

door dr. Henk ten Have

Dr. H.A.M.J. ten Have (geb. 1951) is bijzonder docent vanwege de Radboudstichting aan de Rijksuniversiteit Limburg, met als opdracht: wijsgerige en levensbeschouwelijke aspecten van geneeskunde en gezondheidszorg. Hij studeerde geneeskunde en filosofie te Leiden en promoveerde in beide vakken (1978 resp. 1983).



Gezondheid, gezondheidszorg en overheid

Crisis van de gezondheidszorg en paradox van de kritiek ¹⁾

De kritiek op de gezondheidszorg in het algemeen en op de geneeskunde in het bijzonder heeft iets paradoxaals. De meeste mensen onderschrijven de stelling dat er thans een crisis in de gezondheidszorg bestaat, hoewel zij merendeels uiterst tevreden zijn met de zorg die zij zelf ontvangen. Ondanks alle kritische geluiden over de geneeskunde, de artsen en de ziekenhuizen in de kranten of op de radio en de televisie is de Nederlander persoonlijk uiterst content. Bij een recente NIPO-enquete was 93% van de ondervraagden redelijk tot zeer tevreden over zijn huisarts. Tevredenheid over de specialist en over de behandeling in het ziekenhuis bestond bij 89% respectievelijk 90%.²

Hoe kan deze paradoxale houding jegens de gezondheidszorg verklaard worden? Enerzijds verstaat men onder 'crisis' blijkbaar niet altijd hetzelfde en heeft de term een andere inhoud bij verschillende mensen. Velen betrekken genoemde 'crisis' blijkbaar niet op zichzelf, maar op de gezondheidszorg als institutie, als sys-

teem van zorgverlening. Anderzijds neigt men er toe de zorg in het algemeen inferieur te achten aan de zorg die men zelf ontvangt; men gelooft althans dat de medische hulp die anderen ontvangen van minder kwaliteit is dan de hulp die men zelf ervaren heeft.³⁾

De crisis waarin de gezondheidszorg naar

1) Het is verheugend dat juist in dit tijdschrift een fundamentele discussie over geneeskunde en gezondheidszorg op gang is gekomen. Zie: G.Z. de Vos, *Gezondheidszorg, met zorg behandelen*, Christen Democratische Verkenningen 9/82, p. 424-431.

P.C.J. van Loon, *Het sociaal gezicht van het CDA*, Christen Democratische Verkenningen 11/82, p. 545-550.

W. Metz, *De geneeskunde op een keerpunt*, Christen Democratische Verkenningen 2/83, p. 78-88.

2) *De Nederlander en zijn dokter. Een NIPO-enquête*, Medisch Contact 36, 1981, p. 444-446.

3) R.M. Andersen, G.V. Fleming en T.F. Champney, *Exploring a paradox: Belief in a crisis and general satisfaction with medical care*, Milbank Fund Quarterly/Health and Society 60, 1982, p. 329-354.

veler gevoelen thans verkeert, heeft vooral betrekking op de gezondheidszorg als institutie, op de geneeskunde als maatschappelijk en cultureel systeem. Op de persoonlijke zorg en hulp die in de praktijk van alledag door allerlei deskundigen wordt verleend, heeft deze institutionele crisis blijkbaar weinig uitwerking. De meeste mensen kennen deze crisis niet uit eigen ondervinding, ze hebben haar niet aan den lijve ervaren. Over 'crisis' wordt gesproken op abstract theoretisch niveau, en niet op het vlak van de concrete alledaagse werkelijkheid. Of moeten we zeggen: *nog* niet?

De plaats van de geneeskunde in de moderne samenleving

Sommige critici van de moderne gezondheidszorg hebben de stelling geponeerd dat in onze hedendaagse samenleving de geneeskunde een aantal functies heeft, die de religie vroeger had.

Inderdaad zou de steeds belangrijker en omvangrijker geworden rol van de gezondheidszorg, met name gepersonificeerd in de arts, in verband kunnen staan met het voortschrijdende secularisatieproces van onze cultuur, waarbij de moderne arts een aantal functies van de priester overgenomen heeft. Ziekte, pijn en sterven zijn van ervaringen, die ieder mens moet leren aanvaarden en zinvol duiden, getransformeerd tot medische problemen, die deskundige en wetenschappelijke behandeling behoeven.

