

Solidariteit in de zorg op de helling

Martin Buijsen¹

1. Inleiding

Omwille van de betaalbaarheid van de gezondheidszorg zou men volgens de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ) onder andere zorgsparen en premiedifferentiatie naar leeftijd serieus moeten overwegen. Bij zorgsparen betaalt de verzekerde de eerste zorguitgaven zelf uit een daarvoor geormerkte, zelf opgespaarde *savings account*. Premiedifferentiatie naar leeftijd houdt in dat ouderen meer premie betalen omdat zij meer zorg behoeven. Met ouderdom komen immers de gebreken.

In het recent verschenen rapport *Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg*² stelt dit belangrijke adviesorgaan vast dat de zorguitgaven een steeds groter beslag op het bruto binnenlands product (bbp). Bedroeg dit nog 3,3 procent in 1953, in 2003 was het beslag van de zorgkosten op het bbp opgelopen tot 12,6 procent. Tussen 2002 en 2004 is meer dan 24 procent van de groei van het bbp opgegaan aan extra zorg. In 2003 ging bijna de helft van elke nominale extra euro die dat jaar in Nederland werd verdiend naar de gezondheidszorg. De RVZ becijfert bovendien dat de huidige budgettaire druk ook in de toekomst zal blijven bestaan. In alle scenario's zal de groei van de gezondheidszorg een groot deel van de groei van het nominale bbp gaan beslaan. In het scenario met de geringste economische groei zal in het jaar 2010 de groei van de zorgkosten 18 procent van de nominale groei van het bbp beslaan, en 26 procent in 2040.³ Het moge duidelijk zijn dat de sterke groei van de zorguitgaven leidt tot een verdringing van de overige bestedingsmogelijkheden die vanuit de groei van het bbp worden gefinancierd. Omdat solidariteit 'houdbaar' moet zijn, is volgens de RVZ overweging van de genoemde voorstellen op haar plaats.

Maar wat is solidariteit eigenlijk? En wat betekent solidariteit in de gezondheidszorg? En hoe solidair zijn deze voorstellen dan?

2. Wat is solidariteit?

'Solidariteit' is typisch een 'essentially contested concept', hetgeen het vinden van een goede definitie zo goed als onmogelijk maakt. Een wezenlijk omstreden begrip is een begrip dat zich kenmerkt door: 1. de verwijzing naar een praktijk die vanwege de vele dimensies uitermate complex is; 2. het trekken van grenzen die relatief open zijn in die zin dat ook nieuwe en onvoorziene situaties binnen zijn reikwijdte kunnen worden gebracht; 3. een gebruik waarmee onlosmakelijk het uitspreken van een waardeoordeel verbonden lijkt te zijn.⁴

Toch zijn in het gebruik van de term 'solidariteit' wel een aantal betekenisniveaus te ontwaren. Zo is er allereerst het descriptieve niveau. Hier duidt 'solidariteit' als categorie een feitelijk besef van verbondenheid tussen mensen aan en de daaruit volgende bereidheid het bestaan, met alle risico's van dien, met anderen te delen. Of en in welke mate deze solidariteit in een samenleving daadwerkelijk aanwezig is, kan natuurlijk worden onderzocht.⁵ Op het tweede, analytische niveau structureert 'solidariteit' als kernnotie van veelal sociologische theorieën van samenleven het wetenschappelijke debat. In deze betekenis is het concept uiteraard prominent aanwezig in de theorieën van Comte, Marx en Durkheim. Overigens zij hierbij opgemerkt dat de term 'solidariteit' stamt uit de achttiende en negentiende eeuw: als concept probeerde het antwoorden te geven op vraagstukken die opgeworpen werden door de industriële revolutie.⁶ En ten slotte, op het derde betekenisniveau, het normatieve, functioneert de notie als maatstaf ter beoordeling van de kwaliteit van intermenselijke betrekkingen. Het is dit niveau dat ons interesseert, maar ook hier is het betekenispectrum buitengewoon breed.

