luck*), waarbij een schipbreukeling bewust een bepaalde kans heeft gegrepen, opdat men hoopt hier beter van te worden, wetende dat in deze kans ook het risico bestaat dat deze onfortuinlijk kan uitpakken. Dit kan bijvoorbeeld een inleg in een dobbelspel zijn of een investering in een project van iemand anders. Het tweede type kans is een willekeurige kans (*brute luck*), een type kans die de schipbreukeling overkomt zonder dat hij hier bewust voor heeft gekozen of deze reëel heeft kunnen vermijden. Een verzekering kan het verschil tussen optiekans en willekeurige kans, althans gedeeltelijk, overbruggen. Als een schipbreukeling bijvoorbeeld een ernstige ziekte zoals kanker ontwikkelt, dan is dat een willekeurige kans die slecht uit pakt.<sup>8</sup> Als deze zelfde schipbreukeling een ziektekostenverzekering heeft aangeschaft dan kan hij met deze ziektekostenverzekering de behandeling bekostigen om een (goede) kans te hebben om weer te genezen. Dat de schipbreukeling een verzekering heeft afgesloten, is een vorm van goede optiekans. Dit individu heeft er namelijk goed aan gedaan te kiezen voor het afsluiten van een verzekering, zodat hij zijn ziektekosten kan betalen, om na de behandeling weer zijn doelen in goede gezondheid te kunnen verwezenlijken. In hoeverre deze verzekering de ziektekosten en het verschil in de misgelopen inkomsten kan compenseren, is afhankelijk van de hoogte van de premie en het risico op slechte willekeurige kans.

Het principe van gelijkwaardigheid van middelen probeert, zoals al eerder gesteld werd, mensen de werkelijke prijs te laten betalen voor het leven dat zij verkiezen (Dworkin 2000, 76-77, 313). Als iemand er voor kiest niet een deel van zijn inkomen te besteden aan het afsluiten van een ziektekostenverzekering, dan is hij zelf verantwoordelijk voor de gevolgen. De geboden verzekering biedt namelijk de mogelijkheid willekeurige kans af te kopen met goede optiekans. Mocht iemand, in een

---

<sup>8</sup> Hierbij dient erkend te worden dat het oplopen van kanker niet zo willekeurig is als getroffen worden door een meteoriet, het voorbeeld dat Dworkin (2000, 74) aanhaalt. In de ontwikkeling van een vorm van kanker speelt namelijk een genetische achtergrond in de risico's deze ziekte te ontwikkelen een grote rol. Desalniettemin is deze genetische achtergrond een gegeven feit vanaf de geboorte, waar het betreffende individu niet voor kan kiezen, noch deze kan vermijden. In deze zin is er in dit voorbeeld, maar ook bij vele andere ziektebeelden, wel sprake van willekeurig geluk.



situatie van gelijkheid van middelen, er voor kiezen toch geen ziektekostenverzekering af te sluiten, dan heeft hij ook geen recht op compensatie in het geval van slechte willekeurige kans. Deze situatie geldt natuurlijk alleen wanneer dergelijke verzekeringen worden aangeboden. Ook geldt deze redenering alleen wanneer mensen hetzelfde risico hebben een bepaalde ziekte op te lopen en men van te voren goed geïnformeerd is over de kansen een bepaalde ziekte te krijgen.

Aan deze vereisten kan in de realiteit onmogelijk worden voldaan. Alleen al door verschillen in genetische achtergrond, lopen verschillende mensen verschillende risico's.<sup>9</sup> In dit geval bestaat er voor mensen met grotere risico's een grotere discrepantie tussen optiekans en willekeurige kans dan voor mensen met een bijvoorbeeld relatief 'goede' genetische achtergrond. Verzekeraars zouden op basis van risicoprofielen hiervoor verschillende premies kunnen vragen. Dit zou niet conform het principe van gelijkwaardige bekommernis zijn. Een oplossing voor dit probleem is verzekeraars niet op individueel niveau risicoprofielen te laten opstellen, maar op populatie niveau. De wijze waarop verzekeraars nu algemene risicoprofielen voor hele populaties maken (bijvoorbeeld voor natuurlijke rampen), zo zouden zorgverzekeraars ook de genetische achtergrond van een populatie kunnen gebruiken bij premiebepaling, waardoor de discrepantie tussen optiekans en willekeurige kans voor iedereen gelijk is (Dworkin 2000, 77-79).

Wat een redelijke compensatie is voor een aandoening is afhankelijk van de precieze situatie waarin een samenleving verkeert. Zo bepalen de technische mogelijkheden bijvoorbeeld wat mogelijk is te behandelen tegen welke kosten (Dworkin 2000, 79). Daarnaast is de hoogte van de compensatie afhankelijk van de bereidwilligheid van mensen een bepaalde premie te betalen. In andere woorden, de mate waarin mensen bereid zijn een bepaald deel van hun inkomen aan een zorgverzekering af te dragen, bepaalt in welke mate zorg geleverd kan worden (Dworkin 2000, 82). Tot slot is de mogelijkheid tot compensatie afhankelijk van de mogelijkheid van het betalen van een bepaalde premie. Zelfs na de gestelde hypothetische veiling, zullen verschillen in inkomen en de mogelijkheid tot het betalen van een premie uiteen gaan lopen. De ene

