

VII.1 De organisatie van de gezondheidszorg

J.A. Raymakers, F.J. van Ittersum

1.1 Het garanderen van gelijke toegang tot gezondheidszorg

De juridische antwoorden op de vraag of er een recht op gezondheidszorg bestaat, wie er gebruik van mag maken, onder welke voorwaarden en in welke mate, verschillen van land tot land. In de Verenigde Staten geldt het “no-duty-to-treat”-beginsel. Het rechtssysteem van de VS kent geen federaal grondwettelijk of wettelijk recht op redding of zelfs noodredding. Wettelijk is er geen recht op gezondheidszorg voor Amerikanen. Dit is echter getemperd door Civil Right Acts en door de Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (EMTALA) die in 1986 werd aangenomen. In veel landen is een dergelijk recht echter grondwettelijk vastgelegd (bv. De Franse grondwet van 1946) of wordt het vermeld in wetten die betrekking hebben op de gezondheidszorg (zoals de grondwet van de NHS in het Verenigd Koninkrijk). In de meeste Europese landen is het onwettig om een medemens in nood niet te redden of in de steek te laten en riskeert een arts die dat wel doet niet alleen disciplinaire maatregelen van zijn beroepsraad, maar ook strafrechtelijke vervolging.

In Nederland is er op het gebied van de gezondheidszorg veel wetgeving. De oudste wet op dit gebied uit 1865 was bedoeld om niet zomaar iedereen geneeskundige handelingen te laten uitvoeren. Deze is inmiddels vervangen door de wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg [1: Rijksoverheid. Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG, 11 november 1993). Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden 1993, 655, 1-53.]. Deze wet laat iedereen de mogelijkheid om geneeskunde te bedrijven, behoudens een lijst van met name genoemde voorbehouden handelingen. Daarnaast regelt de wet slechts vereisten voor het recht om de titel die het beroep aanduidt (bijv. arts) te voeren. De Wet Geneeskundige behandelovereenkomst [2: Rijksoverheid. Wet op de Geneeskundige Behandel Overeenkomst (WGBO, 1 april 1995). Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden 1994, 845.] regelt de rechten van de patiënt en geeft aan de arts een aantal plichten.

Daarnaast werd de toegang tot de gezondheidszorg voor bredere lagen van de bevolking in financieel opzicht mogelijk door de oprichting van ziekenfondsen in de 19e eeuw. In 1941 werd de verplichte ziekenfondsverzekering wettelijk geregeld door het Ziekenfondsbesluit gevolgd door de Ziekenfondswet in 1964. Daarvoor was wel in 1914 al de Ziektewet in werking getreden als bescherming tegen loonderving bij ziekte. Voor de Ziekenfondswet die de verplichte ziekenfondsverzekering tot een bepaalde inkomensgrens regelde kwam in 2006 de Zorgverzekeringswet in de plaats, die een voor iedereen verplichte basisverzekering tegen ziektekosten regelt. De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ 1967), in 2014 vervangen door de Wet langdurige zorg (Wlz), werd ingesteld om moeilijk verzekerbare kosten door ziekte via een collectieve volksverzekering, met solidariteit als basis, te kunnen financieren. De Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV 1971) en de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG 1980) die vervangen werd door de Wet Marktordening Gezondheidszorg (2006), de Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG 1993), de Kwaliteitswet Zorginstellingen (1996) en de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO 2007) geven een aantal wettelijke regelingen

betreffende voorzieningen in de Gezondheidszorg. Al deze Nederlandse wetten – en de opsomming is niet volledig – hebben betrekking op het burgerlijk recht, dat overeenkomsten, afspraken, regelingen en verplichtingen tussen burgers regelt en beogen alle burgers een betaalbare toegang tot basisgezondheidszorg te garanderen.

Maar ook met de inhoudelijke kant van de zorg is de wetgeving zich gaan bezighouden. Dat is in zekere zin gebeurd in de wet BIG, en ook in de Embryowet (2002), maar veel treffender in twee wijzigingen in de strafwet: de Wet afbreking zwangerschap [3: Rijksoverheid. Wet Afbreking Zwangerschap (WAZ of Wafz, 1 mei 1981). Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden 1981, 257.] en de Wet toetsing levensbeëindigend handelen en hulp bij zelfdoding [4: Rijksoverheid. Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (WtL, 12 april 2001). Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden 2001, 194.]. Hier werden handelingen overeenkomend met het feit dat ze intrinsiek ongeoorloofd zijn (zie Hoofdstuk I.2.2.2.), altijd door strafwetgeving waren veroordeeld, van strafvervolgning ontheven onder bepaalde voorwaarden. De strafwet heeft betrekking op handelingen en gedragingen die, wegens hun schadelijkheid voor de gemeenschap, uit naam van die gemeenschap bestraft worden.

Omdat wij in een samenleving verantwoordelijkheid dragen voor elkaar (vgl. het socialiteits- en subsidiariteitsbeginsel, (hoofdstuk I.2.2.5, [5: Pius XI. Encycliek Quadragesimo anno (15 mei 1931). Acta Apostolicae Sedis 1931, 23, 174-284.]), is de verantwoordelijkheid om zorg te verlenen aan medemensen een plicht die gebaseerd is op rechtvaardigheid en op het christelijk gebod van naastenliefde. Het doel van deze zorg is het welzijn van de medemens, dat een intrinsiek goed is. In de seculiere samenleving is het doel beperkt tot het persoonlijk welzijn in lichamelijke en geestelijke zin. Deze laatste opvatting van welzijn dreigt, bij gebrek aan een objectieve betekenis, vereenzelvigd te worden met ieders persoonlijke en directe verlangens. Zo krijgt het idee dat de “klant koning is” gemakkelijk voet aan de grond, ook in de gezondheidszorg. De moeilijkheid om welzijn te definiëren houdt verband met de vraag of de waardigheid van de mens en zijn leven een universele betekenis hebben of dat het om een zuiver subjectieve aangelegenheid gaat die ieder voor zich bepaalt (zie hoofdstuk VI).

Vanuit het garanderen van het algemene welzijn is het de plicht van de overheid erop toe te zien dat het recht van eenieder op medische verzorging wordt geëerbiedigd door gelijke toegang tot de gezondheidszorg te waarborgen. De toewijzing van de beschikbare middelen voor medische behandelingen hangt nauw samen met de financiering van de gezondheidszorg. Dit laatste heeft voortdurende aandacht nodig omdat de gezondheidszorg zonder regulatie ongeremd dreigt te blijven groeien en mede daardoor ervaart dat er een tekort aan middelen voor de gezondheidszorg is.

Eén van de grondbeginselen van de sociale leer van de katholieke kerk is de universele bestemming van de goederen in deze wereld. Het houdt in dat de Schepper het geheel van de goederen van deze wereld heeft bestemd voor de mensheid als geheel en niet slechts voor individuen. De mens is geen eigenaar, maar rentmeester van de schepping. Het recht op privé-eigendom wordt niet verworpen, maar is niet absoluut (zie hoofdstuk I.2.2.5.). De Staat heeft het recht grondgebied te onteigenen voor de aanleg van autowegen, spoorwegen en industrieterreinen tegen een redelijke vergoeding, indien dit noodzakelijk is voor het algemeen welzijn. Evenzo heeft de staat het recht burgers te verplichten bij te dragen aan de gezondheidszorg, ook als zij die zelf niet onmiddellijk nodig hebben. Dit betekent niet dat er helemaal geen plaats is voor privé-eigendom,

want het is een middel om een goed beheer van de schepping te garanderen. Zonder privé-eigendom zou het rentmeesterschap niet goed gerealiseerd kunnen worden, zoals blijkt uit de communistische collectivistische landbouwbedrijven in het verleden, waarin geen privé-eigendom werd erkend en dus uiteindelijk niemand zich verantwoordelijk voelde voor de productie van voedsel, waardoor de opbrengst meestal laag was. Privé-eigendom kan echter alleen gerechtvaardigd worden vanuit een sociaal perspectief. Uit het beginsel van de universele bestemming van de goederen in deze wereld volgt dat alle dingen die een individu bezit, op de een of andere manier ook de gemeenschap ten goede moeten komen [6: H. Johannes Paulus II. Litterae Encyclicae Laborem exercens (14-9-1981), nr 24. Acta Apostolicae Sedis 1981, 73, 577-647.].