Een abstract, onhistorisch normatief solidariteitsbegrip bestaat niet. Ofschoon de term 'solidariteit' sensu stricto hooguit twee eeuwen oud is, kan het begrip bogen op een lang bestaan, dat niet exclusief is aan een bepaalde traditie. Zijn historische betekenissen zijn te situeren in een betekenisveld waarbij solidariteit aan het ene uiteinde aanleunt tegen de liefde. In de christelijke traditie heeft het concept dan *caritas*, maar de voorchristelijke, stoïcijnse noties van *sympatheia* en *filanthropia* verschillen er niet wezenlijk van en het christelijke *caritas*-begrip ook diepgaand beïnvloed. Aan het andere uiteinde

verwijst het concept van solidariteit naar rechtvaardigheid, bijvoorbeeld wanneer in de Bijbel gesproken wordt van de plicht om voor armen, wezen en vreemdelingen te zorgen. Deze plicht is niet alleen een kwestie van persoonlijke en vrijwillige *caritas*, maar ook van ‘recht plegen’. In die betekenis impliceert solidariteit eveneens een zekere mate van onvrijheid. Zo leidt solidariteit tot ethische en politieke keuzen om bepaalde gedragspatronen op te leggen en om de institutionele en structurele voorwaarden te scheppen voor de oudedagsvoorziening, de arbeidsvoorziening, inkomensherverdeling etc.⁷ En dus ook voor gezondheidszorg.

Vaak wordt solidariteit met liefde, vriendschap, zorg, trouw, etc. tot de ‘warme’ kant van het morele spectrum gerekend, omdat het begrip geen betrekking zou hebben op de afstandelijke relaties tussen autonome individuen. Om deze reden zou solidariteit ook niet te vatten zijn in de logica van recht, rechten en plichten te vatten zou zijn.⁸ Nadere beschouwing leert dat dit laatste niet geldt voor solidariteit in de context van het stelsel van gezondheidszorg. En dat is omdat solidariteit hier naar rechtvaardigheid verwijst en wel naar de rechtvaardigheid die niet naar gelijkheid valt los te zien.

3. Wat is rechtvaardigheid?

Rechtvaardigheid is de vaardigheid om recht te doen. In deze allereenvoudigste omschrijving schemert door dat rechtvaardigheid van oudsher primair als deugd wordt opgevat. Aristoteles onderschreef de in zijn tijd gangbare karakterisering van rechtvaardigheid als ‘het soort karakterhouding waardoor mensen in staat zijn rechtvaardig te handelen, en dat daadwerkelijk ook doen, en het rechtvaardige prefereren’.⁹ Wat hem verder interesseerde, was niet de algemene of wettelijke rechtvaardigheid, het in acht nemen van de wet, maar de rechtvaardigheid die deel uitmaakt van de voortreffelijkheid van karakter, van de houding die het midden weet te kiezen. Eén van de door Aristoteles onderscheiden vormen van specifieke rechtvaardigheid is de verdelende rechtvaardigheid. Het is deze rechtvaardigheid die ons op deze plaats interesseert, niet zozeer als deugd, maar als - algemener - als beginsel.

Met betrekking tot de inhoud van rechtvaardigheid is vooral de Romeinsrechtelijke formule ‘*sum cuique tribuere*’ (aan ieder het zijne geven) bekend. Ook Thomas refereerde hieraan toen hij zei Aristoteles’ begrip van rechtvaardigheid te delen en haar omschreef als de ‘constante en voortdurende wil om ieder afzonderlijk het zijne te geven’.¹⁰

Wat is nu ‘ieder het zijne geven’? Aristoteles merkte op dat met betrekking tot de verdelende rechtvaardigheid de uitdrukking ‘naar verdienste’ veelzeggend is. Hij signaleerde dat ‘iederen het er immers over eens [was] dat een verdeling rechtvaardig is als zij plaatsvindt naar verdienste’.¹¹ Hij stelde echter ook vast dat men niet altijd dezelfde soort verdienste bedoelt, want ‘democraten vereenzelvigen verdienste met de status van vrij man, aanhangers van oligarchie stellen haar gelijk aan rijkdom en soms aan goede afkomst, en voorstanders van een aristocratie aan persoonlijke voortreffelijkheid’.¹²