---

<sup>9</sup> Voor het gemak van deze argumentatie is de complicatie, dat mensen met een handicap kunnen worden geboren, weggelaten. In dit geval is het niet mogelijk een willekeurige kans af te kopen en kunnen mensen ook niet verantwoordelijk gehouden worden voor hun conditie. Het gelijkheid van middelen principe stelt dan ook dat, omdat gehandicapte mensen niet verantwoordelijk kunnen worden gehouden voor hun conditie, deze mensen gecompenseerd dienen te worden. Hoeveel deze mensen gecompenseerd kunnen worden is afhankelijk van de betreffende situatie. Het uitgangspunt is mensen in principe voldoende te compenseren om hun de kosten voor hun medische conditie te vergoeden (Dworkin 2000, 297).

persoon heeft nu eenmaal meer talent en interesse in het verdienen van geld dan de ander, simpelweg omdat deze bijvoorbeeld meer plezier in het doen van zaken heeft.

Gelijkheid van middelen stelt dat niet voor al deze verschillen tussen mensen gecompenseerd hoeft te worden. Dit zou namelijk leiden tot een “slavernij van de getalenteerden” (Dworkin 2000, 90) en in volledige tegenspraak zijn met het principe van gelijkwaardige bekommernis. Verschillen in talenten en interesses zijn nu eenmaal een gegeven feit. Echter, deze verschillen dienen niet mensen met minder talenten, of interesses die een lagere verdien capaciteit hebben, de kans te ontnemen een ziektekostenverzekering te kunnen aanschaffen tegen een redelijke prijs. Dworkin (2000, 91) stelt om deze reden een progressieve belasting voor om de effecten van deze verschillende talenten en interesses te neutraliseren en de gelijkheid van middelen over verloop van tijd en in de realiteit zo goed mogelijk te benaderen (Dworkin 2000, 169-173).<sup>10</sup> Op deze manier is de optie om tegen een redelijke prijs een zorgkostenverzekering te kunnen kopen voor iedereen, ongeacht zijn positie in de maatschappij, ongeacht zijn intrinsieke interesses, en tot slot ongeacht zijn medische achtergrond, gegarandeerd.

Dat de mate van verzekeren afhankelijk is van de specifieke kenmerken in de samenleving (rijkdom, technologische ontwikkeling en preferenties van mensen in welke mate ze zich willen verzekeren), doet Dworkin (2000, 317-319) concluderen dat we hier over een behoedzaam verzekeringsprincipe van de ziektekosten kunnen spreken. Op deze wijze is het namelijk mogelijk om op een principiële basis van gelijkheid afwegingen te kunnen maken tussen waar men zich wel en niet voor wil verzekeren (optiekans). Ook wordt er op deze wijze een limiet gesteld in hoeverre men zich dient te verzekeren, omdat gezondheidsgoederen in de verschillende bundels worden afgewogen tegen andere doelen in het leven.

### *B. Gelijkheid van mogelijkheden*

Hoewel het principe van gelijkheid van mogelijkheden uitgaat van een abstract principe van gelijkheid, verschilt de aanpak van Norman Daniels (1985; 2008) volledig van die

---

<sup>10</sup> Hoe deze herverdeling tussen mensen er precies uit moet komen te zien gaat voorbij aan de reikwijdte van deze scriptie. Ook deze is afhankelijk van het type maatschappij en typen ongelijkheid. Om de herverdeling te laten voldoen aan het principe van gelijkheid van middelen en mensen niet het slachtoffer te laten worden van buitensporige claims, maakt Dworkin (2000, 88, 94) ook hier gebruik van een hypothetische veiling en verzekering voor talenten. Op deze wijze wordt volgens Dworkin een distributie van middelen gevonden die preferentiegevoelig is, waarin mensen de vruchten van hun werk kunnen genieten en aan de test van jaloezie wordt voldaan.

Dworkin. Daniels stelt namelijk dat gezondheid van een speciaal moreel belang is. De benadering van Daniels (2008, 29) waarom gezondheid van een speciaal moreel belang is, is naar verloop van tijd ook veranderd. In zijn eerste boek, *Just Health Care*, probeerde Daniels (1985, 23) te vermijden om over gezondheidsbehoeften (*health needs*) te spreken bij het formuleren van een theorie over rechtvaardige gezondheidszorg. Deze gezondheidsbehoeften zijn namelijk aan de ene kant te breed, voor elk kwaaltje kan namelijk een reden worden gegeven waarom deze behandeling behoort, maar aan de andere kant juist te restrictief, niet alle gezondheidsbehoeften worden namelijk in de maatschappij erkend. Later komt Daniels (2008, 4, 29-33) op deze benadering terug naar aanleiding van inzichten uit de epidemiologie. Vele ziekten en lichamelijke belemmeringen zijn namelijk sterk gecorreleerd aan willekeurige kenmerken van mensen. Socio-economische status, geslacht en ras blijken allemaal een rol te spelen in het gezondheidsniveau van individuen, waardoor de verschillen in toegang tot gezondheidszorg niet meer verklarend zijn voor de ongelijke gezondheidsstatus die tussen individuen bestaat (Daniels 2008, 79-80). Om deze reden dient volgens Daniels toch over gezondheidsbehoeften gesproken te worden. Dit in tegenstelling tot Dworkin, die uit gaat van preferenties van de mensen hoeveel ze aan gezondheid willen uitgeven.