Vanuit het oogpunt van het algemeen welzijn en de universele bestemming van de goederen in deze wereld moet ieder lid van de samenleving gelijke toegang hebben tot gezondheidszorg. Het beginsel is duidelijk, maar de uitvoering ervan is een behoorlijke uitdaging. Door de snel stijgende kosten van de gezondheidszorg wordt het steeds moeilijker om gelijke toegang tot de gezondheidszorg te garanderen. Deze ontwikkeling is te wijten aan verschillende factoren [7: C. Lucioni. *Economia e salute. Medicina e Morale* 1986, 4, 777-786.] [8: S. Zamagni. *Fairness, rationing and the right to health care*. In: Sgreccia E, Carrasco de Paula I, editors. *Quality of life and the ethics of health care*, (Proceedings of the eleventh assembly of the Pontifical Academy for Life), Vaticaanstad: Libreria Editrice Vaticana; 2006, 76-108.]:

1. In hoog tempo worden nieuwe medische technieken en therapieën, die zeer doeltreffend kunnen zijn, uitgevonden en ingevoerd. Mensen willen vrijwel allemaal dat deze worden toegepast wanneer dat nodig is om het leven te redden of gezondheid te herstellen. Nieuwe medische technieken en therapieën zijn echter nogal kostbaar, vooral wanneer ze pas ontdekt zijn. De invoering ervan is onmogelijk zonder de kosten van de gezondheidszorg te verhogen.
2. In de tijd van economische voorspoed in de jaren zeventig probeerden veel staten in West-Europa zoveel mogelijk behandelingen aan te bieden tegen lage kosten of zelfs zonder kosten voor het individu. Gaandeweg zijn de kosten van de gezondheidszorg een steeds groter deel van de collectieve uitgaven uit gaan maken, dusdanig dat in periodes van economische recessie overheden gedwongen werden ook op zorguitgaven te besparen.
3. De stijgende kosten van de gezondheidszorg in de westerse wereld zijn ook het gevolg van demografische veranderingen, met name van de algemene vergrijzing van de bevolking. Terwijl de gemiddelde levensverwachting is gestegen en nog steeds stijgt, is het geboortecijfer sinds het begin van de jaren zestig gedaald door o.a. het veelvuldig gebruik van voorbehoedsmiddelen. Bijgevolg moet een krimpend, werkend deel van de bevolking de financiële middelen verdienen voor een groeiend aantal ouderen. Bovendien lijden ouderen steeds vaker aan chronische en degeneratieve ziekten. Dit maakt het steeds moeilijker om voldoende financiële middelen te vinden die gelijke tred houden met de groeiende behoefte aan gezondheidszorg voor ouderen en zieken.
4. Een zeer belangrijke factor is het algemene gebrek aan tolerantie voor elk lichamelijk of psychisch ongemak, waardoor mensen geneigd zijn medische hulp in te roepen, zelfs voor relatief

onbeduidende problemen.

Sommige van de opgesomde factoren zijn (althans voor een groot deel) te wijten aan ontwikkelingen die ons overkomen. De stijging van de uitgaven voor gezondheidszorg is echter ook te wijten aan beslissingen en attitudes waarvoor de mensen zelf verantwoordelijk zijn [9: E. Sgreccia. Aspetti medico-sociali. In: Sgreccia E, editor. Manuale di bioetica 2, Milan: Vita e Pensiero; 1991, 450-453.]:

1. Velen koesteren onrealistische verwachtingen over wat de moderne gezondheidszorg kan bereiken en houden vast aan een consumptieve en hedonistische opvatting van gezondheidszorg, waardoor zij geneigd zijn behandelingen en ingrepen te eisen die niet nodig zijn om de gezondheid te herstellen.
2. Er is een gebrek aan verantwoordelijkheid voor de uitgaven in de gezondheidszorg: de persoon die een behandeling voorschrijft, de persoon die deze ontvangt en de instantie die deze betaalt, staan los van elkaar. De arts en de persoon zijn ofwel niet op de hoogte van de kosten van de behandeling, hetgeen wel het geval zou moeten zijn, ofwel zij zijn niet geïnteresseerd in de kosten. Bij het toezicht op de uitgaven voor gezondheidszorg hebben de arts en de patiënt een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid. Dit is vooral een probleem wanneer het gezondheidszorgsysteem gratis behandelingen aanbiedt.
3. Stijgende kosten zijn – althans in een deel van de gevallen – ook te wijten aan moreel verwerpelijke gewoonten, zoals overmatig alcoholgebruik, drugsmisbruik of onverantwoord seksueel gedrag.
4. Ook middelen of ingrepen waartegen morele bezwaren bestaan en die kosteloos worden aangeboden, drukken op het budget van de gezondheidszorg, zoals abortus, voorbehoedsmiddelen, kunstmatige voortplantingstechnieken en geslachtsverandering.

Uit de opsomming van de verschillende factoren die een rol spelen bij de stijging van de zorguitgaven volgt tot op zekere hoogte waar met aandacht aan moet besteden om gelijke toegang tot de zorg te garanderen. Dit betreft de wijze van financiering van de gezondheidszorg (zie Hoofdstuk VII.1.1.1.) en de beheersing van de uitgaven voor gezondheidszorg via het vrijemarktmechanisme tezamen met het kwaliteitsdenken en kwaliteitscontrole (Hoofdstuk VII.1.1.2.). Het vereist het verstrekken van de nodige informatie aan patiënten en medisch personeel om hen bewust te maken van de kosten van behandelingen en ingrepen en hun verantwoordelijkheid voor het bewaken van de uitgaven voor gezondheidszorg. Bovendien is het belangrijk om mensen voor te lichten over het vermijden van consumentengedrag bij het inroepen van medische zorg. Verder moet men vermijden om de kosten van moreel verwerpelijke behandelingen en ingrepen te vergoeden (Hoofdstuk VII.1.1.3.).

1.1.1 De verschillende financieringssystemen voor de gezondheidszorg

Om iedereen gelijke toegang tot de gezondheidszorg te garanderen is een universeel financieringssysteem voor de gezondheidszorg nodig. Het is duidelijk dat de gezondheidszorg zo duur is geworden dat individuele mensen zich de kosten ervan niet kunnen veroorloven als zij ingewikkelde behandelingen en chirurgische ingrepen moeten ondergaan. Een dergelijk financieringssysteem moet worden bepaald door het algemeen (gemeenschappelijk) welzijn, waarin allen hun aandeel moeten hebben, de beginselen van de universele bestemming van de goederen in deze wereld en door de principes van socialiteit en subsidiariteit (Hoofdstuk I.2.5.2.). Een universeel financieringssysteem van de gezondheidszorg kan worden gerealiseerd door mensen te laten delen in de kosten ervan door belasting te betalen of door ziektekostenverzekeringen.

Het Verenigd Koninkrijk was het eerste land dat in de jaren na de Tweede Wereldoorlog een volledige, uit belastinggelden gefinancierde National Health Service invoerde. Italië volgde dit voorbeeld in 1978 met de invoering van de Servizio Sanitario Nazionale, ook vrijwel volledig gefinancierd met belastinggeld.

De gezondheidszorg kan ook worden gefinancierd door middel van een verzekering die de basiszorg dekt waarop elk individu recht heeft. Het kan gaan om een geheel of gedeeltelijk verplichte verzekering, die in sommige landen (gedeeltelijk) door de werkgever wordt betaald. In andere landen is de basiszorgverzekering verplicht voor alle of voor bepaalde groepen van de samenleving. Dit is te legitimeren op basis van het socialiteits- en het subsidiariteitsbeginsel (hoofdstuk I.2.2.5.): op basis daarvan heeft de overheid het recht om belastingen te heffen of mensen te verplichten een ziektekostenverzekering te hebben, zeker als het gaat om basiszorg.