Omgekeerd heeft de samenleving gaarne steeds meer problemen naar de geneeskunde toegeschoven, zodat de medicus van tegenwoordig vraagbaak is bij huwelijksmoeilijkheden, leer- en opvoedingsproblemen, drugsverslaving, crimineel gedrag, onbevredigende arbeidsomstandigheden, ontslag, vervroegde pensionering en werkloosheid. Voor velen is hij bovendien de enige bij wie zij met hun

problemen nog om raad kunnen komen. De dominante positie van de geneeskunde in onze cultuur kan als gevolg worden beschouwd van deze twee processen: De enorme toename van de hulpvraag en de etikettering van steeds meer problemen als 'medisch'. Beide processen zijn weer het resultaat van de sterk vergrote macht van de moderne geneeskunde. De ziekten waaraan onze grootouders overleden, zijn uitgeroeid. Onze levensduur is aanzienlijk verlengd. Onze lichamelijke gebreken kunnen voor een groot deel worden gecompenseerd. Uitgevallen lichaamsfuncties kunnen worden overgenomen door technische apparaten.

De medische macht heeft heilsverwachtingen opgeroepen. Het idee dat medici zich bezighouden met het verlichten en genezen van ziekten heeft langzamerhand plaats gemaakt voor de opvatting dat geneeskunde allereerst tot doel heeft gezondheid te bewerken. Gezondheid moet dan niet worden opgevat als datgene wat bestaat, zodra ziekte is verholpen, maar als een toestand van positief welbevinden. Gezondheid is bovendien geëvolueerd als middel tot een bevredigend leven en als voorwaarde voor het tot stand brengen van een aantal essentiële zaken in het menselijk leven, tot een doel op zichzelf, tot een wezenlijke zaak in het leven.

Deze ontwikkelingen worden weerspiegeld in enquêtes naar opvattingen over datgene wat wij Nederlanders belangrijk vinden in het leven. Een goede gezondheid was in 1966 voor 35,7% van de ondervraagden het belangrijkste in het leven, in 1979 was dat voor 50,5% het geval. Een goed huwelijksleven daarentegen was in 1966 voor 35,2% nog het belangrijkste, maar dit percentage was in 1979 tot 19,6 gedaald. Was in 1966 voor 15,5% een sterk geloof het belangrijkste, in 1979 was dat nog slechts voor 5,2% het geval. In onze samenleving blijkt de hiër-

archie van waarden sterk veranderd te zijn.⁴⁾

Reacties vanuit de samenleving

De toename van de macht van de geneeskunde is gepaard gegaan met een grotere overheidsinvloed op het gebied van de gezondheidszorg – post aut propter. De snelle ontwikkeling van de geneeskunde op natuurwetenschappelijke grondslag leidde niet alleen tot groei van medische specialisaties, farmaceutische industrieën en het ziekenhuiswezen, maar evenzeer tot uitbreiding van gelieerde disciplines en zorginstanties, waardoor een ongeplande proliferatie van allerlei voorzieningen optrad. De overheid werd verantwoordelijk geacht voor de kwaliteit van de hulpverlening en voor de toegankelijkheid en bereikbaarheid van het hulpverleningssysteem. Nu er ten aanzien van de moderne geneeskunde en gezondheidszorg een kritische stroming op gang gekomen is, welke zeer snel weerklank gevonden heeft bij brede lagen van de bevolking, staat ook de rol van de overheid op dit terrein ter discussie.

Uit onvrede met de natuurwetenschappelijke oriëntatie van de geneeskunde, haar reductionistische methoden, haar beperkte mensbeeld, haar technologische benadering, zoekt een deel van de bevolking zijn toevlucht bij alternatieve geneeswijzen. Van de overheid verlangt men in dezen geen terughoudendheid, maar juist actief optreden ter legalisering van deze geneeswijzen. Zij zouden ook in het ziekenfondspakket opgenomen moeten worden (of blijven).