Als er over gezondheidsbehoeften gesproken moet worden, is een objectieve maatstaf nodig om te voorkomen dat deze te breed of te restrictief worden. Een objectieve maatstaf is nodig om behoeften te rechtvaardigen. Daniels (2008, 34) doet dit door behoeften te koppelen aan de vereisten van normaal functioneren. Deze kunnen door de medische wetenschap relatief oncontroversieel en objectief worden vastgesteld door te spreken van pathologie, een wetenschap die gewijd is aan de afwijkingen van normaal functioneren (Daniels 2008, 37-39). Een afwijking van normaal functioneren is echter nog niet per definitie een onrechtvaardigheid. Vele mensen hebben namelijk last van kwaaltjes of zwaardere aandoeningen (bijvoorbeeld slapeloosheid), zonder dat de maatschappij over deze kwalen zou spreken van een onrechtvaardigheid. Hier introduceert Daniels (2008, 43) zijn definitie van een *normal opportunity range*, een maatstaf om de mogelijkheden van een individu in de maatschappij een 'objectieve' invulling te geven. Dit is een directe uitwerking van zijn aanpak van gelijkheid van mogelijkheden. Een *normal opportunity range* is hierbij gedefinieerd als het "binnen een gegeven maatschappij daadwerkelijk kunnen verwezenlijken van redelijke

verwachtingen en plannen, zoals mensen die met hun leven hebben,” (Daniels 2008, 43).

Deze redelijke verwachtingen en plannen zijn hierbij natuurlijk ook afhankelijk van de sociale organisatie en de verwante distributie van goederen binnen een samenleving. Echter, de definitie van normaal functioneren geeft voldoende inzicht in hoeverre gezondheid en toegang tot gezondheidszorg ongelijk verdeeld zijn in een samenleving. Het moreel belang, dat hierbij gehecht wordt aan gezondheid, is met deze definitie direct te herleiden tot de rol die gezondheid speelt in de *normal opportunity range* en het navenante belang dat we hechten aan het verwezenlijken van onze plannen binnen onze mogelijkheden (Daniels 2008, 44).

De vraag of en hoe een maatschappij dient op te komen voor het behoud van de *normal opportunity range* van iedereen, maar ook met name de minder bedeelden, is afhankelijk van de theorie van rechtvaardigheid waar vanuit geredeneerd wordt. Daniels maakt hierbij gebruik van de prominente theorie van rechtvaardigheid van Rawls (1971).<sup>11</sup> Rawls gaat in zijn theorie echter uit van de assumptie dat alle mensen perfect gezond zijn, ter versimpeling van zijn argument om tot een rechtvaardige sociale organisatie van de maatschappij en distributie van goederen te komen. Om over onrechtvaardigheid aangaande gezondheid te kunnen spreken, dient Daniels om deze reden gebruik te maken van een extensie op de theorie van Rawls.

Zijn idee van een rechtvaardige samenleving omvat twee principes. Het eerste principe bewerkstelligt zo uitgebreid mogelijke basisvrijheden, zogenaamde primaire goederen (*primary goods*) voor alle individuen. Het tweede principe, het *difference principle*, stelt dat ongelijkheden zo verdeeld dienen te worden dat ze in de eerste plaats ten goede komen aan de minst bedeelden in de samenleving, ten tweede dat alle maatschappelijke posities in een competitie tussen individuen verkregen worden onder een voorwaarde van gelijkheid van mogelijkheden (Kymlicka 2002, 56). Rawls (1971, 303) vat zijn principes als volgt samen: “Alle sociale primaire goederen - vrijheid en mogelijkheden, inkomen en rijkdom, en een basis voor zelfrespect - dienen op gelijke wijze verdeeld te worden tenzij een ongelijke distributie van één van dezen goederen in het voordeel zijn van de minst bedeelden.” Dit neemt niet weg dat de verschillende principes en hun doelen hierbij kunnen conflicteren. Om deze reden stelt Rawls (1971,

---

<sup>11</sup> De focus op Rawls is hierbij niet exclusief. Het gebruik van Rawls, in Daniels’ theorie van een rechtvaardige gezondheidsbehoefte, is illustratief bedoeld. Een alternatief dat Daniels (2008, 102) suggereert voor Rawls is de Amartya Sen’s vermogens (*capabilities*) benadering.

61) dat zijn principes lexicografisch geordend zijn. Dit betekent dat het primaire goederen nooit mogen worden uitgeruild tegen andere goederen, ook als dit ten goede komt aan de welvaart van de minst bedeelden (het eerste principe gaat altijd boven het tweede principe).