Aristoteles was bepaald niet de laatste die getracht heeft de inhoud van het verdienstebegrip te bepalen. In de geschiedenis van het denken zijn velen hem gevolgd, met – inderdaad – zeer wisselende uitkomsten. Toch zijn er grote lijnen te ontwaren. In de eerste plaats is het zeer gangbaar gebleken om verdienste op te vatten als merite. Aan eenieder overeenkomstig verdienste, zo redeneert men, en dan is het rechtvaardig dat de snelste atleet de gouden medaille ontvangt. Als er onderzoeksgelden te vergeven zijn, dan is het niet meer dan rechtvaardig dat de best presterende onderzoeker deze ontvangt. Is er een vacature, dan verdient de meest gekwalificeerde kandidaat de baan. En ook vinden we het rechtvaardig – hoewel we hier meer in de sfeer komen van Aristoteles’ tweede vorm van specifieke rechtvaardigheid, de corrigerende - dat de schuldige aan een strafbaar feit een maatregel opgelegd krijgt. Nozicks fameuze omschrijving van rechtvaardigheid (‘[T]o each according to what he makes for himself ...’)¹³ is een typische weergave van de gedachte dat verdienste eerst en vooral merite is.

Maar, zoals Aristoteles ook al zag, rechtvaardigheid heeft tevens iets van doen met gelijkheid. Waarom bijvoorbeeld de reeds bestaande ongelijkheid vergroten door iemand die toch al meer talent bezit verdere voordelen te verschaffen? En is het zo onrechtvaardig de baan te geven aan iemand die weliswaar minder gekwalificeerd is maar een groep vertegenwoordigt die maatschappelijk ernstig achtergesteld is, en de baan derhalve harder nodig heeft? Dient, met andere woorden, de rechtvaardigheid niet de gelijkheid, juist met het oog op de belangen van de behoeftigen? En is het dan

niet zo zeer merite als wel behoefte op basis waarvan verdeeld zou moeten worden? Deze opvatting van rechtvaardigheid werd bijvoorbeeld gehuldigd door Kropotkin en – tot op zekere hoogte – door Rawls.¹⁴

Aan het begrip van verdienste kunnen dus inhouden gegeven worden die welbeschouwd neerkomen op diametraal tegengestelde opvattingen van rechtvaardigheid. Beide weerspiegelen weliswaar intuïtieve noties van ons algemene morele bewustzijn, zoals Raphael stelt,¹⁵ maar op zichzelf beschouwd staan ze – juist vanwege de verschillende inhouden van het verdienstebegrip - op zeer gespannen voet met elkaar.

4. Verdienste in de gezondheidszorg

Hoe vindt allocatie van gezondheidszorgvoorzieningen plaats? Of, hoe zou in de gezondheidszorg gealloceerd moeten worden, op basis van merite of op basis van behoefte? Met Walzer zouden we natuurlijk het bestaan van sferen van rechtvaardigheid kunnen aanvaarden waarin beide criteria als het ware naast elkaar gehanteerd worden; in de sport bijvoorbeeld merite, maar behoefte in de sfeer van de sociale zekerheid.¹⁶ Maar gesteld dat de gezondheidszorg een sfeer van rechtvaardigheid is, welke inhoud heeft daar dan het begrip van verdienste?

4.1 Verdienste aan de verstrekkingenzijde

In de aanloop naar de kamerbehandeling van het evaluatieonderzoek naar de werking van de Wet op orgaandonatie (WOD) laaide in de media de discussie over het beslissysteem weer op. Ditmaal beperkte het debat zich niet tot uiteenzettingen van de voors en tegens van het bezwaarsysteem: het systeem dat – eenvoudig gesteld – iedere burger automatisch tot orgaandonor maakt tenzij hij of zij daartegen bezwaar kenbaar heeft gemaakt. Omdat het huidige zogenaamde volledige-beslissysteem de bestaande transplantatiewachlijsten onvoldoende reduceert, bepleitte Vuijsje de invoering van een ‘streepje-voor’-systeem: mensen die hebben aangegeven bereid te zijn tot orgaandonatie, krijgen – wanneer zijzelf onverhoopt orgaanbehoefstig mochten worden – bij de toewijzing van donororganen voorrang boven non-donoren.¹⁷ In zijn voor het Rathenau Instituut geschreven studie geeft Den Hartogh handen en voeten aan dit uitgangspunt.¹⁸

Het is evident dat donatiebereidheid in de voorstellen van Vuijsje en Den Hartoghs geldt als een verdienste in de zin van merite. Welk gewicht er uiteindelijk aan wordt toegekend is niet geheel duidelijk. Evident is evenwel dat de verdeling van een schaars goed, geschikte donororganen, niet enkel en alleen geschiedt op basis van medische criteria. Ware dat namelijk het geval, dan zou slechts op grond van behoefte worden gealloceerd. Welnu, is het rechtvaardig om dit element van merite te hanteren bij deze bijzondere vorm van zorg? En kan verdienste überhaupt wel deze betekenis hebben in de sfeer van de gezondheidszorg?