Uit verzet tegen de medicalisering van de samenleving en de stringente regulering en professionalisering van de gezond-

heidszorg is de laatste jaren een bloeiende zelfhulpbeweging ontstaan. Hierin wordt de nadruk gelegd op de eigen deskundigheid en op het vermogen zichzelf, al dan niet tesamen met lotgenoten te helpen. Tegen de afhankelijkheid van professionele deskundigen en van verzorgingsarrangementen van de overheid brengt men het vertrouwen in eigen kunnen naar voren. Van de overheid wordt terughoudendheid verwacht, omdat haar bemoeienis de oorspronkelijkheid en spontaniteit van zelfhulp en zelfzorg om zeep zou helpen. Zelfhulp kan niet als 'voorziening' worden ingecalculiseerd in het overheidsbeleid; ze wijst er wel op dat mensen zeer goed voor zichzelf en hun gezondheid, ziekte en handicaps *kunnen* zorgen.

De ontwikkeling en toepassing van biomedische technologie heeft een cascade van ethische problematiek in gang gezet. De bezinning op de ethische aspecten van medisch-wetenschappelijke ontwikkelingen lijkt tot nu toe behept met een vertragingfactor; zij komt steeds nadat de feitelijke ontwikkelingen hebben plaatsgevonden en put zich dan vervolgens uit in discussies over toelaatbaarheid, richtlijnen, grenzen e.d. De overheid lijkt weinig greep te hebben op de richting die de wetenschappelijke ontwikkeling van de geneeskunde neemt. De proliferatie van medische technologie lijkt als een autonoom proces te verlopen: de moderne geneeskunde blijft doende, nu fatalisme ten aanzien van gezondheid en ziekte vervangen is door fanatisme, haar grenzen te verleggen. Na de competitie om de eerste 'reageerbuisbaby', de eerste levertransplantatie of de eerste kunsthartimplantatie, komt ontegenzeggelijk de competitie om de meeste 'reageerbuisbabies', levertransplantaties en kunsthart-

4) Zie J.J. Klinkert, *Demedicalisering – Een betere hulpverlening?*, in: J. Hollenbeck Brouwer en J.A. Knottnerus (red) *Verrekenpunten in de gezondheidszorg*, Amsterdam 1982, p. 108.

implantaties. Op de richting van deze ontwikkelingen heeft de overheid tot nu toe nauwelijks invloed gehad. En als ze al zou willen ingrijpen, dan weet ze niet hoe. In feite zou daarvoor allereerst een ethische, c.q. filosofische discussie geëist moeten worden over de doelstellingen, grondslagen en grenzen van de gezondheidszorg.

De proliferatie van technologie heeft eveneens geleid tot discussies over de financiële (on)mogelijkheden van de gezondheidszorg. De schaarste van de middelen en de behoefte aan een rechtvaardige verdeling van die middelen, leiden tot de noodzaak prioriteiten te stellen, een rol die vrijwel unaniem de overheid wordt toebedeeld.

Het lijken vooral economische overwegingen te zijn geweest, die enerzijds tot het besef hebben geleid dat er grenzen gesteld moeten worden aan de moderne gezondheidszorg, anderzijds vooral de overheid verantwoordelijk gesteld hebben voor het begrenzen en reguleren van de gezondheidszorg. Theoretische bezwaren tegen de richting waarin de moderne geneeskunde zich ontwikkelt, kunnen nog als betrekkelijk vrijblijvend worden afgedaan. Iets anders is het als medische zorg zo kostbaar wordt, dat ze onbetaalbaar wordt. De toenemende veroudering van de bevolking zal bovendien een zo sterk beslag gaan leggen op de voorzieningen, dat diegenen die nu financieel bijdragen aan het instandhouden van die voorzieningen, straks zelf hoogstwaarschijnlijk met een veel lager voorzieningenniveau genoegen zullen moeten nemen. De strijd tegen de eindigheid van het leven en tegen de sterfelijkheid van de mens heeft bijna een natuurlijke grens bereikt. Wanneer het inderdaad zou lukken hart- en vaatziekten alsmede kanker volledig uit te roeien, zou dat de gemid-

delde levensverwachting bij de geboorte slechts met zes of zeven jaar verlengen, terwijl op 65-jarige leeftijd de gemiddelde levensverwachting daardoor niet meer dan 1 1/2 jaar langer zou worden dan thans.⁵⁾ Desondanks investeert de geneeskunde, en dus ook de overheid, vooral in het bestrijden van ziekten die als voornaamste doodsoorzaak gelden en wordt het peil van de gezondheidszorg afgelezen uit de sterftestatistieken.