De gelijkheid van mogelijkheden in de theorie van Rawls dient te garanderen dat de competitie tussen individuen in het verkrijgen van hun geambieerde posities en goederen, op gelijkwaardige basis gevoerd wordt. Het uitgangspunt is een procedurele gelijkheid van mogelijkheden om de basisstructuur van de samenleving in het voordeel van iedereen te laten werken (Daniels 2008, 51). Gelijkheid van mogelijkheden en het *difference principle* bewerkstelligen hier alleen dat moreel arbitrair verdeelde persoonlijke eigenschappen, zoals bijvoorbeeld talenten, ten goede komen van een samenleving die sterke tendensen kent naar gelijkheid tussen individuen (Daniels 2008, 54-55; Rawls 1971, 100).<sup>12</sup>

De lijst van primaire goederen lijkt echter te beperkt als de assumptie, dat alle mensen perfect gezond zijn, komt te vervallen. Twee individuen met vergelijkbare indexen van primaire goederen kunnen namelijk in grote mate verschillen in vooruitzichten in hun leven als men verschillende gezondheidsbehoeften heeft. Simpelweg gezondheid aan de lijst van primaire goederen toevoegen biedt echter geen oplossing, omdat dan inter-persoonlijke vergelijkingen dienen te worden gemaakt of aan de gelijkheid van mogelijkheden wordt voldaan. Dit soort vergelijkingen van welzijn (of utiliteit) waren nu juist vergelijkingen die Rawls had willen voorkomen met het opstellen van een lijst van primaire goederen (Arrow in Daniels 1985, 44; Daniels 2008, 56-57).

De mogelijkheid, die Daniels (2008, 57-60) voorstaat, is het begrip van gelijkwaardige mogelijkheden breder te interpreteren en gezondheid aan dit begrip toe te voegen. Rawls' theorie is, zoals al eerder gezegd, vooral gericht op een eerlijke competitie tussen individuen bij het verkrijgen van een bepaalde sociale positie of bepaalde goederen. Gelijkheid van middelen is hierbij van strategisch belang. Natuurlijke verschillen in gezondheid zijn hierbij niet alleen een gevolg van de zogenaamde 'natuurlijke loterij', maar de epidemiologie heeft inzicht verschaft in hoe de sociale organisatie van een maatschappij invloed heeft op de ongelijke verdeling van de gezondheidstatus tussen verschillende bevolkingsgroepen. Het breder interpreteren

---

<sup>12</sup> Deze laatste claim wordt door velen betwist. Voor het gemak van het argument, wordt hier uitgegaan van de correctheid van deze claim.

van gelijkheid van mogelijkheden is hierbij niet gericht op het verheffen van alle natuurlijke verschillen tussen mensen (dit zou waanzin zijn), maar is gericht op het bewerkstelligen van een *normal opportunity range* voor iedereen in de competitie met elkaar (Daniels 2008, 13, 57-60)

De combinatie van het *difference* principe en het principe van gelijkwaardige mogelijkheden, corrigeert niet volledig de ongelijkheid die tussen mensen bestaat (Daniels 2008, 55). Met de uitbreiding van het principe van gelijkwaardige mogelijkheden, zullen alleen ten dele relevante afwijkingen van de *normal opportunity range* van mensen hersteld worden. In hoeverre van een dergelijk herstel sprake zal zijn, is afhankelijk van de mate waarin een bevolking ongelijkheden in hun samenleving acceptabel vindt (Daniels 2008, 91). Een procedurele methode is hierbij nodig om op een legitieme manier (rationerings-) afwegingen te maken in hoeverre individuen gecompenseerd dienen te worden ten behoeve van hun herstel. Op deze wijze dient volgens Daniels (2008, 103) de ontwikkeling van beleid plaats te vinden om ongelijkheden tot een maatschappelijk acceptabel niveau te vereffenen.<sup>13</sup>

Naast de kritiek op de bovenstaande theorieën van rechtvaardigheid van zowel die van Daniels als die van Dworkin, zullen ook de effecten van deze procedurele methode in de volgende sectie centraal staan. Van belang voor deze kritiek is te herkennen dat de centrale focus van het oude werk van Daniels (1985) gericht was op het vereffenen van verschillen in de toegang tot gezondheidszorg. De nieuwe kennis uit de epidemiologie suggereerde echter dat ook de gehele sociale maatschappelijke structuur tegen het licht gehouden dient te worden om te kunnen analyseren waar onrechtvaardige ongelijkheden van mogelijkheden bestaan. Niet alleen preventieve gezondheidsmaatregelen kunnen hierbij een positieve rol spelen. In zijn nieuwe werk gaat Daniels (2008) nu veel verder en dienen aan de hand van epidemiologische inzichten ook socio-economische ongelijkheden vereffend te worden, omdat die vaak gecorreleerd zijn aan de verschillen in gezondheidsniveaus van verschillende bevolkingsgroepen. Een zogenaamde dunnere '*veil of ignorance*' is hier nodig in het ontwerpen van een meer rechtvaardige samenleving om de gelijkwaardige mogelijkheden van competitie tussen individuen te bewerkstelligen (Daniels 2008, 61-

---

<sup>13</sup> Nadat aan het begin van deze paragraaf een contrast is gemaakt tussen de preferentiebenadering van Dworkin en de gezondheidsbehoefte van Daniels, is het opvallend dat Daniels via de procedurele methode toch preferenties van de maatschappij introduceert in hoeverre ongelijkheden, in de beschikking over een *normal opportunity range*, vereffend dienen te worden.

62). Het waren namelijk deze gelijkwaardige mogelijkheden die het morele belang van gezondheid verantwoordden.

