

OVER INDIVIDUELE VERANTWOORDELIJKHEID & HET RECHT OP GEZONDHEIDSZORG

Yvonne Denier¹

SUMMARY – Does a right to health care imply individual obligations to healthy behavior? Or put another way: is a self-induced condition a relevant criterion for some sort of restriction of this right - like withholding or modifying treatment in circumstances where choices have to be made? In this paper, I explore this matter by concentrating on three issues. First, I investigate the moral component of what it means to say that there is a right to health care, and search for the basis and scope of such a right. In this section, arguments of basic health care needs, fair equality of opportunity and collective moral obligation prove to be central. Next, I explore the various arguments supporting the possibility of forfeiting the right to health care. In addition to efficiency questions, arguments of duty and merit seem to be essential. Finally, I consider various counter considerations. Here it emerges that besides considerable practical difficulties, the argument of fair equality of opportunity remains decisive against the possibility of forfeiting the right to health care.

Impliceert het recht op gezondheidszorg een plicht tot gezond gedrag? Of anders gezegd: is een zelf veroorzaakte situatie een moreel relevant criterium voor een inperking van dit recht – zoals het ontzeggen of aanpassen van zorgbehandelingen? Bijvoorbeeld: Moet de dronken bestuurder zelf de kosten dragen van de vereiste medische zorgen na het auto-ongeluk dat hij heeft veroorzaakt? Moet er een verschil zijn tussen de rechtmatigheden van de roker met overgewicht en een hartinfarct en de 60-jarige die altijd uitstekend voor zichzelf heeft gezorgd maar nu ook door een infarct wordt getroffen? Moet de samenleving instaan voor de zorgkost van de heroïneverlaafde vrouw uit een achterbuurt? En wat moeten we denken van het risicogedrag van de skiërs en de wereldreizigers?

Dit zijn allemaal voorbeelden die worden aangehaald in discussies over de rol van individuele verantwoordelijkheid in gezondheidszorg. Enerzijds is het redelijk te stellen dat mensen zelf verantwoordelijkheid dragen voor de gevolgen van hun vrijwillig gestelde handelingen. Bijgevolg zou de samenleving de extra kosten die voortvloeien uit zelfgekozen situaties niet moeten dragen. Anderzijds is het onduidelijk wat deze idee impliceert binnen het domein van de gezondheidszorg. Hoe en in welke mate moeten we individuele verantwoordelijkheid een rol laten spelen in de toegankelijkheid van diensten of middelen in de gezondheidszorg of in het verdelen van de kosten voor gezondheidszorg?

In dit artikel worden deze kwesties als volgt onderzocht. In een eerste gedeelte zal ik nagaan wat het recht op gezondheidszorg betekent vanuit moreel perspectief en zal ik de basis, inhoud en reikwijdte van dit recht analyseren.² In dit gedeelte zullen argumen-

¹ Yvonne Denier is verbonden aan het Interfacultair Centrum voor Biomedische Ethiek & Recht van de KULeuven. Een Engelstalige versie van dit artikel verscheen eerder (Denier, 2005)

ten over basisbehoefte, gelijke kansen en collectieve morele plichten een centrale rol spelen. Vervolgens zal ik enkele argumenten voor aanpassing of inperking van het recht op gezondheidszorg ten gevolge van individuele verantwoordelijkheid analyseren. Hier zullen vragen rond efficiëntie, plicht en verdienste essentieel zijn voor de argumentatie. Ten slotte zal ik verschillende objecties tegen aanpassing of inperking van het recht op gezondheidszorg onderzoeken. Hier zullen we zien dat naast verschillende praktische moeilijkheden enkele principiële argumenten een centrale rol spelen.

1. Wat is een recht op gezondheidszorg?

1.1. Vier kenmerken

Vanuit moreel perspectief beschouwd betekent het recht op gezondheidszorg vier dingen (Buchanan, 1997: 90-91). Ten eerste impliceert het dat er een *collectieve morele plicht* bestaat, d.w.z. een plicht vanuit de samenleving als geheel, om te aan iedereen gelijke toegang tot gezondheidszorg te garanderen. Ten tweede betekent het dat deze plicht een *dwingend* karakter heeft. Plichten die volgen uit rechten hebben immers een uitzonderlijke morele kracht in het publieke debat en het politieke discours. Zo definieert de hedendaagse rechtsfilosoof Ronald een recht als een troefkaart, als iets dat tegenoverwegingen steeds kan overtroeven (Dworkin, 1977; Waldron, 1993). Een tegenoverweging is bijvoorbeeld de utilitaristische stelling dat het weglaten van de morele plicht tot garantie van gelijke toegankelijkheid in de gezondheidszorg de algemene welvaart zou kunnen verhogen. Rechten dienen dan als bijzonder krachtige bescherming van wat we beschouwen als bijzondere belangen van mensen. Ten derde impliceert een recht op gezondheidszorg dat toegang tot gezondheidszorg *moet* worden *gerealiseerd* aan ieder die dit recht heeft. Wanneer we een recht hebben op iets vragen we niet vriendelijk om een gunst, maar zijn we daarentegen gemachtigd om toegang te eisen tot waar we recht op hebben. Dit betekent dat indien een samenleving deze collectieve morele verplichting niet nakomt, ze onrecht aandoet aan alle rechtshebbenden. Ten vierde is het zo dat een recht op gezondheidszorg, als een van de universele rechten van de mens, toegekend wordt aan mensen, precies omdat ze *mens* zijn.

² Het recht op gezondheidszorg is een van de universele rechten van de mens. In navolging van de auteurs van *Health and Human Rights* begrijp ik de mensenrechtenbenadering als iets dat “*de maatschappelijke vereisten voor menselijke welzijn en individuele ontplooiing probeert te beschrijven, te bevorderen en te beschermen.*” (Mann, Gruskin, Grodin & Annas, 1999: 2). Als zodanig hebben mensenrechten zowel een morele als een juridische component. Vanuit het morele perspectief dienen mensenrechten als concrete vertalingen van idealen die als zodanig nog niet *per se* gerealiseerd zijn in de praktijk. De juridische component verwijst naar de erkenning en bescherming van deze idealen via feitelijke wetgevingen en verdragen. In dit artikel staat de morele component centraal, d.w.z. de wijze waarop mensenrechten kunnen functioneren als richtlijnen waarvolgens samenlevingen *zouden moeten* worden geregeld. De verschillende wettelijke bepalingen van hoe samenlevingen de *feitelijke* regelingen instellen, komen hier niet aan bod.