Vooraf het feit dat voortgaande ontwikkeling van de moderne geneeskunde niet meer betaalbaar is en dat zelfs het handhaven van het huidige peil van de gezondheidszorg voor de komende decennia problematisch wordt, heeft ons hardhandig doen beseffen dat een andere ordening noodzakelijk is van de wijzen waarop onze cultuur met ziekte en gezondheid omgaat. Dat de overheid bij deze andere ordening een rol zou moeten spelen, lijkt mij onontkoombaar. Zij kan dat echter alleen voorzover zij een eigen standpunt ten opzichte van de geneeskunde en de gezondheidszorg gaat innemen.

Filosofie van de geneeskunde

Al hebben economische problemen ons het besef van een crisis bijgebracht, dit betekent niet dat deze crisis zelf van economische aard is. Er lijkt meer aan de hand te zijn. De financiële en organisatorische problematiek vloeit immers voort uit de oriëntatie die de moderne geneeskunde heeft gekozen. En deze oriëntatie doet de vraag rijzen naar de grondslagen van de geneeskunde.

Een dergelijke vraag is actueel geworden door een tweetal verschuivingen (of beter verbredingen) in het denken over geneeskunde:

1. Van ethiek op microniveau naar ethiek op macroniveau.

5) L.R. Kass, *Regarding the end of medicine and the pursuit of health*. Public Interest 40, 1975, p. 11-42.

De ethiek van de moderne geneeskunde is erfgename van twee uiteenlopende tradities en zij worstelt nog steeds met de ambiguïteit van deze erfenis. Enerzijds is er de traditie van de oude hippocratische geneeskunde, die vooral een vorm van broodwinning voor haar beoefenaars was, een commerciële onderneming met een daarbij behorende ethiek van professioneel eigenbelang. Een dergelijke ethiek is vooral gericht op het correct behandelen van patiënten, zodat ze tevreden zijn, willen betalen en bij een hernieuwde klacht terugkomen. Ook het regelen van de goede verstandhouding met collega's is hierbij een belangrijk punt.

De moderne geneeskunde wortelt anderzijds in de kloostergeneeskunde van de Middeleeuwen, waarin de zieke beschouwd werd als de lijdende Christus en de arts als de barmhartige Samaritaan en dienaar van de zieken. Vooral de zorg voor en verzorging van zieken stond hier centraal (niet alleen als taak voor de arts, maar voor alle christenen). Naastenliefde, onbaatzuchtige en zelfverloochende inzet waren daarvoor noodzakelijk: de persoon van de zieke moest voorop staan volgens deze ethiek van caritas. In de moderne geneeskunde zijn elementen van beide ethische tradities ineengevloeid. Maar zowel de professionele als de charitatieve ethiek zijn gericht op microdimensies: de arts-patiënt relatie en de intercollegiale relaties. Recentelijk ziet men echter meer aandacht ontstaan voor de ethische vraagstukken van de geneeskunde als institutie, als cultureel en sociaal kader waarin ziekte en gezondheid geplaatst worden. Dat het macro-perspectief in de medische ethiek pas recent aan bod komt, heeft te maken met de geringe macht die de geneeskunde tot voor kort bezat.

Pas toen de studie en behandeling van ziekten een betrouwbare, natuurwetenschappelijke grondslag kreeg, kon effec-

tief worden ingegrepen tegen ziekten, niet alleen in de arts-patiënt relatie, maar ook daarbuiten. De geneeskunde ging invloed krijgen op ziekte in het algemeen: het ziektepatroon van de samenleving veranderde, de omstandigheden waaronder ziekten ontstonden, werden gesaneerd; geneeskunde werd een effectief middel ter vergroting van het algemeen welzijn, zij kon in dienst worden gesteld van het algemeen belang. De toegenomen macht maakte ook een aantal spanningen in de moderne geneeskunde actueel: niet alleen die tussen broodwinning en caritas, maar ook die tussen kennisverwerving en hulpverlening, tussen de individuele en sociale verplichtingen van de medicus en tussen persoonlijke zorg en zorgstructuur. Daardoor is duidelijk geworden dat geneeskunde als institutie bepaalde ethische vragen oproept, bijvoorbeeld vragen naar de rol van wetenschappelijke experimenten, naar de verdeling van medische mogelijkheden, naar de humaniteit van structuren.