### **III. Rationering: het maken van keuzes in de zorg**

Door de specifieke problematiek van almaar stijgende kosten in de gezondheidszorg, die niet simpelweg door een eenmalige efficiencywinst opgelost kan worden (Aaron & Schartz 1990), ontkomt men er niet aan keuzes te moeten maken welke zorg wel en niet vergoed dient te worden. Dit impliceert dat een expliciete keuze gemaakt dient te worden hoe goederen onder de bevolking verdeeld dienen te worden. De theorieën van rechtvaardigheid, die hier boven beschreven zijn, geven elk hun eigen invulling hoe op een principiële wijze het hoofd geboden kan worden aan deze problematiek. Bij een herverdeling van middelen zullen altijd winnaars en verliezers ontstaan. Dat winnaars en verliezers ontstaan, levert een legitimiteitprobleem op (Daniels 2008, 103). De vraag, die nu beantwoord dient te worden, is: welke theorie van rechtvaardigheid geeft de meest legitieme invulling aan het rationeren van zorg? Verschillende kritieken op de twee theorieën van rechtvaardigheid zullen hierbij centraal staan. Geconcludeerd zal worden dat de theorie van Daniels de meeste bezwaren kent en de theorie van Dworkin mogelijkheid biedt om aan deze bezwaren tegemoet te komen.

#### *A. Het belang van gezondheid*

Het belangrijkste kenmerk van de theorie van Daniels (2008) is de speciale status die hij aan gezondheid (of in zijn oude werk aan gezondheidszorg) toekent binnen het principe van gelijkheid van mogelijkheden. Drie problemen, die zich voordoen met deze benadering van gezondheid, zijn hieronder beknopt weergegeven:

Ten eerste levert de centrale focus op gelijkheid van mogelijkheden geen antwoord op de vraag hoe een betere gezondheid dient te worden nagestreefd als deze geen verbetering van de *normal opportunity range* oplevert (Stern 1983, 345). Verwante kritiek is dat de focus op de *normal opportunity range* in het belang van gelijkheid van mogelijkheden, voorbij gaat aan de motivatie dat we ook zorg willen leveren met andere motivaties (Schramme 2009, 18). Als voorbeeld noemt Stern (1983, 351-353), in zijn kritiek op het oudere werk van Daniels, de ouderenzorg. Weinigen zullen ontkennen dat ouderen zorg verdienen. Dit soort type zorg zal alleen geen grotere gelijkheid van mogelijkheden opleveren als het competitieve element, dat tussen individuen om

goederen en posities in de samenleving verondersteld wordt, centraal blijft staan. Daniels (1983, 367) moet erkennen dat zijn *normal opportunity range* hierin inderdaad te beperkt is en te veel gericht op het competitieve element van Rawls. Daniels (1983, 368; 1985, 104) heeft daarop een aanpassing gemaakt door gelijkheid van mogelijkheden te verbreden tot levensplannen in het algemeen. Het probleem van deze aanpassing is dat levensplannen in het algemeen niet worden ondersteund door de argumentatie van Rawls waarom gelijkheid van mogelijkheden van fundamenteel belang is in zijn theorie van rechtvaardigheid (Segall 2007, 352). De gerichtheid van Rawls op concurreren met anderen in het nastreven van levensplannen, blijft ook in het latere werk van Daniels (2008) een centrale rol spelen bij de vraag waarom gezondheid van een speciaal moreel belang is (zie boven) en kan dus niet goed verklaren waarom gezondheidsdoelen zonder een verbetering van een *normal opportunity range* nagestreefd zouden dienen te worden. In het principieel afwegen van keuzes voor de rationering van bepaalde zorg kunnen dergelijke discrepanties onbedoelde ongelijkheid tussen groepen opleveren.

He tweede punt van kritiek richt zich op de argumentatie dat gezondheid een speciaal moreel belang vertegenwoordigt. In *Just Health Care* kwam Daniels (1985) tot de conclusie dat gezondheidszorg van een speciaal moreel belang was. Dit committeerde hem tot een herverdeling van goederen om de toegang tot gezondheidszorg te bevorderen. In *Just Health* noopten inzichten uit de epidemiologie Daniels (2008) tot voortschrijdend inzicht dat gezondheid en gezondheidsbehoeften van een speciaal moreel belang waren. Gezondheid kan echter niet zo herverdeeld worden als bij de toegang tot gezondheidszorg het geval was. Gezondheid is namelijk persoonsgebonden (Segall 2007, 358). Logischerwijs zou iemand dan kunnen beargumenteren dat gezondheidszorg zo belangrijk is, dat daarom voor willekeurige kenmerken als socio-economische status, geslacht en ras, die van invloed waren op de gezondheidsstatus van individuen, een herverdeling plaats dient te vinden. Het probleem dat zich hier voordoet is dat aan gezondheid een speciale morele status is gegeven in zijn belang voor gelijkheid van mogelijkheden, terwijl de willekeurige kenmerken, die van grote invloed op gezondheid zijn, vallen onder het *difference principe* (Segall 2007, 359-360; Wilson 2009, 4-5). Dit probleem omvat een discrepantie die vraagtekens zet bij de algehele aanpak van Daniels. Het primaire goed van gelijkheid van mogelijkheden en goederen gekoppeld aan willekeurige kenmerken, die onder het *difference principe* vallen, blijken namelijk moeilijk van elkaar te onderscheiden. De



lexicografische ordening lijkt hierbij een antwoord op hoe herverdeling (en rationering) ten behoeve van gezondheid dient plaats te vinden, in te weg te staan.