1.2. *De basis van het recht op gezondheidszorg*

Waarom zijn bepaalde belangen zodanig belangrijk dat ze speciale bescherming vereisen? Met andere woorden: wat is er zo bijzonder aan gezondheidszorg? Een mogelijk antwoord is dat gezondheidszorg speciaal is omwille van haar instrumentele kracht. Gezondheidszorg is immers het middel tot een doel dat we allen sterk waarderen, nl. een goede gezondheid en een lang leven vrij van pijn en gebrekkigheid. Zonder een goede toegankelijkheid tot gezondheidszorg zullen de kansen op dit doel sterk verkleinen. Toch is met dit argument niet alles gezegd. Er zijn immers vele dingen die we hoog in het vaandel dragen, zoals vriendschap, verruiming van de geest, schoonheid, liefde, allemaal dingen waar we niet noodzakelijk een recht op hebben. In het geval van gezondheidszorg zijn er nog drie argumenten die onze aandacht verdienen.

1.2.1. *Gelijke kansen*

Het eerste argument ontleent zijn betekenis aan het feit dat de hedendaagse gezondheidszorg een complex en heterogeen kader is van allerhande instituties, diensten en beleidsmaatregelen die worden georganiseerd volgens drie doelen. Ten eerste, het doel van *preventie* van ziekte, afhankelijkheid en handicap. Ten tweede, het doel van *genezing en herstelbevordering* (i.e., ‘cure’) en ten derde: het bieden van *omvattende kwaliteitszorg en ondersteuning* (i.e., ‘care’) wanneer genezing en herstel niet meer mogelijk zijn. Hierdoor heeft gezondheidszorg een grote impact op ons persoonlijk welzijn. Immers, ze bepaalt mede het risico dat we lopen om ziek te worden, de waarschijnlijkheid van het genezen en de mate waarin we zullen worden opgevangen en verzorgd wanneer we volledig afhankelijk zijn.

Binnen dezelfde lijn van redenering heeft Norman Daniels gewezen op de invloed die gezondheidszorg heeft op ons normaal functioneren als species-typisch menselijk wezen, en daardoor op onze kansen in het leven (Daniels, 1981: 149-179; 1985: 27-28; 2001: 2-16). Aantasting van ons normaal functioneren door letsel, ziekte en handicap reduceert de kansen en mogelijkheden die openstaan voor mensen. Wat gezondheidszorg bijgevolg bijzonder maakt is precies haar capaciteit om doorheen preventie, herstelbevordering en ondersteuning onze kansen in het leven te verhogen (Veatch, 1976; 1980).

1.2.2. *Gezondheidszorg en basisbehoeften*

Dat gezondheidszorg een belangrijke invloed heeft op de kansen in het leven is een universeel gegeven en geldt voor iedereen. Om de logica hierachter beter te kunnen begrijpen, is het interessant om eens te kijken naar het concept van basisbehoeften. Basisbehoeften, of zoals David Braybrooke ze noemt: “levensloop-behoeften” (course-of-life-needs), zijn die dingen die functioneel noodzakelijk zijn voor het uitvoeren van de meest fundamentele zaken in een mensenleven en essentieel voor het normaal leven en functioneren in fysieke (voeding, vocht, onderdak) en psychologische (communica-

tie, sociaal contact, bevestiging) zin (Braybrooke, 1987). We noemen ze *basis*behoeften omdat het gaat om universele behoeften. Het gaat niet om dingen die we nodig hebben om individuele, particuliere projecten te kunnen uitvoeren. Dit houdt in dat basisbehoeften volledig losstaan van individuele preferenties of wensen, en zelfs verschillen van behoeften die volgen uit preferenties of wensen. Mensen hebben basisbehoeften, of ze deze nu willen of niet. Of zoals Harry Frankfurt zegt: basisbehoeften zijn “non-volitionele behoeften,” ze staan los van wat een persoon wenst (Frankfurt, 1988). Als zodanig zijn ze gegeven in plaats van gecreëerd. Het zijn generische kenmerken van de mens, kenmerkende eigenschappen van het menselijk bestaan. Dit betekent ook dat ze, *als zodanig*, niet voortvloeien uit handelingen waarvoor mensen individueel verantwoordelijk zijn, door hun grotere of kleiner inspanningen bijvoorbeeld. Als zodanig zijn basisbehoeften verschillend van verdiensten. Wanneer mensen dan verschillen in basisbehoeften hebben, dan is dit het gevolg van het lot, namelijk van wat ons wordt toebedeeld door de natuurlijke en/of sociale loterij. Of anders gezegd, van het toeval, onder de vorm van geluk of pech.

Op dezelfde manier verwijzen onze behoeften aan gezondheidszorg naar die dingen die elke persoon nodig heeft om zijn normaal en gezond functioneren te ondersteunen (zoals gezonde voeding, gezonde woonomstandigheden, sanitaire voorzieningen, onvervuilde leef- en werkomstandigheden), of te herstellen (toegang tot kwalitatieve medische zorgen), of zo goed mogelijk te benaderen (zoals een bril, een rolstoel, hoorapparaten, beenprotheses, geleidehonden,...). In essentie zijn onze behoeften aan gezondheidszorg basisbehoeften, universeel geldend voor iedereen, noodzakelijk voor de levensprojecten van ieder mens, voortvloeiend uit het generische kenmerk van mens-zijn. In de realiteit echter, vallen de voordelen van gezondheid en de lasten van ziekte ons op een ongelijke manier te beurt als gevolg van de willekeur van de natuurlijke loterij (zoals onze genetische bagage) of de sociale omstandigheden (het sociale milieu) of simpelweg brute pech (op het verkeerde moment op de verkeerde plaats vertoeven) of goed geluk (het toevallig ontdekken van kanker in een nog geneesbaar stadium). Hoewel er interpersoonlijke verschillen zijn in reële behoeften en in het al dan niet bereiken van het niveau van normaal functioneren, is het vervullen van deze behoeften van functioneel belang voor ieder mens en is het verwijderen of verminderen van zaken die het normaal functioneren of het zo goed mogelijk benaderen hiervan verhinderen (zoals ziekte, gebrek aan de nodige ondersteuning voor ouderen en gehandicapten,...) een fundamentele morele plicht van iedere rechtvaardige samenleving.