2. Van ethiek naar filosofie van de geneeskunde.

De verbreding van het ethisch denken van de arts-patiënt relatie tot de geneeskunde als institutie heeft uiteindelijk geleid tot belangstelling voor de wijsgerige vooronderstellingen en grondslagen van geneeskunde en gezondheidszorg. Een ethische beoordeling van het medisch handelen is immers niet los te maken van een kritische beschouwing van het beeld van de mens dat in de geneeskunde gehanteerd wordt, noch van de opvattingen over geneeskunde als wetenschap met een specifiek object en specifieke methoden, noch van opvattingen over de gewenste rol en functie van de geneeskunde in de samenleving. Ethiek zelf is onderdeel van een filosofische visie op het medisch denken en handelen. Zij hangt noodzakelijk samen met wijsgerig-antropologische, wetenschapsfilosofische en

sociaal-filosofische opvattingen. Men ziet dan ook dat thans de medische ethiek ingebed wordt in wijsgerige bezinning op geneeskunde en gezondheidszorg. De tegenwoordige belangstelling voor filosofie van de geneeskunde is voortgekomen uit het opbloeien van interesse voor biomedische ethiek. De noodzaak van het wijsgerig bevragen van het kader waarin zich problemen voordoen, werd ingezien toen zich steeds meer morele vragen aandienen in de persoonlijke interactie tussen arts en patiënt en in de institutionele relaties tussen geneeskunde en samenleving. Het problematische in de arts-patiënt verhouding en de geneeskunde-samenleving relatie is men gaan stellen in het licht van het problematische van de geneeskunde in onze cultuur.

Gezondheid als utopie

Voor 'gezondheid' geldt hetzelfde als Augustinus gezegd heeft van 'tijd': als niemand het ons vraagt, dan weten wij wat het is, als iemand ons vraagt wat het is, weten wij het niet. Iedereen weet uit ervaring wat gezond-zijn is, desondanks is het uiterst lastig om de betekenisinhoud van het begrip 'gezondheid' expliciet vast te leggen.

In haar beginselverklaring, in 1946 door vertegenwoordigers van 61 staten ondertekend, definieert de Wereldgezondheidsorganisatie gezondheid als 'a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity'. Minder bekend is dat deze definitie ingegeven werd door politieke motieven, namelijk de overtuiging dat de toekomstige wereldvrede het beste verzekerd kan worden door een verbetering van de lichamelijke en geestelijke gezondheid. ('The health of all peoples is fundamental to the attainment of peace and security.....'. Vandaar ook: 'Unequal development in different countries in the promotion of health and control of disease.....is a common danger'.)

Direct na genoemde definitie proclameert de verklaring dan ook het recht op gezondheid, alsmede de verantwoordelijkheid van de overheid voor de gezondheid van haar onderdanen. Hiermee krijgt gezondheidszorg een politiek doel, maar wordt gezondheid tegelijkertijd een utopisch ideaal. Zowel de geneeskunde als de maatschappij, c.q. overheid, zijn in een onhoudbare positie gebracht, omdat het politieke doel van gezondheidszorg onbereikbaar is geworden. Gezondheid is zo veelomvattend geworden dat elke menselijke omstandigheid eronder valt. Daardoor is het onmogelijk om de grenzen van gezondheidszorg scherp aan te geven. Elk onderscheid tussen politieke, ethische, culturele of religieuze problemen enerzijds en gezondheidsproblemen anderzijds is weggefallen. Daarmee is ook een ongelimiteerde economische last op de overheid gelegd: als alles een gezondheidsprobleem kan zijn, is er geen indamming mogelijk van de geldstroom die in naam van de gezondheidszorg blijft vloeien.

In de beginselverklaring van de WHO worden ten onrechte een aantal zaken aan elkaar gelijkgesteld. Niet alleen wordt gezondheidszorg equivalent geacht aan gezondheid, maar dit laatste wordt ook gelijkgesteld met geluk of welzijn. Op deze vrucht van gezondheidszorg zouden we dan allen gelijkelijk recht hebben. Deze utopische visie op gezondheid en gezondheidszorg uit de periode vlak na de tweede wereldoorlog speelt ons nog altijd parten bij het denken over de rol van de overheid op het gebied van de volksgezondheid. Gezondheid is geen voldoende voorwaarde voor welzijn, doch hoogstens een noodzakelijke voorwaarde. Immers ook politieke, culturele, religieuze en economische factoren dragen bij tot het welbevinden, tot menselijk geluk. Zelfs de suggestie dat gezondheidszorg een dergelijk doel kan bereiken, is misleidend. Als het begrip 'ge-

zondheid' een oneindig bereik krijgt, is geen zinnige discussie meer mogelijk over het recht op gezondheid en het recht op gezondheidszorg.

