
vereniging voor gezondheidsrecht

Grenzen aan het recht op gezondheidszorg

Preadvies uitgebracht
ten behoeve van de
jaarvergadering van de
Vereniging voor Gezondheidsrecht
op 15 april 1988

door mr. J. P. Kasdorp

vereniging voor gezondheidsrecht

Grenzen aan het recht op gezondheidszorg

Preadvies uitgebracht
ten behoeve van de
jaarvergadering van de
Vereniging voor Gezondheidsrecht
op 15 april 1988

door mr. J. P. Kasdorp

Secretariaat: Oudlaan 4, Postbus 9696
3506 GR Utrecht
Tel. 030-739390

Inhoud	Blz.
Inleiding	1
Hoofdstuk 1	Het recht op gezondheidszorg
	- De kern van het probleem
	- De verzorgingsstaat
	- De grondwet
	- Internationale regelingen
	- Politieke theoriën
Hoofdstuk 2	De ontwikkeling van de verzorgingsstaat
	- Het stelsel van ziektekostenverzekeringen
	- Een politiek compromis
Hoofdstuk 3	Het vraagstuk van de grenzen van de zorg
	- Adviezen en rapporten
	- De problematiek
	- Inhoud
	- Kosten
	- Bestuur
	- Een nieuw compromis in de maak?
Hoofdstuk 4	De rangorde van beginselen
	- Een algehele volksverzekering tegen ziekte- kosten
	- Het voorstel van de WRR
	- Het rapport van de commissie Dekker
Hoofdstuk 5	De rol van de overheid
	- Twee beheersmodellen
	- Het overeenkomstenstelsel van de Zieken- fondswet en de AWBZ
	- Overheid, markt, zelfregulering
	1. Het rapport van de commissie Dekker
	2. Het advies van de SER
Hoofdstuk 6	Inkomensoverdrachten
	- Solidariteit
	- Solidariteit en collectieve lastendruk
	- De lastenverdeling volgens het rapport Dekker
	- Nominale premies
	- Eigen risico
	- Eigen bijdragen

Hoofdstuk 7	De aanspraken op gezondheidszorg	70
	- Het verstrekkingenpakket	70
	- Noodzakelijke zorg	71
	- Keuzemogelijkheden	73
	- Prioriteiten	76
Hoofdstuk 8	Selectie van patiënten	80
	- Selectie	80
	- Selectie en criteria	80
	- De grens bereikt	85
Uitleiding met discussiepunten		86

Inleiding

Dit preadvies handelt over het vraagstuk van de grenzen van de zorg. "De grenzen van de zorg" is een ingeburgerde maar enigszins misleidende aanduiding voor een complex van inhoudelijke, financiële en bestuurlijke problemen op het terrein van de gezondheidszorg. De Gezondheidsraad merkt terecht op dat de term "grenzen van de zorg" voor velerlei uitleg vatbaar is en daardoor verwarrend werkt.¹ Maar de naamgeving is ook ongelukkig omdat zij de verkeerde beelden oproept. Wie naar de grens kijkt, staat met zijn rug naar het binnenland. De "Grenzen van de zorg" lijkt een kwestie van randgebieden en randverschijnselen, maar heeft betrekking op centrale en belangrijke onderwerpen.²

Bij het vraagstuk van de grenzen van de zorg gaat het in wezen om het functioneren van de verzorgingsstaat op het terrein van de gezondheidszorg.

Na een bescheiden start veranderde de verzorgingsstaat in de jaren zestig in wat wel "een plafond van aspiraties voor welzijn en geluk" wordt genoemd.³ Er kwam een expansie van door de overheid gegarandeerde aanspraken op gezondheidszorgvoorzieningen, wat resulteerde in een volgens velen onbevredigend, onbetaalbaar en onbeheersbaar stelsel.

In de discussie over de grenzen van de zorg staat de vraag centraal in welk opzicht dat stelsel onbevredigend is, in hoeverre onbetaalbaar en waarom onbeheersbaar. Niet in het minst is het de vraag wat er moet veranderen.

Een niet onbelangrijke rol in deze discussie speelt het gegeven dat de verzorgingsstaat nooit een scherp omlind concept heeft gekend. In ideologisch opzicht is zij een compromis,⁴ in haar vormgeving heeft zij gebruik gemaakt van be-

¹ Grenzen van de gezondheidszorg, advies van de Gezondheidsraad, 's Gravenhage, 1986, pag.27.