1.2.3. *Collectieve financiering*

Omdat gezondheidszorgbehoeften ten eerste, meer ongelijk verdeeld zijn dan andere basisbehoeften (sommige mensen hebben aanzienlijk meer gezondheidszorg nodig dan anderen, terwijl onze behoeften aan voedsel, kleding en woning functioneel gezien ongeveer even groot zijn); ten tweede, omdat ze hoogst onvoorspelbaar zijn door de factor van het toeval; ten derde, omdat het vervullen van de gezondheidszorgbehoeften functioneel belangrijk zijn voor iemands kansen in het leven; en ten vierde, omdat het vervullen ervan catastrofaal duur kan zijn, zou het onredelijk zijn om te verwachten dat

mensen hun toegang tot gezondheidszorg realiseren met behulp van eigen, private middelen.

Of anders gezegd, hoewel we redelijkerwijze kunnen verwachten dat mensen zelf instaan voor de financiering van hun behoeften aan voedsel, kleding en onderdak, geldt dit niet voor gezondheidszorg. Gezondheidszorg moet daarom op een adequate manier worden ingepast binnen schema's van collectieve financiering (zoals sociale verzekering of systemen van gesubsidieerde private verzekeringen). De markt van private verzekeringen alleen kan geen gelijke toegankelijkheid tot gezondheidszorg garanderen omdat in deze gevallen de meest behoeftigen en de meest risicovolle personen door de verzekeringslogica van negatieve selectie onvoldoende verzekering kunnen vinden. Dit is waarom we moeten spreken van een collectieve morele plicht vanuit de samenleving als geheel om de gelijke toegankelijkheid te garanderen.

1.3. *De inhoud en reikwijdte van het recht op gezondheidszorg*

Is het recht op gezondheidszorg een onbegrensd recht? Neen, dat is het niet. Het recht op gezondheidszorg kan geen recht zijn van iedereen op wat dan ook dat tot enig gezondheidsvoordeel strekt. Als we willen bepalen wat het recht op gezondheidszorg inhoudt, dan moeten we rekening houden met de grenzen van de gezondheidszorg, de beperktheid van de middelen en de noodzaak tot het stellen van prioriteiten. Hiervoor zijn er drie redenen.

Ten eerste is het zo dat gezondheidszorg niet het *enige* belangrijke aandachtspunt kan zijn binnen het sociale beleid. Dit gegeven kunnen we benoemen als de *externe* schaarstedynamiek in de gezondheidszorg en houdt in dat we steeds de opportuniteitskost van gezondheidszorg in rekening moeten nemen. Immers, de middelen die we besteden aan gezondheidszorg zijn tegelijkertijd middelen die hadden kunnen worden besteed aan andere sociale doelen, zoals woon- en armoedebeleid, onderwijsbeleid, wetenschappelijk onderzoek, etc. Het is eenvoudigweg niet redelijk om te veronderstellen dat alle sociale middelen naar gezondheidszorg moeten gaan (Rawls, 2001: 173-174; Buchanan, 1997: 92).

Ten tweede, is het redelijk om aan te nemen dat het recht op gezondheidszorg een recht is op een *adequaat* niveau van gezondheidszorg maar niet op *alle* vormen van zorg die ook maar enige nettowinst opleveren. Deze stelling verwijst naar wat ik zou willen noemen, de *interne* schaarstedynamiek. Deze dynamiek geeft aan dat schaarste wordt verscherpt door de voortdurende vooruitgang in technologische ontwikkeling en mogelijkheden. Het is immers zo dat elke nieuwe ontwikkeling nieuwe mogelijkheden creëert, en dit op een exponentiële wijze. Hierdoor zijn er virtueel geen grenzen aan hoeveel we zouden kunnen besteden aan gezondheidszorg (Butler, 1999: 5-49).

Ten derde is het zo dat het er binnen de gezondheidszorg niet om gaat om middelen te besteden en diensten aan te wenden louter te verhoging van ons geluksgevoel. Hoewel gezondheidszorg een belangrijke bijdrage kan leveren aan het menselijk geluk, is haar morele belang afgeleid uit de wijze waarop ze bijdraagt aan het behoud, herstel of de ondersteuning van het normaal menselijk functioneren, en als zodanig aan de realisatie van gelijke kansen voor iedereen.

Bijgevolg kunnen we stellen dat de gegeven argumenten van basisbehoeften en gelijke kansen mee vorm kunnen geven aan de idee van het degelijke minimum aan gezondheidszorg waarop iedereen recht heeft, alsook aan de idee van prioriteiten in de gezondheidszorg. Zo geeft de gelijkheidsregel bijvoorbeeld aan dat er collectieve morele plichten bestaan om gezondheidszorg te voorzien op het niveau dat nodig is voor mensen om gelijke kansen te krijgen in het leven, maar niet om hen gelukkig te maken. Toch blijven er nog essentiële vragen over. Immers, wat houdt, zelfs in de context van de gelijkheidsregel, “een adequaat niveau” in? En als we een antwoord zouden kunnen formuleren op de vraag wat een minimum inhoudt, dan rest ons nog de vraag naar het maximum. Welke bovengrens is er aan de implementatie van het recht op gezondheidszorg.

Om te vermijden dat er onredelijk hoge eisen worden gesteld aan de implementatie van het recht op gezondheidszorg moeten we kijken welke de argumenten zijn ter begrenzing van de collectieve plicht. Een van de mogelijkheden hier is dat we de factor van individuele verantwoordelijkheid gaan inschakelen in de argumentatie.

2. Rationalisering via verantwoordelijkheid

Indien mensen een recht hebben op gezondheidszorg, kunnen ze dan dit recht ook kwijtspelen? De vraag is niet of mensen hun volledige rechtmatigheden inzake gezondheidszorg kunnen verliezen, maar wel of ze dan al dan niet zelf moeten instaan voor de kosten, een hogere bijdrage moeten betalen, of het recht op bepaalde vormen van gezondheidszorg (bepaalde behandelingen of diensten) verliezen.³

In dit geval bekijken we de kwestie vanuit een ander perspectief. Daar waar we ons in het eerste gedeelte concentreerden op de plichten van de overheid en de hieraan verbonden rechten van het individu, stellen we ons nu de vraag of het recht op gezondheidszorg ook bepaalde individuele verplichtingen impliceert (zoals bijvoorbeeld de plicht tot gezond leven) en de mogelijkheid tot inperking van dit recht als gevolg van een autonome keuze voor ongezond of risicovol handelen (Mann, Gruskin, Grodin & Annas, 1999: 2-3). Met andere woorden: zouden de plichten van de samenleving ten aanzien van patiënten die gezondheidszorg nodig hebben omwille van brute pech in de gezondheidsloterij moeten verschillen van de verplichtingen ten aanzien van mensen wiens zorgbehoeften ontstaan zijn uit vrijwillig genomen handelingen of risico's?