Een universeel stelsel van financiering van de gezondheidszorg, hoewel geschikt om gelijke toegang tot de gezondheidszorg te garanderen, houdt het risico in dat de staat alle verantwoordelijkheid voor de gezondheidszorg op zich neemt en weinig ruimte laat voor verantwoordelijkheid en initiatief bij de zieken, de familieleden, de artsen, het verplegend personeel en de zorginstellingen. Dit gebeurde vooral in de verzorgingsstaten die tot de jaren negentig in West-Europa bestonden. Een dergelijke ontwikkeling kan ertoe leiden dat de waardevolle bijdragen van individuen, groepen en instellingen verloren gaan en dat het apparaat van de overheid en haar bureaucratie te sterk groeit (zie Hoofdstuk I.2.2.5) [10: H. Johannes Paulus II. Litterae Encyclicae Centesimus Annus (1-5-1991), nr 48. Acta Apostolicae Sedis 1991, 83, 793-867.]. Dit is in strijd met het subsidiariteitsbeginsel, dat vereist dat regeringen individuen en diverse instanties in staat stellen zelf initiatieven te nemen, voor zover dit binnen hun bevoegdheid ligt.

De Verenigde Staten, sommige Latijns-Amerikaanse, alle Afrikaanse en sommige Aziatische landen (bv. China) hebben geen universeel systeem voor de financiering van de gezondheidszorg. In de Verenigde Staten zijn hervormingen van de gezondheidszorg gepoogd door te voeren: de Patient Protection and Affordable Care Act van 2010 ("Obama Care"; "PPACA"; Public Law 111-148). Na invoering zou deze wet alle legale inwoners een bijna volledige dekking bieden. De Republikeinen die fel tegen deze wet waren en met man en macht probeerden te invoering van de wet tijdens het presidentschap van Barak Obama te verhinderen, verzwakten onder president Donald Trump de wet door de boete op het niet afsluiten van een verzekering te verlagen naar \$ 0,00.

Onderdeel van de PPACA is het uitbreiden van Medicaid en Medicare programma's in de Verenigde Staten, welke voorzien in medische zorg voor respectievelijk mensen met een laag inkomen en mensen boven de 65 en gehandicapten. Beide werden al langer door de overheid gefinancierd en samen dekken zij ongeveer 25% van de bevolking. Veel mensen hebben een verzekering die gedekt wordt door hun werkgever of zijn particulier verzekerd, maar ongeveer 15% heeft geen voorziening (cijfers van 2006, bron U.S. Census Bureau).

De PPACA wordt voorgesteld als een plan dat voorziet in gezondheidszorg voor iedereen, maar dit gebeurt niet door belastingbetaling zoals in het Verenigd Koninkrijk of een verplichte algemene verzekering zoals in Zweden en Nederland. In al deze landen zijn reeds bestaande aandoeningen geen reden voor weigering van aanvragers door zorgverzekeraars. In het verleden was afwijzing mogelijk, maar onder de PPACA moeten er op staatsniveau en op federaal niveau verzekeringsprogramma's voor reeds bestaande aandoeningen (PICP) komen. De hervorming wordt bewerkstelligd door geleidelijk een aantal hervormingen door te voeren om te komen tot een vrijwel volledige dekking van de ziektekosten van alle legale inwoners. Een van deze pakketten zijn de PCIP's. Er zijn ook de "prescription drug coverage gap" voor Medicare-gebruikers, en kortingsregelingen voor geneesmiddelen op recept. PPACA omvat onder meer een uitgebreide dekking voor jonge volwassenen en vervroegd gepensioneerden en afschaffing van levenslange beperkingen op de dekking. De financiering blijft gebaseerd op verzekeringspremies en overheidsfinanciering. In de Verenigde Staten is het debat over de ziektekostenverzekering voor alle burgers nog niet ten einde, maar de Affordable Care Act is wet geworden.

In Nederland was vóór de invoering van de verplichte ziektekostenverzekering bij de ziekenfondsen voor mensen met een laag inkomen in 1941 het betalen voor gezondheidszorg een zaak van persoonlijke afspraak en overeenkomst. Het betalen voor en het zich verzekeren tegen onbetaalbare kosten van de eigen gezondheidszorg was ook een zaak van persoonlijke verantwoordelijkheid. Inmiddels is na ruim 70 jaar een verplichte basisverzekering voor iedereen ingevoerd in het zorgstelsel [11: Rijksoverheid. Zorgverzekeringswet (16 juni 2005). Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden 2005, 358.], die in feite elke noodzakelijke behandeling dekt. De inhoud van de basisverzekering wordt vastgesteld bij Algemene maatregel van bestuur. Men kan weliswaar kiezen tussen premies die per jaar enkele tientallen euro's uiteenlopen, maar de verzekering is verplicht. Men kan zich daarnaast vrijwillig aanvullend verzekeren. Een keerzijde van dergelijke regelingen is dat de burger er niet door gestimuleerd wordt om eigen verantwoordelijkheid te nemen voor zijn gezondheid en de kosten die daarmee gemoeid kunnen zijn. Aan de andere kant wordt veel arbeid en geld gestoken in het bewust maken van de burger van zijn verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid – die hij ongetwijfeld als eerste draagt (zie het principe van vrijheid en verantwoordelijkheid, Hoofdstuk I.2.2.4.) – door onder meer promotie van een gezonde levensstijl, goede voeding en het voorkomen van overgewicht. Voor mensen met een gering inkomen zijn de kosten van ziekenhuisopname, chirurgische en vele andere behandelingen zo hoog dat een collectieve verzekering hiervoor onontkoombaar was. De andere kant van de zaak is dat de verzekerden daaraan soms het recht op elke denkbare zorg menen te kunnen ontleen.

1.1.2 Beheersing van de uitgaven voor gezondheidszorg via het marktmechanisme, het kwaliteitsdenken en de toewijzing van middelen

Als gevolg van de genoemde factoren (Hoofdstuk VII.1.1.) stijgen de uitgaven voor gezondheidszorg zeer snel en onevenredig in vergelijking met de uitgaven voor andere doeleinden, zoals onderwijs. In 2021 bedroegen de uitgaven voor de zorg circa 125 miljard euro. Daaronder is alles begrepen, ook jeugdzorg (inclusief kinderopvang), ouderenzorg en sportgeneeskunde. Staats- en federale overheden in veel westerse staten zoeken daarom naar manieren om de uitgaven voor gezondheidszorg niet boven een redelijk niveau te laten stijgen. Daarbij kiezen regeringen er doorgaans voor zich gedeeltelijk terug te trekken uit een te directe betrokkenheid bij het aanbieden van gezondheidszorg en de financiering van de gezondheidszorg over te laten aan het mechanisme van de vrije markt. Het idee is dat zorginstellingen met elkaar gaan concurreren en daardoor de best mogelijke zorg voor de laagste prijs wordt aangeboden. Men hoopt dat zo de zorguitgaven in de hand kunnen worden gehouden. De tendens om de markt als leidend beginsel te beschouwen vloeit voort uit het neoliberalisme, de dominante politieke stroming in de westerse samenlevingen vanaf de jaren negentig.

Om te weten wat de beste gezondheidszorg tegen de laagst mogelijke kosten is, waren criteria nodig om de kwaliteit van medische behandelingen vast te stellen. In de afgelopen 25 jaar heeft het zogenaamde kwaliteitsmanagement een plaats verworven in de gezondheidszorg. Het bewaken van de optimale kwaliteit van de zorg door deskundigen (de professionals dus), inclusief sancties als de zorg niet aan de norm voldoet, is een aanvulling op de verantwoordelijkheid van iedere zorgverlener om de best mogelijke zorg te leveren. De overheid heeft in dit proces een controlerende taak en dient de opleiding en de toelating van professionals tot zorgfuncties te reguleren en te faciliteren door het vaststellen van wet- en regelgeving.