De definitie van de WHO illustreert dat 'gezondheid' een relatief begrip is, dat niet onafhankelijk van tijd, plaats en cultuur vast te leggen is. Ten onrechte wordt de suggestie gewekt dat 'gezondheid' door deze definitie permanent is gefixeerd. De beginselverklaring is weliswaar een proclamatie: zij formuleert een ideaal, maar niettemin een ideaal dat men blijkbaar niet onbereikbaar acht. De definitie is echter zelf het produkt van een bepaalde tijd, een bepaalde cultuur. Wat gezondheid is, is niet universeel vast te leggen. De geschiedenis van de geneeskunde leert dat men in andere tijden en andere culturen een wisselende inhoud heeft gegeven aan dit begrip. Nu de economische, politieke en culturele omstandigheden waaronder we leven, veranderen, evolueren ook onze opvattingen over gezondheid.

Bepalend voor datgene wat we onder 'gezondheid' verstaan, lijken met name twee factoren: 1) De mogelijkheden van de geneeskunde. Naarmate de medische macht groeit, expandeert het gezondheidsbegrip. 2) De maatschappelijke mogelijkheden. Naarmate de overheid het systeem van gezondheidsvoorzieningen laat uitdijen, wordt het gezondheidsbegrip veelomvattender.

Beide soorten mogelijkheden ondervinden in de huidige tijd toenemende beperkingen. Vandaar dat de geproclameerde rechten op gezondheid en gezondheidszorg nadere beschouwing verdienen.

Recht op gezondheid (szorg)

De filosoof John Locke beschouwde het recht op gezondheid al in 1690 als een natuurrecht van de mens. Vooral sedert in de beginselverklaring van de WHO gesteld is dat ieder mens een fundamenteel recht heeft op gezondheid, wordt

over het al dan niet bestaan van een dergelijk recht gediscussieerd. Daarnaast wordt veel vaker gesproken van het recht op gezondheidszorg. Dit recht werd voor het eerst verwoord gedurende de Franse Revolutie, als uiting van de idee dat gezondheidszorg geen kwestie van privilege of voorwerp van caritas is, maar iets dat allen gelijkelijk, ongeacht ras, religie, rijkdom, leeftijd en macht, moet toekomen. Het werd na de tweede wereldoorlog vastgelegd o.a. in de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens en recentelijk als sociaal grondrecht in onze nieuwe Grondwet.

Wat met het *recht op gezondheid* precies bedoeld wordt, is onduidelijk. Wordt er mee aangegeven dat iedereen het recht heeft niet ziek te zijn? Dit miskent wat de natuur voor ons nu eenmaal aan ziekten en gebreken in petto heeft. Wordt er mee bedoeld dat de maatschappij de verplichting heeft om de gezondheid van haar leden te bevorderen? Maar zelfs de beste gezondheidszorg kan niet garanderen dat iemand altijd gezond zal blijven. Impliceert dit recht de verplichting dan tenminste pogingen te doen de gezondheid zoveel mogelijk te bevorderen? Maar op grond waarvan is de een verantwoordelijk voor de gezondheid van de ander? Deze voorbeelden laten zien dat grote problemen ontstaan als het recht op gezondheid als een positief recht wordt opgevat. Gezondheid is niet een van de profijtelijkheden, goederen of diensten die kunnen worden verworven, geschonken of weggenomen (zoals onderwijs of huisvesting). Het recht op gezondheid kan door de overheid of wie dan ook, niet worden verwezenlijkt en is vergelijkbaar met recht op wijsheid of recht op mooi weer.

Meestal wordt het dan ook opgevat als een negatief recht, namelijk inhoudende dat de eigen gezondheid niet door toedoen van anderen wordt geschaad. Daarbij heeft men het oog op de huidige toe-

stand waarin de eigen gezondheid verkeert en impliceert het recht op het niet-aantasten ervan geenszins het recht op een andere (c.q. betere) gezondheidstoestand of het recht om altijd in die gezondheidstoestand van dit moment te blijven verkeren.