2.1. *Asociaal gedrag*

Het eerste argument *pro* is gegrond in de stelling dat een ongezonde levensstijl en risicovol gedrag in essentie asociaal is. Net zoals een individu zijn recht op vrijheid kan kwijtspelen door crimineel gedrag, zo kan men argumenteren dat een persoon zijn recht

³ Het verlies van *volledige* rechtmatigheden is uiteraard onmogelijk aangezien dit dan strikt genomen ook zou inhouden dat mensen hun recht op al de voorzieningen inzake volksgezondheid (zoals drinkbaar water, sanitaire voorzieningen, vaccinaties, etc.) zouden verliezen. In zulke gevallen zou het dan al moeten gaan om de absurde idee van excommunicatie. Uiteraard is dit niet het onderwerp van dit artikel.

op gezondheidszorg kan verspelen door onverantwoord gedrag op vlak van gezondheid. Het is onrechtvaardig, zo luidt de redenering, dat iedereen moet bijdragen aan de extra kosten die individueel risicovol gedrag met zich meebrengen en het is rechtvaardig om sociale bijdragen te weerhouden van hen wiens zorgbehoeften het resultaat zijn van het vrijwillig nemen van gezondheidsrisico's. Deze conclusie hoeft niet te conflicteren met de gelijkekansenregel aangezien de vermindering van kansen door een slechtere gezondheid het resultaat is van eigen keuze. Immers, zij die vrijwillig hun gezondheid op het spel zetten hebben de kans gehad om gezond te zijn, maar hebben deze niet gegrepen.

2.2. *Rechten veronderstellen plichten*

Gerelateerd aan het eerste argument is de idee dat individuen ook verplichtingen hebben ten aanzien van de samenleving. Immers, de overheid heeft het recht op een "return on investment," daar ze aanzienlijk investeert in volksgezondheid, medische voorzieningen, geneeskundefaculteiten, opleidingen voor verpleegkunde, biomedisch onderzoek, en andere elementen die bijdragen aan de gezondheid van haar bevolking.

Dit is een redelijke veronderstelling, vooral wanneer we erkennen dat de samenleving geen ruif is, gevuld met allerhande diensten en voorzieningen, waaruit we ons steeds en zonder weerga van moeten kunnen bedienen. In deze zin kan men stellen dat verstandige zorg voor zichzelf en zijn gezondheid een morele plicht is. Het maakt deel uit van wat vrije en volwassen burgers met voldoende moraliteits- en rechtvaardigheidszin van elkaar mogen verwachten.

2.3. *Moreel arbitraire verschillen en de verantwoordelijkheids grens*

Een derde argument gaat verder dan het intuïtief-evidente en is gebaseerd op de idee van morele arbitrariteit. Deze idee verwijst naar wat we beschouwen als relevant of irrelevant wanneer we ons vragen stellen over rechtvaardigheid. In zijn werk *A Theory of Justice* schrijft John Rawls: "*De natuurlijke verdeling is rechtvaardig, noch onrechtvaardig [...]. Het zijn eenvoudige natuurlijke feiten. Wat rechtvaardig of onrechtvaardig is, is de wijze waarop instituties omgaan met deze feiten*" (Rawls, 1971: 102; 1999: 87).⁴ Hier verwijst Rawls naar het gegeven dat we niet toestaan dat verschillen in geslacht of ras onze kansen in het leven zouden bepalen. We veroordelen discriminatie precies omdat deze verschillen bepaald zijn door de arbitraire grilligheden van de natuur. Men heeft hier geen hand in, en kan er dan ook niet verantwoordelijk voor worden gesteld, worden beloofd of gestraft.

Op soortgelijke wijze formuleert Ronald Dworkin zijn argument van de verantwoordelijkheids grens. Dit argument houdt in dat interindividuele verschillen het resultaat mo-

⁴ Zie ook David Miller: "Zolang als een situatie het resultaat is van natuurlijke oorzaken, zijn vragen rond rechtvaardigheid of onrechtvaardigheid niet van toepassing" (Miller, 1976: 18).

gen zijn van keuzes, preferenties of ambities maar nooit van talenten en gegevens (Dworkin, 1981: 287). Meer zelfs gaat het er binnen kwesties van rechtvaardigheid precies om om de natuurlijke, toevallige en gegeven verschillen tussen mensen te matigen, door sociale instituties en regelgevingen te creëren die gelijke kansen moeten realiseren voor iedereen, *ondanks* de gegeven biologische en sociale verschillen.

Wanneer dan, zijn verschillen in gezondheid onrechtvaardig? In eerste opzicht lijkt het antwoord duidelijk: wanneer ze kunnen worden vermeden of verminderd door een rechtvaardig en verantwoord sociaal beleid. Dienovereenkomstig zijn gezondheidsverschillen die te wijten zijn aan sociale factoren zoals ongelijke toegang tot drinkbaar water, sanitaire voorzieningen, een veilige woning, basisonderwijs, vaccinaties en perinatale zorgen, onrechtvaardig omdat deze ongelijkheden kunnen worden vermeden door een rechtvaardig sociaal beleid. Wanneer daarentegen de gezondheidsverschillen geworteld zijn in natuurlijke verschillen tussen mensen waar we niets aan kunnen doen, dan is de situatie onvermijdelijk (zelfs met het beste sociaal beleid) en dus niet onrechtvaardig. Vaak tragisch, dat zeker, maar niet onrechtvaardig.

Als zodanig kan men stellen dat een rechtvaardig gezondheidszorgsysteem de arbitraire verschillen in gezondheid matigt door gelijke toegang te realiseren tot een heterogeen systeem van gezondheidszorg en zodoende bijdraagt tot het realiseren van gelijke kansen voor iedereen. Indien dan een persoon zorgbehoeften heeft die het gevolg zijn van brute pech, dan zou het onrechtvaardig zijn indien de samenleving deze behoeften niet zou vervullen. Immers, ze zou daardoor een niet-gekozen ongelijkheid in kansen mee versterken. Moreel arbitraire verschillen in gezondheid die we kunnen verzachten mogen niet leiden tot ongelijke resultaten.