Zowel de termen “markteffect” als “kwaliteitsdenken” zijn overgenomen uit het bedrijfsleven en worden in veel discussies over het management van de gezondheidszorg gebruikt. De termen betreffen enerzijds de schaarste van de voor de gezondheidszorg beschikbare middelen en anderzijds het feit dat in veel landen is gekozen voor een voor iedereen toegankelijk universeel zorgstelsel waarbij de kosten niet zijn gebaseerd op iemands draagkracht. De uitgangspunten voor een dergelijk universeel stelsel zijn billijkheid, redelijkheid, doeltreffendheid en doelmatigheid. Gelijkheid kan worden gedefinieerd als gelijkheid in (de doelen van) de gezondheidszorg, gelijkheid in de toepassing van zorgmiddelen naar persoonlijke behoeften, en gelijkheid in de toegang tot de zorg [12: S. Zamagni. Fairness, rationing and the right to health care. In: Sgreccia E, Carrasco de Paula I, editors. Quality of life and the ethics of health care, (Proceedings of the eleventh assembly of the Pontifical Academy for Life), Vaticaanstad: Libreria Editrice Vaticana; 2006, 76-108.].

Een van de redenen voor de invoering van systemen van “beheerde zorg” zoals het systeem van diagnosegerelateerde groepen (DRG’s) was het transparant maken van de gezondheidszorg. Het doel was een voorspelbare relatie te creëren tussen de zorgvraag (uitgedrukt in de diagnose) en de diagnostische en therapeutische ingrepen die nodig zijn om aan die vraag te voldoen. In de Verenigde Staten werden de DRG’s vooral ingevoerd om de stijgende kosten van Medicare binnen de perken te houden. Het is een prospectief betalingssysteem waarbij de prijs die voor een behandeling wordt betaald, wordt bepaald door de diagnose. De behandeling bestaat uit elementen die volgens “state of the art” professionele normen worden bepaald.

In landen waar de gezondheidszorg volledig door de staat wordt betaald, zoals het Verenigd Koninkrijk of Zweden, is gebleken dat de stijging van de kosten zeer moeilijk te beheersen is. Hetzelfde geldt voor landen met een verplichte ziektekostenverzekering voor alle burgers (bijvoorbeeld Nederland).

Zowel transparantie als het vermijden van onnodige kosten zijn op zich goed. Economische concurrentie wordt door de katholieke sociale leer op zich niet afgewezen, maar men moet een verafgoding van de vrije markt vermijden, waartegen de heilige Johannes Paulus II in zijn encycliek *Centesimus Annus* waarschuwde. [13: H. Johannes Paulus II. *Litterae Encyclicae Centesimus Annus* (1-5-1991), nr 40. *Acta Apostolicae Sedis* 1991, 83, 793-867.] Het gevaar van overschatting van de waarde van de vrije markt in de gezondheidszorg is dat niet de mens en zijn gezondheid de centrale waarden van de gezondheidszorg zijn, maar de economische belangen. Zoals hierboven in dit hoofdstuk is gezegd, is gelijke toegang tot gezondheidszorg een vereiste dat voortvloeit uit het beginsel van het algemeen welzijn. Dit betekent dat gezondheid een goed is dat noodzakelijk is voor de ontwikkeling van de mens als zodanig en niet een product of handelswaar, dat in een eenzijdige economische benadering gemakkelijk over het hoofd wordt gezien.

Hier vinden we een nieuwe grens aan de markt: er zijn collectieve en kwalitatieve behoeften die niet door marktmechanismen kunnen worden bevredigd. Er zijn belangrijke menselijke behoeften die aan de logica van de markt ontsnappen. Er zijn goederen die door hun aard niet gekocht of verkocht kunnen en mogen worden. Zeker, de mechanismen van de markt bieden zekere voordelen: zij dragen bij tot een beter gebruik van de middelen; zij bevorderen de uitwisseling van producten; bovenal geven zij een centrale plaats aan de verlangens en voorkeuren van de persoon, die in een contract de verlangens en voorkeuren van een ander persoon ontmoeten. Toch houden deze mechanismen het risico in van een overschatting van de marktwerking, een overschatting die voorbijgaat aan het bestaan van goederen die door hun aard niet louter goederen zijn en kunnen zijn.

Het “business-model”, het model dat de gezondheidszorg als geheel of de zorginstellingen beschouwt als vergelijkbaar met een reparatiewerkplaats van voorwerpen tegen een concurrerende prijs, is derhalve een onjuist model. Het object van de gezondheidszorg is de mens, het welzijn van de mens, niet een zakelijk object. Het bedrijfsmodel doet onvoldoende recht aan de waardigheid van de mens. Om te voorkomen dat de financiering van de gezondheidszorg volledig aan de vrije markt wordt overgelaten, moeten de staats- en federale overheden er rechtstreeks bij betrokken blijven via wettelijke bepalingen of door bepaalde vormen van gezondheidszorg aan te vullen die anders niet gedekt zouden zijn, en dit in overeenstemming met de beginselen van socialiteit en subsidiariteit (hoofdstuk 1.2.2.5).

In het vrije-marktmodel wil de overheid ook niet dat de kwaliteit van de gezondheidszorg onder het marktregime lijdt. Een goed doordacht systeem van kwaliteitscontrole moet voorkomen dat de kwaliteit achteruitgaat. De bestaande wetgeving inzake kwaliteitsbewaking regelt echter vooral de procedures voor het melden van incidenten en een systeem van registratie van de incidenten. Het kwaliteitsdenken heeft echter wel zijn weg gevonden naar vele andere domeinen dan de gezondheidszorg. Tegenwoordig heeft elke bedrijfstak zijn eigen kwaliteitssysteem en certificering, ook de gezondheidszorg. Maar het kwaliteitssysteem beperkt zich in veel gevallen tot de vraag of de procedures al dan niet in overeenstemming zijn met de eerder vastgestelde richtlijnen, met name omdat het beoordelen van kwaliteit op basis van uitkomsten moeilijk blijkt. De gedachte dat een optimale gezondheidszorg kan worden bereikt door het opstellen van protocollen voor alle handelingen in alle omstandigheden of door het bewaken van uitkomsten (bijvoorbeeld genezing of overleving) is een extreem gevolg van een positivistische houding die het werkelijke doel uit het oog verliest: het welzijn van de zieke. Het hoofddoel van de gezondheidszorg is de mens, en het is dit doel, het welzijn van de mens [14: W.J. Eijk. *La persona umana e la legge naturale*. In: Gerardi R, editor. *La legge morale naturale Problemi e*

prospettive (=Dibattito per il millennio n 9), Rome: Lateran University Press; 2007, 113-137.] (Hoofdstuk VI.1.1), dat de moet bepalen hoe de zorg wordt uitgevoerd en wat de uitkomst is: zowel het aardse als hemelse einddoel, welzijn en heil van de patiënt, als de manier waarop dit wordt bereikt (zie Hfst I.4) zijn belangrijk. Welzijn is in termen van genezing, overleving of fysiek functioneren nog wel te meten; of de zorg met een goede attitude is uitgevoerd is veel lastiger te bepalen. Het bewaken van kwaliteit is vanuit de katholieke zorgvisie dus veel ingewikkelder dan vanuit economisch perspectief. Uit vele onderzoeken blijkt bovendien dat de zorg die de patiënt kwalitatief goed vindt, met name die zorg is waarin hij zelf persoonlijke een behandeling krijgt. Anders gezegd, een behandeling wordt kwalitatief goed bevonden als de zorgverlener er in de eerste plaats is om de patiënt zo goed mogelijk bij te staan. (ref)