Ten derde bestaan er twijfels wat het maximum is, dat aan gezondheidszorg moet worden uitgegeven. Daniels (2008, 104-105) doet wel een appel aan het belang van het stellen van limieten aan de uitgaven aan gezondheid en de gezondheidszorg. Echter hoe dit precies dient te gebeuren maakt hij niet duidelijk. Hij stelt hierbij: “Ongeacht het belang van gezondheidszorg, moeten we dit afwegen tegen andere goederen en andere manieren om mogelijkheden te stimuleren. Investeren in gezondheidszorg heeft opportunitetskosten tot gevolg, ook al stimuleren deze ook mogelijkheden.” (Daniels 2008, 104). Deze afwegingen dienen dan plaats te vinden in een procedure waarbij redelijke mensen dienen te delibereren en te zoeken naar regels om goederen her te verdelen. Dit deliberatieve proces dient te voldoen aan vier eisen: 1) een eis van publiciteit, 2) een eis van relevantie, 3) een eis van mogelijkheid tot beroep en revisie en tot slot 4) een eis van regulatieve waarborg (Daniels 2008, 118-119). Of dit echter mogelijk is, is nog maar de vraag. Zoals eerder al werd gesteld geeft Rawls geen inzichten hoe verschillende primaire goederen tegen elkaar dienen te worden afgewogen. Peter (2001, 166) stelt zelfs dat in de theorie van Rawls geen uitruil van goederen zou mogen plaats vinden. De opzet van rechtvaardige sociale instituten zijn hierbij belangrijker dan de uitkomsten die ze bewerkstelligen. Een ander probleem is dat Rawls zelf expliciet heeft verboden primaire goederen uit te ruilen tegen goederen die vallen onder het *difference principe*. Gezien de centrale rol die de willekeurige eigenschappen spelen in de gezondheidsstatus van individuen en het speciale morele belang dat Daniels hecht aan gezondheid, valt het te betwijfelen of het überhaupt mogelijk is goederen ten behoeve van de gezondheidszorg uit te ruilen tegen andere primaire goederen.

### *B. Uitsluiting van zorg en dwang tot verzekeren*

De theorie van Dworkin stuit op minder principiële tegenstrijdigheden dan de voor de theorie van Daniels hierboven beschreven problemen. Om deze reden is de theorie van Dworkin dan ook beter in staat op een consistente wijze afwegingen te maken bij het rationeren van zorg. De reden hiervoor is dat preferenties van individuen centraal staan. Deze preferenties kunnen makkelijk(er) tegen elkaar worden afgewogen en in tegenstelling tot de theorie van Daniels hoeft niet bewezen te worden wat het speciale morele belang van gezondheid is. Aan de hand van een ordening van deze preferenties

kan relatief gemakkelijk gevonden worden waar individuen hun geld aan willen uitgeven en hoeveel geld ze hier aan uit willen geven.

Dit betekent niet dat ook niet op de aanpak van Dworkin de nodige kritiek is geweest. Deze kritiek concentreerde zich voornamelijk op het onderscheid dat Dworkin maakt tussen willekeurige kans en optiekans en dat individuen de volledige gevolgen hun eigen gedragskeuzen dienen te dragen. Als een individu namelijk tekort schiet in het afsluiten van een verzekering, die wel voor handen was, dan maakt dit individu weinig aanspraak op hulp vanuit de gemeenschap (Anderson 1999, 291-292). Slechte optiekans is namelijk gedefinieerd als het bewust nemen van een gok, die dan uiteindelijk slecht uit pakt. Anderson (1999, 295, 298) stelt dat zo'n persoon met slechte optiekans hierna aan z'n lot wordt overgelaten. Deze situatie is volgens haar in directe tegenspraak met het uitgangspunt van gelijkwaardige bekommernis. Voor de discussie aangaande de provisie van gezondheidszorg, zou dit betekenen, dat iemand die ernstig ziek wordt (bijvoorbeeld een HIV besmetting) en heeft nagelaten om wat voor reden dan ook een verzekering hiervoor af te sluiten, aan z'n lot zou worden overgelaten.

In een respons op Anderson, stelt Dworkin (2002, 111, 114-115) dat niets minder waar is en hij draagt twee argumenten aan waarom verplichte minimale verzekeringen noodzakelijk zijn. Ten eerste bestaan er zogenaamde *externalities* en markt imperfecties, waardoor bij afwijkingen van een normaal functionerende markt iemand belet kan worden redelijkerwijs een verzekering af te sluiten. In een dergelijk geval iemand dwingen om een minimale basis verzekering af te laten sluiten, benadert vrije markt keuzes soms beter dan keuzes in een imperfecte markt gecorrumpeerd door verschillende *externalities*. Daarbovenop is het ook geoorloofd voor de autoriteiten om in zo'n imperfecte markt in te grijpen (2000, 156). Het tweede argument is ronduit paternalistisch en stelt dat een fatsoenlijke maatschappij zijn burgers tegen zichzelf mag beschermen in keuzes die zij naar alle waarschijnlijkheid in de toekomst zullen berouwen. Dworkin (2002, 231) stelt dat burgers zich dienen te identificeren met de gemeenschap waarin ze leven. In hun streven naar het goede leven zijn mensen afhankelijk van de gemeenschap waarin ze leven. Hoe dit argument precies uitgewerkt wordt, gaat voorbij aan de reikwijdte van deze scriptie. Het is hier echter van belang voor de argumentatie, dat op basis van gemeenschapszin en politieke betrokkenheid het toegestaan is paternalistische maatregelen in te voeren zoals de algemene verplichting iedereen een basisverzekering af te laten sluiten.