In de toekomst zal op orgaandonatie verdragenrecht van toepassing zijn. Hoger recht kennen we niet. Het Additionele protocol met betrekking tot de transplantatie van organen en weefsels van menselijke oorsprong, horende bij het Biogeneeskundeverdrag,¹⁹ toont de richting in welke de betekenis van ‘verdienste’ gezocht moet worden waar het orgaantransplantatie betreft. Dit protocol, door Nederland ondertekend maar nog niet geratificeerd, kent enkele algemene bepalingen. Artikel 3 heeft betrekking op de allocatie van donororganen, en in de toelichting op die bepaling staat dat organen en weefsels slechts op grond van *objectieve medische criteria* moeten worden toegewezen.²⁰ De donatiebereidheid van een orgaanbehoevende patiënt is op geen enkele wijze te kwalificeren valt als een objectief medisch criterium. Bij de toewijzing van donororganen mag de donatiebereidheid van orgaanbehoevende patiënten mag dus niet als criterium gehanteerd.²¹

Het Additionele protocol – de codificatie van algemeen aanvaarde morele opvattingen inzake orgaandonatie en –transplantatie – laat zien dat in de transplantatiegeneeskunde voor de toewijzing van een donororgaan slechts de mate van behoefte aan dat donororgaan bepalend is.²² Aan de verstrekkingenkant van het transplantatiesysteem geldt derhalve geen ander criterium dan dat van (medische) behoefte. Zou dat anders zijn in het stelsel waarvan het transplantatiesysteem deel uitmaakt, het stelsel van gezondheidszorg als geheel?

Het kost niet veel moeite om in te zien dat ook hier ‘verdienste’ alleen maar behoefte kan betekenen. Verdienste in de zin van merite ligt niet erg voor de hand. De amateur-voetballer die zich

op de zaterdagmorgen blesseert, heeft onverminderd toegang tot de hulpverlener. Hem wordt geen gezondheidszorg onthouden omdat hij zich heeft bezondigd aan een risicovolle bezigheid. Ook een roker met keelkanker krijgt de therapie voorgeschreven die hem van zijn gezondheidsprobleem moet afhelpen. En zelfs de onverzekerde illegaal die met een medisch probleem kampt, zal hulp ontvangen. Met andere woorden, aan de verstrekkingenkant van het gezondheidszorgstelsel is voor medische hulp welbeschouwd niet meer nodig dan een medisch probleem: aan eenieder naar behoefte dus.²³

4.2 Verdienste aan de premiezijde

In een stelsel van gezondheidszorg speelt rechtvaardigheidsproblematiek niet alleen aan de verstrekkingenkant. Het stelsel van gezondheidszorg kent ook een bijdrage- of premiezijde, alwaar geen lusten maar lasten verdeeld worden. Hoe vindt verdeling aan die zijde plaats?

Per 1 januari 2005 is de Ziekenfondswet (ZFW) gewijzigd in verband met de invoering van een no-claimteruggaaf voor verzekerden die geen of weinig gebruik hebben gemaakt van zorg waarop ingevolge die wet geen aanspraak bestaat.²⁴ Ingevolge de no-claimteruggaafmaatregel zijn ziekenfondsen wettelijk verplicht om na het eind van elk kalenderjaar een no-claimteruggaaf uit te keren. Individuele verzekerden van achttien jaar en ouder voor wie een nominale premie verschuldigd is, krijgen aanspraak op een no-claimteruggaaf van maximaal 255 Euro. Mochten er geen zorgkosten worden gemaakt, dan ontvangen zij dit bedrag van hun ziekenfonds; indien er wel zorgkosten worden gemaakt, doch voor minder dan het genoemde bedrag, ontvangen zij een no-claimteruggaaf ter grootte van het verschil tussen 255 Euro en de gemaakte zorgkosten. Voor enkele verstrekkingen gelden afwijkende regels.²⁵ Per 1 januari is tevens het Vergoedingenbesluit particulier verzekerden gewijzigd. Vanaf die datum is het eigen risico voor particulier verzekerden met een standaardpakketpolis verhoogd tot 250 Euro.²⁶