1.1.3 Allocatie van beschikbare middelen en schaarste

Schaarste aan middelen of faciliteiten t.b.v. de gezondheidszorg kan optreden in verschillende situaties. Voor de hand liggende situaties zijn oorlogssituaties, zowel aan het front als in steden waar na een bombardement of beschieting veel (burger)slachtoffers gevallen zijn, of een pandemie. In oorlogssituaties zal er met name behoefte zijn aan chirurgische faciliteiten, tijdens een pandemie zoals de COVID-19 pandemie van 2020-2022 was er een tekort aan middelen (persoonlijke beschermingsmiddelen zoals mondmaskers), intensiverebedden en zorgprofessionals die patiënten konden behandelen. Toen het aantal opgenomen mensen met COVID-19 in de ziekenhuizen op zijn retour was, bleken de ziekenhuisbehandelingen van vele andere mensen te zijn uitgesteld, soms met onherstelbare schade op de lange termijn, omdat het personeel tijdens de pieken van de pandemie grotendeels werd ingezet voor de zorg van COVID-19 patiënten. De pandemie en alle in die tijd gevoerde discussies maakten duidelijk dat er ernstige schaarste aan zowel gezondheidsmiddelen als gezondheidszorgpersoneel kan ontstaan en dat er geen duidelijke visie is hoede schaarse mogelijkheden moeten worden verdeeld.

In dergelijke situaties van schaarste kunnen diverse strategieën m.b.t. omgang met deze schaarste worden onderscheiden.

Oplossen van lokale schaarste met middelen en faciliteiten verder weg

De eerstelijnsstrategie in geval van schaarste aan gezondheidszorgfaciliteiten op een bepaalde plaats aan het front of in een bepaalde stad of regio, is gebruik maken van faciliteiten die verder weg van deze plaats zijn gelegen. De enige vorm van triage die dan noodzakelijk is, is te bekijken wie er wanneer naar een verder gelegen ziekenhuis vervoerd moet worden en wie niet. In deze benadering wordt in principe iedereen behandeld. Mensen met hele urgente problemen gaan voor, met name om hen te stabiliseren en voor te bereiden op transport. Mensen met een zeer slechte prognose die zowel ter plekke als elders snel zullen overlijden, krijgen geen prioriteit. Ook kan er enige voorrang worden gegeven aan degenen die erg belangrijk zijn voor het goed blijven functioneren van het leger en of de gezondheidszorgfaciliteiten.

Schaarste en noodzaak tot triage: seculiere benadering

Vanaf de Verlichting komt er veel aandacht voor de mens als individu. Dit heeft direct invloed op politieke theorieën die bepalen hoe tegen de maatschappij en het “gemeenschappelijke” dat mensen in de maatschappij hebben aangekeken moet worden. John Locke (1632 – 1704) gaat ervan uit dat iedere mens een ratio bezit en daarom evenveel rechten heeft als een ander. Hij is daarmee de grondlegger van het egalitarisme en liberalisme. In de visie van Locke sluiten mensen een soort “sociaal contract” met elkaar af om te bewerkstelligen dat een “overheid” of “regering” zorgt dat er rechtvaardigheid is, d.w.z. dat de vrijheid en de gelijke rechten van alle individuen worden beschermd. Hoe deze overheid rechtvaardigheid moet bewerkstelligen, was gaandeweg nog wel een punt van discussie. In de politiek en sociale filosofie ging de discussie over gelijkheid, eerlijkheid, behoefte en verdiensten. Locke ontwikkelde het egalitarisme, waarbij ieder individu dezelfde rechten heeft en daarmee dezelfde toegang tot publieke middelen en voorzieningen, waaronder onderwijs en gezondheidszorg. Zijn verdelende rechtvaardigheid, die aan de orde is bij verdelingsvraagstukken, zoals situaties van schaarste, gaat ervan uit dat iedereen evenveel recht heeft op datgene wat verdeeld moet worden. Praktische selectiecriteria van het egalitarisme zijn:

- “First in, first served”: iedereen heeft een gelijke kans op behandeling, want iedereen heeft dezelfde kans in een vroeg of laat stadium van de schaarste behoefte aan gezondheidszorg te hebben;
- Loting
- Jarencriterium (fair innings): iedereen heeft recht op een bepaalde hoeveelheid levensjaren. Bij gebruik van dit selectiecriteria hebben jongere mensen voorrang op oudere mensen, omdat zij nog “veel jaren te goed hebben”.

Dergelijke problemen worden anders benaderd in het utilitarisme, uitgedacht door David Hume (1711 – 1776) en verder uitgewerkt door Jeremy Bentham (1748 – 1832). In het utilitarisme wordt nagestreefd dat keuzes zo gemaakt worden dat zoveel mogelijk mensen erdoor gelukkig zullen zijn, waarbij geluk “plezier minus pijn” betekent. In deze benadering kan het dus zo zijn dat schaarse middelen worden ingezet bij groepen mensen die er veel voordeel van hebben of maar kort gebruik hoeven te maken van de schaarse voorzieningen. Op deze manier wordt niet ieder gelijk behandeld. Egalitarisme en utilitarisme als uitwerkingen van rechtvaardigheid kunnen daardoor in bepaalde situaties op gespannen voet met elkaar staan.

In Nederland werd in 2012 een analyse naar een rechtvaardige verdeling in situaties van schaarste aan gezondheidszorgmiddelen en faciliteiten uitgevoerd door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. [15: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Rechtvaardige selectie bij een pandemie. Signalering Ethiek en Gezondheid 2012, Den Haag: Centrum voor Ethiek en Gezondheid, 2012, 3.] De auteurs van dit advies sommen een aantal overwegingen op, maar het lukt niet een afweging te maken tussen egalitaristische en utilitaristische waarden. Men komt uiteindelijk niet tot een éénduidige handreiking hoe de middelen verdeeld zouden moeten worden. De signalering eindigt met “procedurele transparantie”, een advies dat men transparant moet zijn over de procedures die uiteindelijk tot keuzes zullen leiden. In 2023 werd opnieuw een poging gedaan morele

uitgangspunten te formuleren voor rechtvaardige verdeling van schaarse gezondheidszorgmiddelen
[16: Centrum voor Ethiek en Gezondheid. Code Rood. Verkenning van morele uitgangspunten bij langdurige schaarste in de zorg. Den Haag, 2023.]. Ook deze analyse worstelt met egalitarisme, utilitarisme en behoefte en komt uiteindelijk ook tot transparantie en goed uitvoerbare procedures (richtlijnen). De principes die in deze verkenning worden genoemd en tegen elkaar moeten worden afgewogen t.b.v. verdelende rechtvaardigheid zijn 1) gezondheidswinst; 2) gelijkwaardigheid; 3) behoefte. Emanuel beschrijft ten tijde van de COVID-19 pandemie ethische waarden die gehanteerd kunnen worden bij triage i.v.m. schaarste aan gezondheidszorgmiddelen. Hij leunt erg op utilitaristische uitgangspunten, d.w.z. het maximeren van de winst van de ingezette middelen.
[17: E.J. Emanuel, G. Persad, R. Upshur, B. Thome, M. Parker, A. Glickman, C. Zhang, C. Boyle, M. Smith and J.P. Phillips. Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. N Engl J Med. 2020;323 ed., 2020, 382, 21, 2049-2055, <https://doi.org/10.1056/NEJMs2005114>.]