Omgekeerd is het redelijk te vragen of de samenleving dan een morele verplichting heeft om gekozen gezondheidsverschillen te verminderen of weg te nemen? Het derde argument stelt dat ze deze verplichting niet heeft. Wanneer de samenleving een rechtvaardig gezondheidszorgsysteem creëert en als zodanig aan iedereen de kans geeft op een gezond leven door de moraal arbitraire verschillen in gezondheid te matigen of weg te werken, dan is de slechtere gezondheidsstatus van individuen die *wetens en willens* ongezond leven niet onrechtvaardig. Immers, in het geval van vrijwillig risicogedrag kan men niet langer stellen dat de gezondheidsverschillen moreel arbitrair zijn. In het kader van deze argumentatie is het onderscheid dat Dworkin maakt tussen “louter toeval” (brute luck) en “gekozen toeval” (option luck) relevant. Indien een persoon slechter af is omdat hij risico’s heeft genomen die slecht uitliepen, d.w.z. omdat zijn “gekozen toeval” slecht uitliep, dan is dit geen probleem vanuit gelijkekansenperspectief. Indien hij daarentegen slechter af is dan anderen omwille van factoren waarover hij geen controle had, dan is hij een slachtoffer van “louter toeval,” of anders gezegd, van brute pech. In dit geval noopt onze bekommernis om gelijke kansen wel tot actie (Dworkin, 2000: 293).

Al bij al kunnen we zeggen dat het derde argument *pro* rationalisering via verantwoordelijkheid het element van *keuze* centraal stelt. In het geval van risicovol gedrag zijn dan de resulterende zorgbehoeften niet langer generisch, algemeen menselijk, en gelijk voor iedereen. Ze resulteren daarentegen uit individuele, risicovolle preferenties. In dit geval zijn de zorgbehoeften “volitioneel,” het resultaat van “gekozen toeval” dat slecht uitliep (Frankfurt, 1988: 107). Dus wanneer we in kwesties van rechtvaardigheid niet toelaten dat moraal arbitraire verschillen (d.w.z., de verschillen waarvoor we niet ver-

antwoordelijk zijn) bepalen hoe de sociale lusten en lasten moeten worden verdeeld, dan wordt de kwestie van individuele verantwoordelijkheid relevant, met name de gezondheidsverschillen waarvoor we persoonlijk verantwoordelijk zijn.

2.4. *Kostenefficiëntie*

Het vierde argument is een pragmatisch argument. Veronderstel dat de samenleving ervoor kiest om risicovol gedrag te bestraffen – bv. door bepaalde rechtmatigheden in gezondheidszorg te ontzeggen of door hogere bijdragen te vragen van de risiconemers. Veronderstel vervolgens dat dit – door het afschrikkingseffect - ervoor zou zorgen dat een aanzienlijke hoeveelheid mensen zouden afzien van risicovol gedrag. Zou dit dan geen bijzonder efficiënte manier zijn om onnodige en vermijdbare kosten in de gezondheidszorg te vermijden? Indien deze manier zou helpen in het verhogen van de kosten-efficiëntie in de gezondheidszorg, wat zouden we er dan nog tegen kunnen hebben?

2.5. *Individuele verdienste*

In het laatste argument wordt het criterium van individuele verdienste centraal gesteld. Criteria van verdienste zijn bovenal criteria die een *rangschikking* instellen. Ze verwijzen naar kwaliteiten of handelingen waarvolgens mensen kunnen worden gerangschikt. Voordelen worden toegekend in overeenstemming met de inspanningen die werden geleverd of de resultaten die werden bereikt. Wat in rekening wordt genomen is precies het gedrag dat een persoon van een andere onderscheidt. Niet het feit dat alle personen mensen zijn. Verdiensten zijn bovendien *verworven*, d.w.z., ze verwijzen naar wat de persoon in kwestie heeft gedaan met zijn natuurlijke talenten en sociale gegevens. Belangrijk in dit verband is dat we het belang van verdienstecriteria binnen het hedendaagse rechtvaardigheidsdenken niet mogen onderschatten. Dworkins argument van de verantwoordelijkheidsgrens sluit intuïtief nauw aan bij de algemene perceptie van rechtvaardigheid. We voelen over het algemeen een verschil aan tussen niet-verdienste-gerelateerde gezondheidssituaties en die situaties waarbij verdienste niet volledig irrelevant lijkt. Concreter gezegd: intuïtief denken we verschillend over de verstokte roker die longkanker ontwikkelt en de persoon die nooit een sigaret aan heeft geraakt maar toch getroffen wordt door deze ziekte. Indien we dit intuïtieve verschil niet zouden aanvoelen, dan zou de kwestie van rationalisering via verantwoordelijkheid misschien niet eens een onderwerp van discussie zijn. In dit verband is het onze filosofische taak om de verschillende argumenten te formuleren, te analyseren en te beoordelen in functie van het gehele verhaal.

3. Tegenopwerpen

Argumenten die ingaan tegen de aanpassing of inperking van het recht op gezondheidszorg op basis van verantwoordelijkheid stellen grotendeels dat het concept van verdienste geen adequaat concept is om rechtvaardigheidskwesties in gezondheidszorg te bepalen (Dworkin, 1981: 26-31). Waarom is dit zo? Laten we ons hiervoor buigen over twee categorieën van problemen. De eerste categorie bevat problemen rond implementatie van het criterium. De tweede categorie bevat filosofische en morele bekommernissen.

3.1. Implementatie

Om te beginnen kunnen we stellen dat de concrete toepasbaarheid van het criterium van verdienste op het domein van gezondheidszorg beperkt is. Indien men het criterium van individuele verantwoordelijkheid wil gebruiken in de toewijzing van diensten, in de keuzes tussen behandelingen, of in het betalen van de factuur, dan moet er op zijn minst aan verschillende voorwaarden worden voldaan.

Vooreerst moet het mogelijk zijn om de verschillende causale factoren in morbiditeit aan te duiden, zoals natuurlijke oorzaken, sociaal milieu en individuele handelingen. Vervolgens moet kunnen worden bevestigd dat een bepaalde ziektesituatie is geresulteerd uit welbepaalde individuele handelingen. Bijkomend moet kunnen worden aangetoond dat deze handelingen autonoom werden gekozen en uitgevoerd, in die zin dat de persoon in kwestie op de hoogte was van het risico en dit vrijwillig accepteerde. Hierbij komt nog dat het identificeren van de autonome risiconemers onder de zieken een complex en rigide onderzoeksbeleid vereist. Om zulk een beleid te legitimeren moet er aan bepaalde morele objecties worden beantwoord. En uiteindelijk moet het zo zijn dat dit geheel inderdaad kostenefficiënt is.