² Musschenga en Borst-Eilers stellen dat er in de kern van de gezondheidszorg dringende problemen liggen, waarvan de oplossing tot verhoging van kwaliteit en verlaging van de kosten van de gezondheidszorg zal kunnen leiden. De discussie over de "grenzen" mag niet afleiden van de oplossing van de "kern"problemen. Zie Musschenga, A.W. en E. Borst-Eilers, Ethische criteria voor prioriteitenstelling in de gezondheidszorg. In: Musschenga, A.W. en J.N.D. de Neeling red., *Verdeling van schaarse middelen in de gezondheidszorg*, VU-uitgeverij, Amsterdam, 1987.

³ Zijderveld, A.C., *Transformatie van de verzorgingsstaat*. In: Idenburg, Ph.A. red., *De nadagen van de verzorgingsstaat; Kansen en perspectieven voor morgen*, Meulenhoff Informatief, Amsterdam, 1983, pag.200.

⁴ Zie hiervoor oa:

Sewandono, I., *Theorie achter de verzorgingsstaat*. In: Doorn, J.A.A. van en C.J.M. Schuyt red., *De stagnerende verzorgingsstaat*, Boom, Meppel, 1978, pag. 47-69.

Ter Borg, M.B., *De ideologie achter de verzorgingsstaat*, *Beleid en Maatschappij*, 1982, pag.357-362.

staande maatschappelijke structuren,⁵ en in haar functioneren is zij technocratisch en instrumenteel.⁶

Deze kenmerken keren terug in de vele voorstellen die in het kader van de grenzen van de zorg zijn gedaan. Beginselen, uitgangspunten en doelstellingen worden daarbij wel gehanteerd, maar zelden rechtlijnig toegepast. Het is meestal van alles wat, waarbij wat haalbaar en uitvoerbaar is vaak de doorslag geeft.

Het zijn verder niet zozeer de doelstellingen van de verzorgingsstaat als wel de vormgeving en het gebruik van structuren waarin wijzigingen worden voorgesteld. De argumentatie wordt gedomineerd door overwegingen van doelmatigheid en effectiviteit, als bevestiging van de stelling dat het utilitarisme de verborgen ideologie van de verzorgingsstaat is geworden.⁷

De burger vervult in de verzorgingsstaat een paradoxale rol.⁸ Enerzijds is de verzorgingsstaat aan hem dienstbaar. Zij is er voor zijn vrijheid, welzijn en ontplooiing. Anderzijds wordt hij door de wijze waarop de verzorgingsstaat zijn wensen uitvoert tot object van verzorging. De staat behandelt in beginsel iedereen gelijk en kan maar zeer ten dele rekening houden met individuele verschillen in behoeften en omstandigheden. Er is daardoor sprake van een ingebouwde spanning tussen vrijheid en gelijkheid, een spanning die aanvaardbaar moet blijven wil niet of de legitimiteit⁹ van de verzorgingsstaat of haar functioneren in gevaar komen. De kritiek van velen is dat de balans te veel is doorgeslagen naar de kant van de gelijkheid.

De verzorgingsstaat is van allen en voor allen, maar er zijn grote verschillen in noden en behoeften en in de mogelijkheden om daarin zelf of met behulp van anderen in te voorzien.¹⁰ Voor sommigen is de verzorgingsstaat overbodig, voor anderen noodzakelijk om te overleven. Zonder solidariteit, de bereidheid om elkaars lasten te helpen dragen, kan de verzorgingsstaat niet functioneren. Maar solidariteit kan niet onbepert worden verlangd of opgelegd zonder dat afwentelingsverschijnselen gaan optreden.

⁵ Zie o.a. Doorn, J.A.A. van, De verzorgingsmaatschappij in de praktijk. In Doorn, J.A.A. van en C.J.M. Schuyt red., De stagnerende verzorgingsstaat, Boom, Meppel, 1978.

⁶ Hierop is veelvuldig gewezen. Zie oa. Sewandono op. cit. Schnabel, P., Nieuwe verhoudingen tussen burger en staat. In: Idenburg, Ph.A. red., De nadagen van de verzorgingsstaat; Kansen en perspectieven voor morgen, Meulenhoff Informatief, Amsterdam, 1983.