Sommigen gaan iets verder door te beweren dat dit recht op gezondheid inhoudt dat de overheid verplicht is de burgers te beschermen tegen inbreuken op hun gezondheid (bijv. door chemische verontreiniging van het milieu tegen te gaan). Deze negatieve interpretatie bevat derhalve een positief element: namelijk actief ingrijpen van de overheid, waardoor schade aan de eigen gezondheid ten gevolge van sociale factoren of handelingen van anderen wordt voorkomen. Dit laatste veronderstelt echter ten onrechte dat de klasse van sociaal bepaalde risico's voor de gezondheid duidelijk afgebakend is. In feite is het juist een van de contro-versen in de moderne geneeskunde hoe groot de rol is van maatschappelijke respectievelijk individuele factoren bij bedreiging of begunstiging van het gezonde bestaan.

Aangezien sociale factoren bij vrijwel alle ziekten een zekere rol spelen, is het goed mogelijk op grond van deze negatieve interpretatie van het recht op gezondheid een buitengewoon omvangrijke rol van de overheid op het terrein van de gezondheidszorg te bepleiten. Bovendien zou de overheid dan niet rechtens een rol behoeven te spelen bij bijvoorbeeld genetisch bepaalde ziekten, hoewel de lijders hieraan toch moeilijk persoonlijk verantwoordelijk kunnen worden geacht. Het recht op gezondheid, opgevat zowel in negatieve als in positieve zin, lijkt een weinig plausibele grond voor overheidsbemoediging met gezondheidszorg.

Het *recht op gezondheidszorg* wordt gewoonlijk opgevat als een positief recht (als recht op sociale goederen en voor-

zieningen). Het wordt vaak geïnterpreteerd als een recht op gelijke toegang tot de gezondheidszorg die de gemeenschap besloten heeft beschikbaar te stellen. Allen zouden recht hebben op een gelijk deel van de beschikbare gezondheidszorg. Dit zou tot consequentie hebben dat gezonde mensen een claim hebben op meer middelen dan ze in feite behoeven en zieken op minder middelen dan ze feitelijk nodig hebben. Daarom zou beter gesproken kunnen worden van het recht op toegang *als gelijke* tot de gezondheidszorg, omdat het niet gaat om eenzelfde hoeveelheid goederen en middelen, maar om eenzelfde hoeveelheid aandacht en respect. Soms wordt dit recht ook opgevat als een claim op alle middelen en voorzieningen die nodig zijn om zoveel mogelijk gezondheid te garanderen. Deze maximalistische interpretatie verschilt dan weinig van het recht op gezondheid. Tenslotte is er een minimalistische opvatting: namelijk als het recht op die hoeveelheid zorg die nodig is om iemand op een basaal gezondheidspeil te houden of te brengen ('decent minimum of health care'). Ook bij deze laatste interpretatie is het de vraag of genoemd recht te verwezenlijken is. Er zijn ernstig zieken bij wie geen enkele hoeveelheid zorg nog gezondheid, hoe basaal ook, kan verschaffen.

Aan het recht op gezondheidszorg kleven een aantal problemen, zoals de vraag naar de grond of de fundering van dit recht, alsook de vraag naar de inhoud ervan. Wat dit laatste betreft: Concretisatie van het recht op gezondheidszorg vraagt twee beslissingen:

1. Wat wordt verstaan onder gezondheidszorg? Vat men onder deze term medische zorg of gezondheidszorg in ruime zin (al dan niet door professionele hulpverleners), curatieve en/of verzorgende activiteiten, preventie van verslechtering van de gezondheid en/of stimulering van verbetering van

de gezondheid?

2. Wat is de omvang en het type van de beschikbaar gestelde gezondheidszorg? Stel dat eerstgenoemde beslissing zo is uitgevallen dat het recht op gezondheidszorg opgevat wordt als recht op medische zorg, betekent het dan dat iedereen krijgt wat nodig is om zijn leven te redden, of dat er naar gestreefd wordt te voorzien in de behoeften van zoveel mogelijk mensen? Stel dat besloten wordt open-hartchirurgie tot de algemene gezondheidsvoorzieningen te rekenen: kan een 80-jarige dan hetzelfde recht erop doen gelden als een kind, als een jonge volwassene? Heeft iemand met een ongezone leefwijze of onverantwoordelijk gedrag evenveel recht op medische zorg als iemand die altijd gezond heeft geleefd en veel aandacht aan het behoud van zijn gezondheid heeft besteed?