3.1.1. Eenduidige causaliteit

Met betrekking tot de eerste voorwaarde kunnen we het volgende stellen. Hoewel het mogelijk is om gezondheidsrisico's van bepaalde gedragingen aan te duiden in algemene termen, is het moeilijk om een eenduidige en directe causale band te leggen tussen welbepaald individueel gedrag en gezondheids- of ziektestatus. Medische behoeften resulteren vaak uit een veelheid van invloeden, gaande van genetische bagage, individuele handelingen en gewoonten, milieufactoren en sociale omstandigheden (Sen, 2002). In zulke situaties is het vaak onmogelijk om een specifieke oorzaak aan te duiden met een zekere grenzende waarschijnlijkheid.

Uiteraard zijn er gradaties. Hoewel men bij een ski-ongeval de oorzaak van de opgelopen blessure vaak eenduidig kan vaststellen, is dit al minder evident bij een ziekte zoals longkanker. Resulteerde deze laatste uit roken, passief roken, milieu-omstandigheden en andere omgevingsfactoren, arbeidsomstandigheden, erfelijkheid, of een combinatie van deze elementen? Dat rookgedrag geen noodzakelijke en voldoende voorwaarde is

voor de ontwikkeling van de ziekte mag blijken uit het feit dat ook niet-rokers hierdoor getroffen kunnen worden of omgekeerd, dat verstokte rokers zeer oud kunnen worden zonder noemenswaardige longproblemen.

De essentie van het argument is de volgende: hoewel we risicogedrag kunnen en moeten aanduiden, blijft het in vele gevallen moeilijk om vast te stellen dat een specifieke ziektesituatie eenduidig werd veroorzaakt door een welbepaalde vorm van gedrag. In zulke gevallen zou het sociaal beleid wel eens meer op onwetendheid inzake eenduidige causaliteit kunnen steunen dan op kennis.

3.1.2. *Waarlijk autonoom?*

Ten tweede is het zo dat het argument *pro* rationalisering via verantwoordelijkheid een groot vertrouwen stelt in het vrije, vrijwillige en onafhankelijke karakter van onze individuele keuzes.

Indien we van individuele keuze een centraal verdelingscriterium willen maken, is het echter noodzakelijk om zeker te zijn dat risicogedrag *waarlijk* autonoom gekozen en uitgevoerd is. Immers, het is op deze aanname dat het verhaal van rationalisering op basis van verantwoordelijkheid is gestoeld. In de hedendaagse samenleving is nicotine algemeen en duidelijk gekend als een verslavende substantie, en zijn alcoholisme en bepaalde eetstoornissen duidelijk als ziekte erkend en gekend. Maar indien vele mensen in een culturele groep of sociale klasse hetzelfde gedrag vertonen, dan kan dit gedrag gelden als een culturele of sociale norm. In zulke situaties kunnen we ons terecht afvragen hoe autonoom en individueel vrijwillig het gestelde gedrag is.

Wanneer we de toegankelijkheid van gezondheidszorg willen aanpassen naar het criterium van verantwoordelijkheid, dan zou het onrechtvaardig zijn indien de persoon in kwestie geen andere gedragingen had kunnen stellen, of misschien wel maar dan met grote moeite. Het punt is dat de stelling dat ziektesituaties vaak het gevolg zijn van autonoom individueel gedrag dan moet worden ondervraagd en getoetst in elke afzonderlijke situatie.

3.1.3. *Rigide beleid*

In relatie tot het vorige punt kan ook worden gesteld dat het probleem van rigide beleid relevant wordt. Om de causale oorzaken van gezondheidsproblemen accuraat vast te stellen en om personen aan te duiden die risicogedrag vertonen, zou er veel individueel oorzakelijkheidsonderzoek moeten worden uitgevoerd. In het slechtste geval zou dit leiden tot inbreuk op de privacy, schending van het beroepsgeheim, en een nauwgezette lijst van vormen van gedrag die kunnen resulteren in verlies of aanpassing van het recht op gezondheidszorg.

In zulke situaties wordt de natuurlijke jungle – waarin moreel arbitraire verschillen de resultaten bepalen – vervangen door de sociale jungle, waarbinnen mensen kunnen worden gesanctioneerd ten gevolge van een quasi-eindeloze reeks van verantwoordelijk-

heidsonderzoeken naar gezondheidsgedrag. Dit werpt vragen op omtrent de humaniteit en het doel van zulke maatregelen.

Bovendien weten we dat mensen op vele verschillende vlakken gezondheidsrisico's nemen in ruil voor andere voordelen in het leven. Ze doen dit bijvoorbeeld wanneer ze langere afstanden willen doen voor een betere job, bepaalde sporten doen, of op skivakantie gaan. Indien we kiezen voor een beleid dat rokers straft omdat ze een rookgerelateerde ziekte ontwikkelen, dan stelt ons dit voor de vraag of we dezelfde redenering moeten toepassen op hen die teveel alcohol drinken, ongezond eten, te snel rijden, te hard werken, teveel uitgaan, op skivakantie gaan of sporten uitoefenen zoals bergbeklimmen of boksen?

Hoewel het zeer belangrijk is te stellen dat verstandige en volwassen mensen best opteren voor een gezonde levensstijl, blijft het ook zo dat het *ex ante* afraden van *elke* vorm van risicovol gedrag, leidt tot onaanvaardbaar paternalisme. Scherper gesteld: we moeten voor ogen houden dat rationalisering via verantwoordelijkheid steeds een bepaalde inperking van de individuele vrijheid inhoudt. Dit hoeft op zich geen probleem te zijn. De vraag is echter waar de grens van *legitieme* inperking ligt. Het criterium van individuele keuze biedt hiervoor geen afdoende antwoord.

3.1.4. *Kosten efficiënt?*

Verder kan ook de vraag worden gesteld of zulk een beleid inderdaad kostenefficiënt is. Immers, een van de voornaamste redenen waarom de vraag rond individuele verantwoordelijkheid in de zorg wordt gesteld is de problematiek van kostenstijging in de gezondheidszorg. Het argument is gebaseerd op de idee dat zij die ziektekosten hebben die resulteren uit bewust genomen gezondheidsrisico's, hiervoor iets verschuldigd zijn aan de samenleving en dat het dus fair is dat ze hun schuld inlossen. Ofwel door een groter gedeelte van de kost zelf te dragen, of door te verzaken aan het recht op bepaalde vormen van gezondheidszorg.