Schaarste en noodzaak tot triage: benadering vanuit de Sociale Leer van de Rooms-katholieke Kerk
De Sociale Leer van de katholieke kerk (SLK), gebaseerd op het christelijk mensbeeld en handzaam bij elkaar gebracht in het Compendium van de Sociale Leer van de Kerk (CSLK), kent 4 fundamentele uitgangspunten:
[18: Pontifical Council for Justice and Peace. Compendium of the Social Doctrine of the Church. Citta del Vaticano: Libreria Editrice Vaticana, 2004.] [19: G. van Wissen. De grondslag van de Katholieke Sociale Leer. Jubileumbundel 10 jaar Centrum voor de Sociale Leer van de Kerk. In: Weijers PS, editor., Vogelenzang: Centrum voor de Sociale Leer van de Kerk, 2018, 14.] [20: D.J. Daly. Guidelines for Rationing Treatment During the COVID-19 Crisis. Journal of the Catholic Health Association of the United States Health Progress, 2020, 101, 3.] [21: N. Kenny, J. Kotalik, L. Herx, R. Coelho and R. Leiva. A Catholic Perspective: Triage Principles and Moral Distress in Pandemic Scarcity. Linacre Q. 2021;31 ed., 2021, 88, 2, 214-223, <https://doi.org/10.1177/0024363921995714>.]

- **Personaliteit (CSLK 105-114)**. Dit is het uitgangspunt dat iedere mens geschapen is naar Gods beeld: de mens is niet identiek aan God, maar wel een afspiegeling ervan. [22: Sacrosanctum Oecumenicum Concilium Vaticanum II. Gaudium en spes, constitutio pastoralis de ecclesia in mundo huius temporis (7-12-1965), nr 12. Acta Apostolicae Sedis, 1966, 58, 1025-1120.] De mens is daarmee uniek en gelijkwaardig aan alle andere menselijke personen. In zijn schepping heeft de mens verantwoordelijkheid voor datgene dat hij heeft ontvangen van God: zijn leven. Hij is geschapen met een vrije wil, maar heeft beperkte vrijheid om over zijn leven te beschikken. Het behoud van zijn leven is niet het ultieme doel: het ultieme doel van het menselijke bestaan is zijn leven en wat hij ermee heeft gedaan aan te bieden aan God en vervolgens bij Hem te mogen zijn. Het leven is in dit mensbeeld een gave waar de mens zich later, als hij het aanbiedt aan God, een goed rentmeester van moet betonen.
- **Solidariteit (CSLK 192-196)**. Nauw verbonden met het principe van personaliteit, is het uitgangspunt van solidariteit. De mens staat als beeld van God niet op zichzelf. Het beeld van God is het beeld van de triniteit (Drie-eenheid): God die in zichzelf al relatie en liefde is. De mens is daarom ook een sociaal wezen dat geschapen is in een netwerk van relaties, om te beginnen met zijn Schepper daarnaast met andere mensen. Deze relaties van groepen vormen met elkaar de samenleving. De

mensen delen verder hun menselijke (zondige) natuur, maar delen ook hun hoop op een betere toekomst. Mensen hebben door de solidariteit ook verantwoordelijkheid voor elkaar.

- **Subsidiariteit (CSLK 185-188).** Dit uitgangspunt is het gevolg van de personaliteit en solidariteit. Het wil uitdrukken dat wat op een lager niveau geregeld kan worden, ook op lager niveau geregeld moet worden. Hogere organen, met name de staat, moeten niet gaan overnemen wat door het individu en door zijn primaire verbanden (gezin, familie, vereniging, buurt) uitgevoerd kan worden. Wel kunnen de hogere organen de lagere organen helpen om hun functie te vervullen, door subsidies of regelgeving, maar liefst zo minimaal en tijdelijk mogelijk. Op deze manier kan de vrije ontwikkeling van de samenleving gegarandeerd worden, overeenkomstig haar doel. Ook wordt zo de menselijke waardigheid volop gerespecteerd. Tenslotte biedt deze vrijheid de beste garantie voor optimale participatie in de samenleving en haar politieke organen.
- **Bonum commune (CSLK 164-170).** Dit laatste uitgangspunt vloeit voort uit de drie voorgaande. Het algemeen goed of algemeen welzijn zegt dat de samenleving zo ingericht dient te zijn, dat de sociale voorwaarden aanwezig dienen te zijn “waardoor zowel groepen als enkelingen hun eigen volmaaktheid vollediger en vlugger kunnen bereiken”. Iedereen en elke instantie, met name de staat, dient zich af te vragen wat zijn bijdrage hieraan is. Verbonden met dit principe is het uitgangspunt van de universele bestemming van de goederen. De SLK ziet privé-bezit weliswaar als een van de constituerende elementen van de ordening van de samenleving, maar erkent ook dat dit niet mag betekenen dat goederen opgehoopt worden met noden van mensen als gevolg. Iedereen mag delen van de vruchten van de aarde, wat geproduceerd wordt staat ten dienste van eenieder op aarde.

Vanuit de SLK kunnen wel een aantal handreikingen voor verdeling van schaarste worden gedaan.

Het is redelijk dat in tijden van schaarste niemand, ook geen overheid, verplicht kan worden het onmogelijke te doen: er moeten dan keuzes worden gemaakt. [23: D. Bischofskonferenz. Triage. Medizinische Allokationsprobleme angesichts der Covid-19-Pandemie in ethischer Beurteilung. Aktuelle Meldung. 007 ed., 2020.] Wel is het zo dat omwille van de gelijkwaardigheid van alle mensen, iedereen een behandeling of zorg moet ontvangen. Wanneer de beste behandeling niet voor iedereen beschikbaar is, kan worden volstaan met een tweede-keus-behandeling of palliatieve zorg. Speciale aandacht gaat hierbij uit naar arme en kwetsbare personen: ook of juist aan hen moet zorg een aandacht worden besteed.

Vanuit het goede rentmeesterschap, dat zoals vermeld, voorkomt uit het christelijk mensbeeld, is het zeker in tijden van schaarste logisch het gezondheidszorgsysteem niet onnodig te belasten. Het ligt dan voor de hand behandelingen waarvan de effectiviteit bewezen is te verkiezen boven behandelingen waarvan deze niet is vastgesteld. De stroming in de geneeskunde die aan het einde van de 20e eeuw op gang kwam, Evidence Based Medicine (EBM), heeft ervoor gezorgd dat bepaalde behandelingen werden afgeschaft, omdat deze in wetenschappelijk onderzoek niet nuttig bleken te zijn. Wat ook bleek, is dat een redelijk aantal behandelingen niet op effectiviteit is onderzocht. EBM kan dus bij een keuze helpen, maar in veel situaties in de geneeskunde

zijn voor bepaalde aandoeningen, bepaalde stadia van aandoeningen of bepaalde doelgroepen geen resultaten van wetenschappelijk onderzoek beschikbaar. Wanneer dat wel zo is, bewijst het nalaten van niet-effectieve behandelingen zeker een dienst aan het algemeen welzijn (geen verkwisting van middelen). Als de middelen beperkt zijn dan zal de verstrekking van de meest noodzakelijke behandelingen zeker gesteld moeten worden, met voorrang op de minder urgente.

Een volgende uitwerking van goed rentmeesterschap is schaarse behandelingen bij voorkeur toe te passen bij degenen die er het meeste baat van kunnen hebben. Het gaat hierbij om een proportionele afweging van de inzet van middelen en de te verwachte opbrengst (utiliteit). Om het algemene belang te dienen, mag er op zich wel voor gekozen worden om de schaarse middelen in te zetten bij degenen die er het snelste of de meeste winst van hebben, maar het mag niet leiden tot discriminatie van groepen. Daardoor kan een selectie t.b.v. baat of winst van een behandeling niet gebaseerd zijn op leeftijd, invaliditeit, kwaliteit van leven, nationaliteit, ras of etniciteit, crimineel verleden of afgesloten ziektekostenverzekering. [24: Pontifical Academy for Life. Global pandemic and universal brotherhood: note on the Covid-19 emergency. Rome, 2020.] [25: D.J. Daly. Guidelines for Rationing Treatment During the COVID-19 Crisis. Journal of the Catholic Health Association of the United States Health Progress, 2020, 101, 3.] [26: D. Bischofskonferenz. Triage. Medizinische Allokationsprobleme angesichts der Covid-19-Pandemie in ethischer Beurteilung. Aktuelle Meldung. 007 ed., 2020.] M.n. de Duitse bisschoppenconferentie waarschuwde tijdens de COVID-19 pandemie tegen verregaand gebruik van utilitaristische uitgangspunten, waardoor discriminatie zou kunnen ontstaan. [27: D. Bischofskonferenz. Triage. Medizinische Allokationsprobleme angesichts der Covid-19-Pandemie in ethischer Beurteilung. Aktuelle Meldung. 007 ed., 2020.]