Anderson (1999, 310) ziet deze verplichtingen als een affront jegens de vrijheid, omdat onwillende individuen op deze wijze gedwongen worden een verzekering af te sluiten (Dworkin 2002, 115). In hoofdstuk 3 van *Sovereign Virtue* stelt Dworkin (2000, 182-183) daarentegen dat vrijheid voor het individu een essentiële basisvoorwaarde is voor een volwaardige gelijkheid van middelen. Het betreft hier wel een gekwalificeerde vrijheid die in overeenstemming is met het principe van gelijkwaardige bekommernis en niet de vrijheid zoals Friedrich von Hayek die voor ogen heeft.

Een opvallende uitkomst van de bovenstaande redenering is dat op basis van gelijkwaardige bekommernis (en/of middelen), zoals Anderson inderdaad correct stelde, de staat kan beschikken over een dwangmiddel om in individueel gedrag in te grijpen door een minimale basisverzekering verplicht te stellen. Ook als we specifiek naar zijn invulling aan een rechtvaardige gezondheidszorg kijken, zien we dat bij Dworkin (2000, 315) een verplichte basis zorgverzekering centraal staat. Deze kan op basis van persoonlijke keuzes dan nog worden uitgebreid met een aanvullende zorgverzekering. De vraag die nu echter rijst is in hoeverre individuen nog verantwoordelijk kunnen worden gehouden voor hun eigen gedrag. Aanvankelijk was dit één van de meer aantrekkelijke aspecten van de gelijkheid van middelen benadering.

Nu de basiszorgverzekering verplicht is, dient rekening gehouden te worden met *moral hazard*. Onder dergelijke verplichtingen bestaat namelijk het risico dat mensen de verantwoordelijkheid en bovenal de kosten voor hun eigen daden afschuiven op anderen. We kunnen in dat geval niet meer spreken over *fair shares*. Dworkin (2000, 101) lijkt zich echter wel degelijk bewust van dit risico en heeft in zijn hypothetische verzekeringschema al verschillende voorwaarden, zoals eigenbijdrage en de richting van bewijslast, ingebouwd om problemen aangaande *moral hazard* te ondervangen.

Voor de bekostiging van de zorg en de mate van eigenverantwoordelijkheid van het individu in het nastreven van de eigen gezondheid, zou specifiek extra rekening gehouden kunnen worden met verzachtende omstandigheden. Zo stellen Cappelen en Norheim (2006, 314) dat de omvang van de gevolgen als een ziekte onbehandeld blijft, mee gewogen dienen te worden. Daarnaast stellen Cappelen en Norheim (2006, 315) dat onder bepaalde omstandigheden (zoals bij overduidelijke eigen schuld, niet levensbedreigende ziekten, geen verminderde toegang tot politieke rechten en tot slot relatief lage kosten van een behandeling) een hogere eigen bijdrage van de patiënt verwacht kan worden.

Cavallero (2011, 397) geeft hierbij de waarschuwing dat theoretische consistentie in het toeschrijven van eigen verantwoordelijkheid aan het individu, zich soms moeilijk vertaalt naar de realiteit. Hoe goederen in de samenleving verdeeld zijn, wijkt vaak af van de theoretische werkelijkheid van perfect rechtvaardig verdeelde samenlevingen. Zo kunnen mensen alleen verantwoordelijk worden gehouden voor hun optiekans als de achtergrondvoorwaarden ook rechtvaardig zijn (Dworkin in Cavallero 2011, 397n34). Zou men toch te sterk vast houden aan eigen verantwoordelijkheid onder condities van ongelijkheid, dan kunnen deze zelfs de ongelijkheid versterken. Het is namelijk erg lastig te bewijzen in hoeverre iemand schuldig is aan zijn eigen situatie. De mensen waarvan bewezen kan worden dat ze schuldig zijn aan hun eigen situatie en om die reden zelf de kosten van hun zorg dienen te dragen, vormen vaak maar het topje van de spreekwoordelijke ijsberg. Het grootste deel van de mensen die evenwel ook schuldig zijn aan hun eigen situatie wordt echter nooit waargenomen en zij kunnen wel de kosten op anderen afschuiven. Er ontstaat op deze wijze een ongelijkheid tussen individuen met wel en niet detecteerbare schuldenlast (Cavallero 2001, 402).

### *C. Procedurele rechtvaardigheid*

Als een verplichte zorgverzekering voor iedereen is toegestaan, dienen mensen als compromis ook inspraak te krijgen in de hoogte van hun zorguitgaven. Ook dient men te kunnen meebeslissen waaraan hun geld wordt uitgegeven. Dworkin (2000, 315-317) spreekt hier over een publiek orgaan waarin medische en politieke autoriteiten in debat kunnen gaan met de bevolking over hoe hun preferenties gerealiseerd kunnen worden. Dworkin werkt dit idee niet zo ver uit als Daniels (2008, 118-119). Aangezien Daniels zijn benadering niet exclusief heeft geformuleerd, maar als extensie op de theorie van Rawls, is wellicht goed mogelijk de procedurele opzet van Daniels te kopiëren naar de theorie van Dworkin. De vier vereisten van publiciteit, relevantie, mogelijkheid tot beroep en revisie en tot slot regulatieve waarborg, lijken in ieder geval niet te conflicteren met één van de principiële uitgangspunten van gelijkheid van middelen. Of deze procedure de beste methode is om preferenties van burgers tot uiting te laten komen, is een discussie apart en gaat voorbij de reikwijdte van deze scriptie.