Niettemin is het redelijk te veronderstellen dat deze strategie als zodanig kan leiden tot tegenovergestelde resultaten. Vooreerst moeten we voor ogen houden dat de administratie van grootschalig verantwoordelijkheidsonderzoek ook zijn financiële kosten zal hebben. Hiernaast is er de mogelijke morele kost die verbonden is aan de inperking van individuele vrijheid. Maar bovenal mogen we het hoogst ironische gegeven niet vergeten dat bepaalde vormen van risicogedrag eerder minder dan meer medische kosten met zich mee zal brengen omdat deze resulteren in een vroegere dood dan indien mensen gezonder leven, oud worden en chronische zorgbehoeften ontwikkelen. Paradoxaal genoeg toont onderzoek aan dat lage risicogroepen (bv. sportieve, niet-rokende mannen met een lage bloeddruk) over de gehele levensstermijn een hogere gezondheidskost per levensjaar genereren dan hoger risicogroepen (bv. rokende mannen met hoge bloeddruk en overgewicht). Alles tesamen genomen wijst zulk onderzoek erop dat mensen met een ongezonde levensstijl vaak minder kosten aan de gezondheidszorg en aan de sociale zekerheid (Leichter, 1981: 32-39; Russel, 1989: 892-896). Uiteraard mag dit gegeven geen grond bieden om te pleiten voor een "laissez-faire"-klimaat op vlak van gezondheid. Maar het is wel iets dat we voor ogen moeten houden wanneer we nadenken over de rol van individuele verantwoordelijkheid in de gezondheidszorg.

3.2. *Filosofische en morele onderbouw*

De bovenstaande argumenten verwijzen naar het worst-case scenario en de vraag of rationalisering via individuele verantwoordelijkheid impliceert dat men de doos van Pandora zou openen. De onderliggende logica is er een die start vanuit de mogelijke *gevolgen* van deze strategie. Door haar consequentalistisch karakter, impliceert deze redenering dan ook dat indien alle praktische moeilijkheden en negatieve gevolgen zouden kunnen vermeden worden, en indien we dus een zuiver onderscheid zouden kunnen maken tussen individuen die het werkelijk aan zichzelf te danken hebben en individuen voor wie dit niet geldt, de strategie van rationalisering via individuele verantwoordelijkheid legitiem zou zijn.

Niettemin blijven een aantal principiële objecties tegen deze strategie overeind. In essentie hebben deze objecties hun grond in de bovenvermelde kenmerken van het recht op gezondheidszorg, nl. de idee van zorgbehoeften als generische kenmerken van mens-zijn, het belang van het normaal functioneren voor ieder mens, de collectieve morele plicht om ervoor te zorgen dat elke persoon dezelfde kansen hiertoe krijgt, en tenslotte dat mensenrechten worden toegekend op basis van het mens-zijn. Laten we eens zien hoe deze kenmerken gerelateerd zijn aan de niet-rangschikkende idee van respect voor de menselijke persoon als persoon.

3.2.1. *Kant en de Hippocratische erfenis*

In de wijsbegeerte kan de idee van respect voor de persoon als persoon in haar zuiverste vorm gevonden worden in het gedachtengoed van Immanuel Kant. Kant benadrukt de idee van respect, dat eenieder toekomt als rationele, morele actor. Zijn bepaling van de mens als rationele, morele actor is transcendentiaal en dus niet afhankelijk van empirische eigenschappen van de mens. Bijgevolg heeft de idee van respect voor de menselijke persoon niets te maken met een rangschikkende reflectie over daadwerkelijke en causale verantwoordelijkheid voor daden, of voor feitelijke controle. Dit zijn immers reflecties die een empirische argumentatie en onderbouw vereisen. Bij Kant verwijst de waarde van respect voor de persoon als persoon naar de kwaliteit van menselijkheid, een kwaliteit die niets te maken heeft met empirisch vaststelbare verschillen in inspanning of verdienste.

Deze idee van respect die vereist dat personen moeten worden beschouwd vanuit het perspectief van hun menselijkheid en niet louter vanuit het perspectief van hun verschillende “verschijnswijzen” maakt deel uit van de Kantiaanse eis om ieder mens te behandelen als doel en nooit louter als middel.

Binnen het domein van de geneeskunde vinden we dezelfde idee terug in de Hippocratische plicht tot het bieden van de noodzakelijke zorg, wat ook de oorzaak van de ziekte moge zijn. In de traditionele gedragscoden staat bovendien nergens vermeld dat artsen moeten afzien van zorg voor patiënten die het slachtoffer waren van wilswakke, buitensporigheid of gewoonweg domheid. Dit verwijst naar een lange traditie van zorg die gebaseerd is op de idee van respect voor de persoon als persoon. Een interessante analogie wordt geboden door John Butler: “*Voordat hij ter hulp schoot, voerde de barm-*

hartige Samaritaan geen voorafgaand onderzoek uit naar wat de man bezielde dat hij zich waagde op een notoir onveilige route” (Butler, 1999: 54). In het spoor van deze gedachte, lijkt het niet alleen onmogelijk voor artsen om de zorgverlening te laten afhangen van de schuldvraag, maar zelfs hoogst ongepast.

3.2.2. *Gelijke kansen en een beleid van insluiting*

Indien we de idee van respect voor de persoon als persoon meenemen op het niveau van de samenleving, dan impliceert dit de erkenning van zorgbehoeften op zichzelf, zonder een quasi-eindeloos verantwoordelijkheids- of schuldonderzoek. Immers, we moeten twee dingen voor ogen houden.

Ten eerste moeten we voor ogen houden dat een van de meest fundamentele objecties tegen een private, concurrentiële verzekeringsmarkt voor gezondheidszorg verwijst naar het feit dat dit leidt tot *uitsluiting* (het is enkel toegankelijk, want betaalbaar, voor de goede risico’s, nl. de jongen, gezonden en vermogenden) op een domein waarop dit onaanvaardbaar is. Immers, het domein van gezondheidszorg levert een belangrijke bijdrage aan het garanderen van gelijke kansen voor iedereen. Dit wil zeggen dat een beleid van *insluiting* een van de fundamentele redenen is voor een moreel recht op gezondheidszorg.

Hierbij komt nog dat de notie van gelijke kansen een progressief, proactief en vooruitziend concept is, positief gericht op de toekomst. Dit betekent dat de basis van een moreel recht op gezondheidszorg ook gericht is op de toekomst (en niet reactief gericht op het verleden). Het voorziet een vangnet dat ertoe bijdraagt dat iedereen een faire kans krijgt in het leven. Het is een concept dat stimulerende mogelijkheden impliceert. En dus ook mogelijkheden tot verandering ((in plaats van straffende afsluiting hiervan). Hierdoor zou het onrechtvaardig zijn om mensen deze mogelijkheden te ontnemen omwille van gesteld gedrag in het verleden. Dat mensen verantwoordelijk zijn voor hun leven en hun doelen houdt, paradoxaal genoeg, immers ook in dat ze – binnen een kader van rechtvaardige maatregelen en instituties – niet alleen hun opvattingen van het goede leven kunnen *vormen*, maar ook kunnen *herzien*. Deze mogelijkheid mag hen niet ontnomen worden.