Wanneer er op groepsniveau wordt gepoogd de beschikbare middelen in te zetten bij degenen die er het meeste baat bij hebben, heeft het ook direct gevolgen op individueel niveau. Tijdens de COVID-19 pandemie rees de vraag in hoeverre bepaalde mensen een opname op de IC, mogelijk met kunstmatige beademing, kon worden ontzegd. Dit zouden dan mensen zijn die weinig of geen winst van een IC-opname te verwachten hadden. Allereerst is de instandhouding van het leven in het christelijke mensbeeld niet absoluut: het ultieme doel van het leven is een vereniging met God. Als in bepaalde omstandigheden bijzondere middelen, zoals IC-opnames en kunstmatige beademing, niet beschikbaar zijn of de inzet hiervan niet proportioneel is met het te verwachten resultaat is er geen verplichting voor de overheid en het individu deze middelen in te zetten. De overheid hoeft deze middelen dus niet voor iedereen beschikbaar te maken; het individu kan op een middel aanspraak maken als de inzet proportioneel is, maar ook afzien van inzet van deze middelen als ze niet proportioneel zijn. [28: Pius XII. Le dr. Bruno Haid. Adstantibus multis honorabilibus Viris ac praeclaris Medicis et Studiosis, qui Romam convenerant invitatu et arcessitu Instituti Genetici « Gregorio Mendel », Summus Pontifex propositis quaesitis de « reanimatione » respondit. * (24-11-1957). Acta Apostolicae Sedis, 1957, 49, 1027-1033.] [29: Sacra Congregatio pro Doctrina Fidei. Declaratio de euthanasia (5-5-1980). Acta Apostolicae Sedis, Rome, 1980, 72, 542-552.] Een andere benadering is die vanuit algemeen welzijn: de ene zieke heeft mogelijk meer winst van een IC-opname, b.v. in levensjaren, dan een andere patiënt. Ook kan het zo zijn dat oudere mensen of mensen met meer comorbiditeit een langere IC-opname nodig hebben en daardoor als het ware meer schaarste aan anderen opleggen. Omwille van het algemeen welzijn kan er gekozen worden de schaarse middelen, IC-bedden, niet in te zetten waar de winst van de behandeling beperkt is t.o.v. de inzet. Hierbij mag bij gelijke winst (b.v. kans op overleving) op zich ook de duur van het voordeel van de behandeling (weken versus jaren) worden betrokken, mits het niet tot discriminatie leidt.

Het algemeen welzijn kan ook gediend zijn met beschikbaarheid van mensen met bepaalde vaardigheden om de maatschappij draaiend te houden: b.v. in tijd van oorlog soldaten en legerofficieren en /of medisch en verpleegkundig personeel, in tijden van pandemie werkers in de gezondheidszorg, verpleeghuiszorg en thuiszorg. In dat licht is het te verdedigen deze mensen bij voorkeur toegang krijgen tot schaarse gezondheidszorgmiddelen om de verdediging van het land, het functioneren van zieken- en verzorgingshuizen en andere onderdelen van de maatschappij draaiende te houden. [30: K.C. Rhodes, J.F. Naumann and P.S. Coakley. Bishop Chairmen Issue Statement on Rationing Protocols by Health Care Professionals in Response to Covid-19. 2020, April 3, 2020.]

Tenslotte betekent verdeling van schaarste dat de triage van toepassing is op iedereen: niet alleen op oorlogsslachtoffers of slachtoffers van een pandemie: ook degenen die al opgenomen zijn voor een ander medisch probleem of degenen die nog een behandeling moeten ondergaan, moeten onderhevig worden aan het triagesysteem.

Bij dit alles wordt vanuit de SLK gepleit voor het maken van triage-afwegingen per casus in een specifieke situatie onder de deugd van de prudentie, op het niveau van het individu (subsidiariteit) en dus niet voor protocollaire selectie van tevoren gedefinieerde groepen. Transparantie is altijd van belang. [31: K.C. Rhodes, J.F. Naumann and P.S. Coakley. Bishop Chairmen Issue Statement on Rationing Protocols by Health Care Professionals in Response to Covid-19. 2020, April 3, 2020.]

In een latere fase van de COVID-19 pandemie deed zich een ander probleem van schaarste voor bij de verdeling van de beperkte hoeveelheid beschikbare vaccins tegen SARS-CoV-2. In de praktijk hadden de rijkere landen de beschikking over veel goede vaccins, omdat ze de financiële middelen hadden om voor de vaccins veel geld te betalen. Het aantal beschikbare vaccins voor armere landen was veel beperkter. De COVID-19-commissie van het Vaticaan drong derhalve in 2020, verwijzend naar de Sociale Leer van de Rooms-katholieke Kerk, publiekelijk aan op eerlijke verdeling van de vaccins. [32: Vatican COVID-19 commission and Pontifical Academy for Life. Note of the Vatican Covid-19 Commission in collaboration with the Pontifical Academy for Life "Vaccine for all. 20 points for a fairer and healthier world. Rome: Holy See Press Office, 2020.]

De vraag is in hoeverre de SLK nu triage en selectie in tijden van schaarste anders benadert dan de seculiere richtlijnen die worstelen met egalitarisme en utilitarisme. Sommigen vinden dat er ogenschijnlijk weinig verschil is: ook de SLK let op gelijke rechten van alle individuen en maakt gebruik van doelgerichtheid zoals in het utilitarisme. Toch zijn er wezenlijke verschillen. In het christelijk mensbeeld is iedere mens een zelfstandig individu met een eigen waardigheid en dus eigen rechten, maar altijd in de context van de Schepping, waarin de mens geschapen is in relatie tot anderen met dezelfde waardigheid. Het vinden van een goede balans tussen individueel en algemeen welzijn is dus een wezenlijk onderdeel van de Schepping. Het doel van de principes van de SLK die gebruikt moeten worden bij schaarste, is het dienen van het algemeen welzijn, waar de menselijke waardigheid onderdeel van uitmaakt. Het doel is niet "nut" of "zo veel mogelijk nut", zoals in het utilitarisme. Het voordeel van de benadering van de Kerk is dat de waardering van het individu en het algemeen welzijn met elkaar verbonden zijn en niet op gespannen voet komen te staan. Het in stand houden van het leven is geen absolute waarde en daardoor kan er gekozen worden schaarse middelen in te zetten bij individuen die er duidelijk voordeel van hebben. Een dergelijke benadering vanuit de SLK leidt niet tot discriminatie van groepen.

Een bijzonder probleem van schaarste doet zich voor bij de allocatie van organen voor transplantatie. Hoe hiermee om moet worden gegaan is beschreven in Hoofdstuk 3.2.4.