Door de introductie van de no-claimteruggaveregeling, onderdeel van de systeemwijzigingen die in de zorg plaatsvinden gericht op zowel zorgaanbieder, zorgverzekeraar als burger, hoopt men dat verzekerden meer afgewogen gebruik gaan maken van medische voorzieningen, dat daarmee de kostenstijging zal afnemen, en dat dit vervolgens zal leiden tot gemiddeld lagere kosten voor de verzekerden. De no-claimteruggaaf past daarmee, zo stelt de wetgever ten slotte, binnen het beleid om het Nederlandse zorgstelsel op lange termijn veilig te stellen door toegankelijkheid, solidariteit en betaalbaarheid beter met elkaar in balans te brengen en het systeem doelmatiger te maken.²⁷

Het lijkt geen twijfel dat aan de verstrekkingenzijde van het zorgstelsel op basis van behoefte wordt verdeeld. Aan de premiezijde wordt echter een ander criterium gehanteerd. In die context blijkt verdienste wel de betekenis te hebben van merite. Zo blijft de hoogte van het inkomen van de verzekerde namelijk niet buiten beschouwing bij de verdeling van de premielast. Ten dele is de premie immers inkomensafhankelijk. Bij de verdeling van de lasten aan de premiezijde werd tot voor kort in ieder geval *geen* rekening gehouden met de gezondheidstoestand van verzekerden, en evenmin met factoren die daarvoor bepalend kunnen zijn, althans in het collectief gefinancierde deel van het stelsel. Ook leeftijd, geslacht, erfelijke dispositie et cetera golden (en gelden) niet als determinanten van de premielast. De no-claimteruggaafmaatregel wordt door velen onrechtvaardig geacht omdat het niet gebruiken van voorzieningen van gezondheidszorg, medebepalend is voor de premielast. En deze voorzieningen worden niet aangesproken, wanneer dat niet hoeft, wanneer er – met andere woorden – geen gezondheidsproblemen zijn.²⁸

Men zou kunnen aanvoeren dat niet vaststaat dat aan de premiezijde van het zorgstelsel zo over rechtvaardigheid gedacht wordt, want particuliere ziektekostenverzekeraars mogen risicovolle gegadigden voor een verzekering zelfs weigeren. Dat doet immers vermoeden dat medische behoefte wel mee mag wegen bij de verdeling van de premielast. Welnu, deze stand van zaken wordt zo onrechtvaardig geacht dat een dergelijke weigering in de nabije toekomst onmogelijk zal zijn. De nieuwe Zorgverzekeringswet kent immers een acceptatieplicht en het onderscheid tussen ziekenfondsverzekerden en particulier verzekerden zal na 1 januari 2006 komen te vervallen.

5. Solidariteit in de gezondheidszorg

De gezondheidszorg is dus eigenlijk niet te beschouwen als één betekenisgevende context, want er blijken twee zeer verschillende criteria van verdelende rechtvaardigheid in gebruik te zijn. Bij nader

inzien bestaat het stelsel dus uit twee ‘spheres of justice’. Welnu, solidariteit in de gezondheidszorg kenmerkt zich door de strikte scheiding tussen deze sferen. De no-claimteruggaafregeling en het ‘voor-wat-hoort-wat’-transplantatieplan staan op gespannen voet met deze solidariteit doordat zij deze strikte scheiding aantasten. Immers, in het geval van de no-claimteruggaafregeling levert behoefte aan de verstrekkingenzijde, het in slechte gezondheid verkeren dus, aan de premiezijde een persoonsgebonden nadeel op in de vorm van een verzwaarde premielast. Het ‘voor-wat-hoort-wat’-plan koppelt gedrag aan de bijdragekant, te weten het tonen van de bereidheid tot orgaandonatie, met een persoonsgebonden voordeel aan de verstrekkingenzijde in de vorm van voorrangszorg bij orgaantransplantatie.