4. **Besluit**

Betekent dit alles dan dat de gezondheidszorg inderdaad moet worden beschouwd als een ruif vol middelen en diensten die te allen tijde voor iedereen ruimschoots ter beschikking moet staan? Neen, dat betekent het niet. Bij wijze van conclusie willen we drie kernelementen benadrukken.

Allereerst is het belangrijk om te benadrukken dat individuele verantwoordelijkheid een zeer belangrijke waarde is, ook binnen de gezondheidszorg. Mensen hebben immers door hun doen en laten invloed op hun gezondheid en de overheid mag niet nalaten om het belang van verstandige zelfzorg continu te onderstrepen. Maar in naam van het gelijkheidsprincipe en uit respect voor de persoon als persoon, moet de overheid dit

strategie uitvoeren op een progressieve, proactieve toekomstgerichte en insluitende wijze, zowel in het aanduiden van risicogedrag als in het bieden van medische zorgen.

Wat betreft het aanduiden van risicogedrag spelen sensibiliseringscampagnes een zeer belangrijke rol. Deze geven duidelijke informatie aan, tonen respect voor de individuele autonomie en hierin appelleren tegelijk op de verstandigheid van mensen om zorg te dragen voor hun gezondheid. Dezelfde logica is van toepassing op het dragen van de kosten. Het is rechtvaardig om in het geval van risicogedrag bij voorbaat en op vooruitziende wijze een hogere premiebijdrage of belasting (op alcohol- en nicotineproducten bv.) te vragen. Risiconemers kunnen op die manier bij voorbaat bijdragen voor de mogelijke meerkost die verbonden is aan het risicogedrag. Op deze wijze wordt er op een faire manier publiek rekenschap gegeven van risicogedrag, en kan het dit zelfs ontmoedigen, maar dan zonder inbreuk op de autonomie van het individu. De return die individuen mogen verwachten voor hun hogere premiebijdrage of betaalde belastingen op risicoconsumptie is het behoud van gelijke toegang tot kwalitatieve gezondheidszorg en gelijk respect in behandeling.

Wat betreft het bieden van medische zorgen kunnen we stellen dat het onaanvaardbaar, onrechtvaardig en daarom terecht ook onwettig is om zorgen te weigeren aan mensen in nood, zelfs al was het overduidelijk dat de persoon volledig zelf verantwoordelijk was voor de situatie. Het bijdragen tot gelijke kansen voor iedereen, ook naar de toekomst toe, blijft immers een van de fundamentele doelstellingen van een rechtvaardige gezondheidszorg. Dit mag niet wijzigen omwille van gesteld gedrag in het verleden. Enkel dan kunnen we zeggen dat het recht op gezondheidszorg een waarlijk onvervreemdbaar recht is.

Literatuur

- BRAYBROOKE D. (1987), *Meeting Needs*, Princeton University Press, Princeton.
- BUCHANAN A. (1997), 'Philosophic Perspectives on Access to Health Care: Distributive Justice in Health Care', *The Mount Sinai Journal of Medicine*, 64, 2, 90-95.
- BUTLER J. (1999), *The Ethics of Health Care Rationing: Principles and Practices*, Cassell, London.
- DANIELS N. (1981), 'Health-Care Needs and Distributive Justice,' *Philosophy and Public Affairs*, 10, 2, 149-179.
- DANIELS N. (1985), *Just Health Care*. Cambridge University Press, Cambridge.
- DANIELS N. (2001), 'Justice, Health, and Healthcare,' *American Journal of Bioethics*, 1, 2, 2-16.
- DENIER, Y. (2005), 'On Personal Responsibility and the Human Right to Health Care,' in *Cambridge Quarterly of Health Care Ethics*, 14, 2, 224-234.
- DWORKIN G. (1981), 'Taking Risks, Assessing Responsibility.' *Hastings Center Report*, 11, 26-31.

- DWORKIN R. (1977), *Taking Rights Seriously*, Duckworth, London.
- DWORKIN R. (1981), 'What is Equality? Part 2: Equality of Resources,' *Philosophy and Public Affairs* 10, 283-345.
- DWORKIN R. (2000), *Sovereign Virtue. The Theory and Practice of Equality*. Harvard University Press, Cambridge, Mass., 65-119.
- FRANKFURT H. (1988), 'Necessity and Desire,' in: Frankfurt H. (1988), *The Importance of What We Care About*, Cambridge University Press: Cambridge, 104-116.
- LEICHTER H. (1991), 'Public Policy and the British Experience,' in LEICHTER H. (1991), *Free to Be Foolish: Politics and Health Promotion in the United States and Great Britain*, Princeton University Press, Princeton.
- MANN JM., GRUSKIN S., GRODIN M.A., ANNAS G.J. (eds.) (1992), *Health and Human Rights*, Routledge, New York.
- MILLER D. (1976), *Social Justice*, Clarendon Press, Oxford.
- RAWLS J. (1971), *A Theory of Justice*, Harvard University Press, Cambridge, Mass.
- RAWLS J. (1999), *A Theory of Justice*, rev. ed., Harvard University Press, Cambridge, Mass.
- RAWLS J. (2001), *Justice as Fairness: A Restatement*, The Belknap Press of Harvard University Press, Cambridge, 173-174.
- RUSSELL LB. (1989), 'Some of the Tough Decisions Required by a National Health Plan,' *Science*, Volume 246, Issue 4932, pp. 892-896.
- SCHWARTZ RL. (1995), 'Life Style, Health Status, and Distributive Justice,' in: GRUBB A, MEHLMAN MJ. (1995), *Justice and Health Care: Comparative Perspectives*, John Wiley and Sons, New York, 244-248.
- SEN A. (2002), 'Why Health Equity?' *Health Economics*, 11, 659-666.
- VEATCH R.M. (1976), 'What is a 'Just' Health Care Delivery?' in VEATCH R.M., BRANSON R. (eds.) (1976), *Ethics and Health Policy*, Balinger Publishing Company, Cambridge, Mass: 127-153.
- VEATCH R.M. (1980), 'Voluntary Risks to Health,' *Journal of the American Medical Association*, 243, 1, 50-55.
- WALDRON J. (1993), 'When Justice Replaces Affection: The Need for Rights' in WALDRON J. (1993), *Liberal Rights*, Cambridge University Press, Cambridge, 370-391.