1.1.4 Bijdragen aan moreel verwerpelijke middelen en ingrepen onder dwang van verzekeringen en belastingen

In veel landen worden mensen gedwongen zich te verzekeren voor de kosten van ingrepen die zij op morele gronden afwijzen, zoals anticonceptie, kunstmatige voortplanting, abortus en geslachtsveranderende operaties, of worden zij gedwongen daaraan bij te dragen door belasting te betalen. Dit geldt voor de Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA) in de Verenigde Staten en de basisverzekering in Nederland. In Nederland werd op voorstel van de Kamerleden Rouvoet en Van der Vlies een amendement op de Zorgverzekeringswet goedgekeurd, waardoor in artikel 11, lid 5 is opgenomen dat geringe afwijkingen van het basispakket vanwege ethische of levensbeschouwelijke redenen buiten de dekking van een zorgverzekering kunnen blijven. De Nederlandse Pro Life-verzekering, die tot en met 2022 vergoeding voor redelijk deel van de bovengenoemde omstreden behandelingen en ingrepen uitsloot en in 2023 haar naam veranderde in De Christelijke Ziektekostenverzekering, was gebaseerd op de aanpassing van de wet. In de praktijk was Pro Life onderdeel van Zilveren Kruis. Afsluiten van een ziektekostenpolis bij Pro Life heeft dus altijd betekend dat men indirect meebetaalde aan de ongewenste behandelingen die door Zilveren Kruis via andere basisverzekeringen werden vergoed. Kiezen voor Pro Life betekende wel dat men een daad stelde. In 2023 heeft Pro Life zich, mogelijk na kritische Kamervragen door het kamerlid Ellemeet (GroenLinks), geconformeerd aan het standaard basispakket [33: Minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport. Antwoorden op Kamervragen van het lid Ellemeet (GroenLinks) over het basispakket van Pro Life (2021Z19795 ingezonden 9 november 2021). 2021.]. Er zijn in Nederland inmiddels andere initiatieven voor zorgverzekeringpolissen waarbij een deel van de moreel niet toelaatbare behandelingen niet wordt vergoed.

In de Verenigde Staten wordt het meebetalen aan moreel verwerpelijke behandelingen in zekere zin nog meer benadrukt door het mandaat van het Amerikaanse ministerie van Volksgezondheid en Human Services (HHS), dat vereist dat vrijwel alle werkgevers hun werknemers een ziektekostenverzekering aanbieden die directe sterilisatie en contraceptieve geneesmiddelen en hulpmiddelen dekt, inclusief die welke abortus kunnen veroorzaken. De United States Conference of Catholic Bishops heeft een document gepubliceerd waarin dit mandaat, samen met een aantal andere maatregelen, terecht wordt gekarakteriseerd als een ernstige inbreuk op de vrijheid van godsdienst, omdat het medewerking inhoudt aan handelingen die intrinsiek slecht zijn [34: United States Conference of Catholic Bishops. United for Religious Freedom. A Statement of the Administrative Committee Of the United States Conference of Catholic Bishops, March 14, 2012. 2012.].

In de Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA) kunnen federale staten afzien van de dekking van abortus en wordt gesteld dat geen enkele individuele of institutionele zorgverlener mag worden gediscrimineerd omdat hij geen begeleide zelfmoord of euthanasie aanbiedt. Tegelijkertijd mag deze verordening niet worden geïnterpreteerd als een beperking van praktijken zoals het onthouden van behandeling, vloeistoffen, het toedienen van pijnstillers die de dood kunnen bespoedigen en abortus (sec. 1553 42 U.S.C. 18113). In hoeverre

dit de mogelijkheid van een vrije keuze voor individuele consumenten bij het afsluiten van een zorgverzekering zal beïnvloeden, is onduidelijk.

De mogelijkheden van de gezondheidszorg nemen gestaag toe, maar dat betekent niet dat al die mogelijkheden in overeenstemming zijn met het werkelijke welzijn van de mens. Men kan recht hebben op zorg volgens de eisen en de wetenschappelijke mogelijkheden van de tijd, maar men heeft geen inherent recht op behandelingen die het werkelijke welzijn van de mens niet dienen of zelfs tegen zijn natuur ingaan. Men heeft recht op goede en actuele zorg voor bijvoorbeeld een ziekte of verwonding, maar men heeft geen recht op behandelingen zoals een geslachtsverandering, die tegen de natuur van de mens ingaan.

De financiering en de toewijzing van middelen moeten niet alleen afhangen van democratische besluitvorming, maar ook van bepaalde morele grondbeginselen. Deze grondbeginselen, waaronder de bescherming van het leven, werden historisch door wetgevers in ere gehouden, maar zijn grotendeels verlaten in veel landen in de westerse wereld waar de wetgeving abortus toestaat, en in sommige andere landen in het Westen waar de wetgeving euthanasie toestaat. Zodra dergelijke wetten zijn aangenomen, moeten de handelingen die zij toestaan ook worden gefinancierd. Het opzetten van een algemene basisverzekering voor gezondheidszorg voor iedereen is op zich goed, maar de financiering die door de bijdrage van iedere burger moet worden opgebracht, raakt aan bovengenoemde moeilijkheid. Als een overheid die abortussen en euthanasie toestaat, aan elke burger een basisverzekeringspakket aanbiedt waarin deze behandelingen zijn opgenomen, en van elke burger verlangt dat hij voor de verzekering betaalt, dan komt men voor het morele dilemma te staan om mee te werken aan dit kwaad. Regelgeving moet in de eerste plaats recht doen aan individuele mensen en de mensenrechten van ieder respecteren.

Dit is niet de plaats om uitgebreid in te gaan op de bijdrage van burgers aan de financiering van onnodige of immorele procedures binnen het totale zorgbudget (voor een uitgebreide bespreking van het principe van de medewerking aan het kwaad zie hoofdstuk I. 2.2.6.3). Van belang is het beginsel dat de overheid niet aan iedere burger de verplichting kan opleggen om via belastingen of gedwongen deelname aan verzekeringssystemen geldelijk bij te dragen aan moreel verwerpelijke of nutteloze procedures. Het gaat dan bijvoorbeeld om voorbehoedsmiddelen, abortus, noodanticonceptie, kunstmatige voortplanting (IVF), geslachtsveranderende operaties en andere overbodige en irrationele ingrepen, geneesmiddelen zonder bewezen werkzaamheid en euthanasie. In veel landen worden alle soorten ingrepen gedekt door de algemene ziektekostenverzekering, ook al zijn deze ingrepen niet gericht op herstel van (een gebrek aan) gezondheid. Wie ethische bezwaren heeft tegen deze behandelingen wordt toch gedwongen mee te werken aan een kwaad, wanneer het niet mogelijk is niet deel te nemen aan het verzekeringsstelsel. Een voorbeeld is dat van de anticonceptiepil, waarvan de kosten in veel landen worden gedekt door nationale financierings- of verzekeringsstelsels. In deze landen, waar meer dan de helft van de vrouwen in de vruchtbare levensperiode anticonceptiepillen slikt, betalen alle belastingbetalende burgers mee aan die pillen, of ze er nu mee instemmen of niet, en worden ze dus gedwongen mee te werken aan het kwaad van de anticonceptie.

In een bijna zuiver economische benadering van de gezondheidszorg worden moreel goed en moreel kwaad nauwelijks erkend. In de medische literatuur bestaat de neiging om zich uitsluitend te richten op het economische aspect van behandelingen, en vrijwel volledig voorbij te gaan aan relevante ethische vragen. In een artikel over IVF getiteld "Economic evaluations of single- versus double embryo transfer in IVF" [35]: A.A.

Fiddelaers, J.L. Severens, C.D. Dirksen, J.C. Dumoulin, J.A. Land and J.L. Evers. Economic evaluations of single-versus double-embryo transfer in IVF. Hum Reprod Update. 2006;11(10):ed 2007, 13, 5-13
doi:10.1093/humupd/dml053.] wordt uitgelegd dat DET (double embryo transfer) meer kost dan SET (single). Het hele artikel behandelt de kosten en baten van een procedure die één of twee kinderen als “product” oplevert. Het artikel gaat voorbij aan het feit dat het “product” geen ding is, maar een mens. De eenzijdig economische manier van doen, die in de gezondheidszorg gebruikelijk is geworden, maakt zowel de gezondheidszorg als de mens tot louter economische objecten.

Men kan zeker beslissen dat dubieuze of moreel verwerpelijke behandelingen niet worden verstrekt en buiten het systeem van zorgfinanciering worden gehouden. Het uitsluiten van dubieuze of moreel verwerpelijke behandelingen uit het systeem van financiering van de gezondheidszorg levert niet alleen een economisch voordeel op, maar, nog belangrijker, het dient om de publieke opinie over deze behandelingen te vormen.