De betekenis van ‘solidariteit’ in de gezondheidszorg is derhalve bepaald door de betekenis die aan verschillende zijden van het systeem aan ‘rechtvaardigheid’ gegeven wordt. We achten het onrechtvaardig dat we aan de verstrekkingenzijde andere criteria hanteren dan behoefte. Louter en alleen behoefte aanvaarden we daar als het verdelend principe. We houden het evenzeer voor onrechtvaardig wanneer datzelfde criterium aan de premiekant de lastendruk medebepaalt. Een regeling getuigt niet van solidariteit wanneer zij de behoefte aan zorg van een individu koppelt aan een zwaardere premielast voor datzelfde individu. Een voorstel dat verdienstelijk gedrag van een individu beloont met voorrangszorg voor datzelfde individu is evenmin solidair.

‘Gevat in de logica van recht en rechten’, komt de scheiding tussen de ‘spheres of justice’ hierop neer: eenieder heeft recht op gezondheidszorg naar behoefte, en eenieder heeft ook een gelijk recht op gezondheidszorg. Dit zijn hele bijzondere eisen die aan gezondheidszorg als voorziening gesteld worden. Waarom dat is, ligt voor min of meer voor de hand. Gezondheid is een typisch voorbeeld van een intrinsiek of primair goed.²⁹ Haar ‘goedheid’ ontleent het niet aan een nog hoger (of fundamenteeler) goed. Terwijl gezondheid haar goedheid zelf wel meedeelt (zo is gezondheidszorg goed omdat gezondheid goed is), leent de goedheid van gezondheid zich niet voor logische bewijsvoering. Gezondheid moet wel van zichzelf goed zijn, en dit kunnen we alleen maar staven met de uitspraak dat dat evident is. Omdat een goed als gezondheid zijn waarde niet ontleent aan een hoger goed, vormt het – mits gegoten in de vorm van een propositie – altijd ook vertrekpunt van praktische redeneringen. Primaire goederen geven primaire redenen en dit verklaart waarom solidariteit en rechtvaardigheid in de zorg bijzondere betekenissen hebben en waarom aan het stelsel hele bijzondere morele eisen gesteld worden, waarom het is zoals het is.³⁰ Het fundamentele belang van gezondheid is voor iedereen zo evident dat aan de verstrekkingenkant haar afwezigheid alleen al volstaat om toewijzing van gezondheidszorg te rechtvaardigen, terwijl zij aan de premiekant om precies dezelfde reden nadrukkelijk buiten beschouwing blijft.

6. Conclusie

Het wezen van solidariteit in de gezondheidszorg bestaat uit de strikte scheiding van de twee ‘spheres of justice’. Deze scheiding maakt dat in ons stelsel zorg altijd van en voor de ander is, waardoor met recht gesproken kan worden van een ‘solidarity among strangers’:³¹ de meest nobele vorm van solidariteit. De bijzondere betekenis van solidariteit in de gezondheidszorg, ontleend aan een bijzonder begrip van rechtvaardigheid, dat weer voortkomt uit het besef van het bijzondere belang van gezondheid, is de vrucht van een decennia- zo niet eeuwenlange geschiedenis van praktisch redeneren. Sommige van de RVZ voorstellen (zorgsparen, premiedifferentiatie naar leeftijd) staan met deze bijzondere betekenis op gespannen voet in die zin dat zij de scheiding van de sferen aantasten en het ermee gegeven gelijke recht op toegang tot voorzieningen van gezondheidszorg kunnen ondergraven.³²

¹Mr.dr. M.A.J.M. Buijsen, gezondheidsjurist en rechtsfilosoof, is als universitair hoofddocent verbonden aan de Erasmus Universiteit Rotterdam.