## **Conclusie**

In de beantwoording van de hoofdvraag van deze scriptie, hoe op een principiële basis een antwoord gevonden kan worden op de problematiek van snel stijgende zorgkosten, kwamen verschillende benaderingen aan bod. Ten eerste leken mensenrechten vooral een retorisch middel om de publieke aandacht op onrechtvaardigheden te richten. Algemene principes van rechtvaardigheid dienden te worden geïntroduceerd om het vraagstuk op te kunnen lossen. Hierbij is de gelijkheid van middelen theorie van Dworkin uitvoerig behandeld in zijn nadruk op preferenties. Daarnaast is Daniels' extensie van gezondheid op de theorie op van Rawls toegelicht. Hierbij werd een speciaal moreel belang toegekend aan gezondheid. Deze laatste theorie kreeg echter te maken met een drietal principiële bezwaren, waardoor het erg lastig werd op principiële basis keuzes te maken voor een plafond aan zorgkosten. De methode van Dworkin leek een stuk vruchtbaarder om een principiële invulling te geven aan deze problematiek. Eén van de meest markante eigenschappen van deze theorie, de mogelijkheid om mensen verantwoordelijk te houden voor hun eigen levensstijl, verviel uiteindelijk grotendeels en resulteerde in een verplichte basisverzekering voor iedereen. De principiële invulling op welke wijze zorgkosten dienen te worden verdeeld en wat het maximum aan zorgkosten in de samenleving mag zijn, was hiermee gegeven. De daadwerkelijke invulling hiervan is afhankelijk van de preferenties van mensen en van de wijze waarop mensen hun preferenties kunnen laten meewegen in bijvoorbeeld een proces van procedurele deliberatie.

## Literatuur

- Aaron, H., en William B. Schwartz. 1990. "Rationing Health Care: The Choice Before Us." *Science* 247 (January): 418-422.
- Anderson, Elizabeth S. 1999. "What's the point of Equality?" *Ethics* 109 (January): 287-337.
- Cappelen, A.W., en Ole Frithjof Nordheim. 2006. "Responsibility, fairness and rationing in healthcare." *Health Policy* 76: 312-319.
- Cavallero, Eric. 2011. "Health, Luck and Moral Fallacies of the Second Best." *Journal of Ethics* 15: 387-403.
- Daniels, Norman. 1983. "A Reply to some Stern Criticisms and a Remark on Health Care Rights." *The Journal of Medicine and Philosophy* 8: 363-371.
- Daniels, Norman. 1985. *Just Health Care*. Cambridge, UK: Cambridge University Press
- Daniels, Norman. 2008. *Just Health: Meeting Health Needs Fairly*. Cambridge, UK: Cambridge University Press
- Dworkin, Ronald. 2000. *Sovereign Virtue: The Theory and Practice of Equality*. Cambridge, MA: Harvard University Press

- Dworkin, Ronald. 2002. "Sovereign Virtue Revisited" *Ethics* 113 (Oktober): 106-143.
- Dworkin, Ronald. 2011. *Justice for Hedgehogs*. Cambridge, MA: The Belknap Press of Harvard University Press
- Foucault, Michel. [1963] 2008. *Geboorte van de kliniek*. Amsterdam: Boom
- Kymlicka, W. 2002. *Contemporary Political Philosophy: An Introduction*. 2<sup>th</sup> ed. Oxford: Oxford University Press
- Moskop, John C. 1983. "Rawlsian Justice and a Human Right to Health Care." *Journal of Medicine and Philosophy* 8: 329-338.
- OECD. 2011. "OECD Health Data 2011." (November 2011)  
[http://www.oecd.org/document/60/0,3746,en\\_2649\\_33929\\_2085200\\_1\\_1\\_1\\_1,00.htm](http://www.oecd.org/document/60/0,3746,en_2649_33929_2085200_1_1_1_1,00.htm) (geraadpleegd 17 juni 2012)
- Peter, Fabienne. 2001. "Health Equity and Social Justice." *Journal of Applied Philosophy* 18 (No. 2): 159-170.
- Rawls, John. 1971. *A Theory of Justice*. Cambridge, MA: Harvard University Press
- Schramme, T. 2009. "On Norman Daniels' interpretation of the moral significance of healthcare." *Journal of Medical Ethics* 35: 17-20.
- Segall, Shlomi. 2007. "Is Health Care (Still) Special?" *Journal of Political Philosophy* 15: 342-361.
- Stern, Lawrence. 1983. "Opportunity and Health Care: Criticisms and Suggestions." *The Journal of Medicine and Philosophy* 8: 339-361
- Wilson, J. 2009. "Not so special after all? Daniels and the social determinants of health." *Journal of Medical Ethics* 35: 3-6.