De inhoud van het recht op gezondheidszorg zal variëren met de mogelijkheden tot gezondheidszorg die de maatschappij zich wil en kan permitteren. Dit recht heeft immers een plaats temidden van andere sociale grondrechten (bijv. het recht op onderwijs, huisvesting, arbeid), die onze samenleving eveneens wenst te verwezenlijken. Dit betekent dat iedere keer opnieuw de vraag beantwoord moet worden: Wat is de overheid verplicht te verschaffen teneinde aan het recht op gezondheidszorg van de burgers tegemoet te komen?

Het lijkt me dat hiervoor nog een derde (wellicht meest fundamentele) beslissing genomen moet worden, namelijk: Wat wenst men te verstaan onder 'gezondheid'?

Gezondheidszorg wordt immers opgeëist als middel tot iets anders; er wordt vooral aanspraak gemaakt op een produkt en niet zozeer op een proces. Het recht op gezondheidszorg impliceert mijns inziens het recht op gezondheid in positieve zin.

Het lijkt ook zinniger dat een claim gelegd wordt op een eindprodukt in plaats van op alleen een proces. Het recht op onderwijs bijvoorbeeld betekent niet dat we meer dan tien jaar in schoolbanken wensen door te brengen, maar vooral dat we een bepaalde, sociaal erkende waarde hopen te verwezenlijken. Ook het recht op gezondheidszorg is vooral verbonden met het gewenste resultaat; het geeft uitdrukking aan het verlangen naar realisering van een waarde. Dit betekent dat als de overheid de plicht heeft een goede gezondheidszorg te waarborgen, zij er niet aan ontkomt te bepalen wat onder 'gezondheid' verstaan wordt.

Besluit

Gezondheidszorg is een voorziening waarop in onze maatschappij allen gelijk recht kunnen doen gelden. Door de beperktheid van de financiële middelen is het echter niet langer mogelijk alles wat de moderne gezondheidszorg te bieden heeft ook daadwerkelijk voor iedereen beschikbaar te stellen, – gesteld tenminste dat het recht op gezondheidszorg niet absolute prioriteit heeft boven andere sociale grondrechten.

De overheid moet bepalen wat het recht op gezondheidszorg inhoudt. Daarvoor zijn een aantal afwegingen noodzakelijk:

1. Wat is de plaats van dit recht ten opzichte van andere sociale grondrechten? Aan welke doeleinden, noden, behoeften en rechten wil men als samenleving tegemoet komen, in een situatie dat niet alle vervuld kunnen worden? Welke waarde kent men toe aan gezondheid ten opzichte van onderwijs, huisvesting, arbeid, voeding?
2. Nauw hiermee samen hangt de vraag wat men in het kader van het sociale recht op gezondheidszorg wil verstaan onder 'gezondheid'. Welk concept van gezondheid wil de overheid hanteren wanneer zij garant staat voor genoemd recht? Wat is precies het doel.

ter verwezenlijking waarvan zij voorzieningen aanbiedt?

3. Pas na genoemde vragen beantwoord te hebben, kan bepaald worden welke voorzieningen de overheid voor alle burgers als gelijken beschikbaar wil stellen.

Ter bepaling van de rol van de overheid op het terrein van de volksgezondheid lijkt mij momenteel een bezinning op de grondslagen van de moderne geneeskunde en gezondheidszorg noodzakelijk. Dit impliceert een bezinning op de grondwaarden van onze cultuur.

Vooraf een christen-democratische partij zal vanuit haar levensbeschouwelijke grondslagen een belangrijke bijdrage tot deze bezinning kunnen geven, enerzijds vanuit het besef van de relatieve waarde van gezondheid, anderzijds vanuit het be-

sef dat wij allen solidair en bewogen behoren te zijn met de zieke en lijdende medemens, die een appèl doet op onze hulp en verzorging.

Opnieuw zullen we ons moeten afvragen welke inspiraties vanuit onze christelijke levensbeschouwing uitgaan naar het denken en handelen ten aanzien van gezondheid en gezondheidszorg alsmede de rol van de overheid daarbij. Geneeskunde en gezondheidszorg vormen in onze huidige samenleving bij uitstek het terrein waarop traditie en modernisering, geloof en wetenschap, levensbeschouwing en politiek elkaar ontmoeten.