-
- ² Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, *Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg*, reeks signalementen RVZ, Zoetermeer 2005.
- ³ *Houdbare solidariteit*, p. 31-32.
- ⁴ W.B. Gallie, 'Essentially contested concepts', in *Proceedings of the Aristotelian Society* 56 (1955), p. 167-198.
- ⁵ Zie bijvoorbeeld Paul de Beer, 'Hoe solidair is de Nederlander nog?', in E. de Jong en M. Buijsen (red.) *Solidariteit onder druk? Over de grens tussen individuele en collectieve verantwoordelijkheid*, Nijmegen 2005, p. 54-79.
- ⁶ J. Verstraeten, 'Solidariteit in de katholieke traditie', in E. de Jong en M. Buijsen (red.) *Solidariteit onder druk? Over de grens tussen individuele en collectieve verantwoordelijkheid*, Nijmegen 2005, p. 27.
- ⁷ J. Verstraeten, 'Solidariteit in de katholieke traditie', in E. de Jong en M. Buijsen (red.) *Solidariteit onder druk? Over de grens tussen individuele en collectieve verantwoordelijkheid*, Nijmegen 2005, p. 26-53.
- ⁸ K. van der Wal, 'Vrijheid, gelijkheid en broederschap', in K. van der Wal (red.) *Vrijheid, gelijkheid en broederschap? Betekenis en huidige relevantie van het devies van de Franse Revolutie*, Budel 2004, p. 9-24.
- ⁹ Aristoteles, *Ethica*, vertaald, ingeleid en van aantekeningen voorzien door C. Pannier en J. Verhaeghe. Groningen 1998, *Ethica* 1129a7-8.
- ¹⁰ Thomas van Aquino, *Summa theologiae*, Rome 1962, S. Th. II-II, q.58, a.1.
- ¹¹ *Ethica* 1131a25.
- ¹² *Ethica* 1131a26-27.
- ¹³ R. Nozick, *Anarchy, State and Utopia*, Oxford 1974, p. 160
- ¹⁴ P. Kropotkin, *La Conquête du Pain*, Paris 1892 en J. Rawls, *A Theory of Justice*, Cambridge MA 1971.
- ¹⁵ D. Raphael, *Concepts of Justice*, Oxford 2001, p. 6.
- ¹⁶ M. Walzer, *Spheres of Justice: a defense of pluralism and equality*, Oxford 1985.
- ¹⁷ H. Vuijsje, 'Donor worden, dat doe je voor jezelf', in *NRC Handelsblad* 15 november 2003.
- ¹⁸ G. Den Hartogh, *Gift of bijdrage? Over morele aspecten van orgaandonatie*, Den Haag 2003.
- ¹⁹ ETS nr. 186.
- ²⁰ *Explanatory Report*, zoals vastgesteld op 8 november 2001, randnr. 37.
- ²¹ Zie M. Buijsen, 'De januskop van de rechtvaardigheid – solidariteitsprincipe bij orgaandonatie is geen optie', in *Medisch Contact* 2004/20, p. 826-828.
- ²² M. Buijsen en A. den Exter, "'Eigen schuld" speelt geen rol in de gezondheidszorg', in *NRC Handelsblad* 22 november 2003.
- ²³ M. Buijsen en A. den Exter, "'Eigen schuld" speelt geen rol in de gezondheidszorg', in *NRC Handelsblad* 22 november 2003.
- ²⁴ Wet van 23 december 2004, *Stb.* 725, tot wijziging van de Ziekenfondswet in verband met het invoeren van een no-claimteruggaaf voor verzekerden die geen of weinig gebruik hebben gemaakt van zorg waarop ingevolge die wet geen aanspraak bestaat. Zie tevens Besluit van 23 december 2004, *Stb.* 726, tot wijziging van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering in verband met invoering van een no-claimteruggaaf.
- ²⁵ *Kamerstukken II* 2003/04, 29 483, nr. 3, p. 3.
- ²⁶ Besluit van 29 november 2004, *Stb.* 627, houdende wijziging van het Vergoedingenbesluit particulier verzekerden in verband met de wijziging van de terrorismedekking en de dekking voor atoomkernreacties alsmede verhoging van het eigen risico.
- ²⁷ *Kamerstukken II* 2003/04, 29 483, nr. 3, p. 2.
- ²⁸ M. Buijsen, A. den Exter en B. Hermans, 'Slechte leefstijl, meer betalen voor ziektekosten', in *NRC Handelsblad* 24 mei 2004. Zie tevens M. Buijsen, A. den Exter en B. Hermans, 'Chronisch zieke blijft in de kou zitten', in *Trouw* 20 oktober 2004.
- ²⁹ Over het leerstuk van primaire en instrumentele goederen, raadplege men R. George, *In Defense of Natural Law*, Oxford 1999.
- ³⁰ En waarom kanttekeningen te plaatsen zijn bij de verwachte heilzame van marktwerking in deze sector. Zie M. Buijsen, 'Nieuwe zorgwet is verre van ideaal', in *NRC Handelsblad* 16 juni 2005.
- ³¹ J. Habermas, *Between Facts and Norms. Contributions to a discourse theory of law and democracy*, Cambridge MA 1996, p. 308.
- ³² M. Buijsen, 'Blijf zorg naar behoefte geven', in *Trouw* 25 mei 2004.