⁷ Zie hiervoor Schnabel op. cit. en Asperen, G.M. van, Met de beste bedoelingen... Over de ideologie van de verzorgingsstaat, Filosofie en Praktijk, 2 (1981) 4, pag.180 en 3 (1982) 2, pag.84-90.

⁸ Zie Schnabel, op.cit., pag. 33.

⁹ Douben noemt dit de meest wezenlijke bedreiging van de verzorgingsstaat: Douben, N.H., Herbezinning op de legitimering van de sociale zekerheid, Sociaal Maandblad Arbeid, 36 (1981), 9, pag.622-627.

¹⁰ Zie: De ongelijke verdeling van gezondheid: verslag van een conferentie gehouden op 16-17 maart 1987, rapport van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, 's-Gravenhage, 1987.

De veranderingen die onder druk van een naar doelmatigheid strevende overheid op het terrein van de gezondheidszorg worden voorgesteld, tenderen naar een grotere keuzevrijheid voor het individu en naar minder gelijkheid. Tegelijkertijd wordt de solidariteit binnen het stelsel aangepast. Kan een nieuw en aanvaardbaar evenwicht tussen vrijheid en gelijkheid worden verkregen? Indien de balans naar de andere kant zou doorslaan, worden een toename van sociale ongelijkheid in gezondheid en het voor velen onbetaalbaar worden van adequate gezondheidszorg reële gevaren. Dat zou een onaanvaardbaar alternatief zijn voor de huidige problematiek.

De "grenzen van de zorg" kunnen vanuit veel richtingen worden benaderd. Het is duidelijk dat er sprake is van een politiek vraagstuk van de eerste orde. Het is ook een economisch vraagstuk, omdat schaarste er een hoofdbestanddeel van uitmaakt. Het is een ethisch vraagstuk, omdat er keuzes moeten worden gemaakt, die een voortdurende reflectie nodig maken op wat verantwoord handelen is. Het is een medisch vraagstuk, want de doeleinden, de middelen en de effecten van het professioneel handelen worden erin ter discussie gesteld.

Er is daarnaast niet in het minst sprake van een juridisch vraagstuk, dat betrekking heeft op de rechtvaardige verdeling van gezondheidszorg in de samenleving en de vormgeving daarvan binnen het raamwerk van de rechtsstaat. Nu het er op lijkt dat de verzorgingsstaat niet in haar bestaande omvang kan worden gehandhaafd, komen zowel de verschillende opvattingen over sociale rechtvaardigheid als de neerslag daarvan in het stelsel van gezondheidszorg opnieuw aan de orde.

Dit preadvies begint met een overzicht van de normatieve implicaties van het recht op gezondheidszorg als inspanningsverplichting van de overheid (hoofdstuk 1) en schetst vervolgens het compromis over de realisatie van het recht op gezondheidszorg, dat in de verzorgingsstaat langs wegen van geleidelijkheid is gesloten (hoofdstuk 2).

Het vraagstuk van de grenzen van de zorg wordt (in hoofdstuk 3) beschreven als een grondige heroverweging van dat compromis, waarop verschillende opvattingen over rechtvaardigheid hun invloed doen gelden. In de hoofdstukken die daarop volgen, worden een vijftal onderdelen verder uitgewerkt: het verzekeringsstelsel (hoofdstuk 4), deregulering en privatisering (hoofdstuk 5), de lastenverdeling (hoofdstuk 6), de aanspraken op voorzieningen (hoofdstuk 7) en wachtlijsten en selectie van patienten (hoofdstuk 8). Het geheel wordt afgesloten met de formulering van een aantal discussiepunten.

Hoofdstuk 1 Het recht op gezondheidszorg

De kern van het probleem

Het vraagstuk van de grenzen van de gezondheidszorg is veelomvattend en complex. Volgens de Gezondheidsraad gaat het niet zozeer om grenzen als wel om de vraag of de huidige gezondheidszorg en het huidige gezondheidszorgbeleid in Nederland op onderdelen aan herziening toe zijn.¹¹ Daarin heeft hij gelijk. Toch is er geen sprake van een aantal op zichzelf staande problemen, zoals uit de formulering van de Gezondheidsraad zou kunnen worden opgemaakt.¹² De problemen blijken niet tot onderdelen beperkt, maar vertonen een patroon. Het is opvallend dat de verschillende rapporten die over de grenzen van de zorg zijn verschenen -ondanks verschillen in benadering en accenten- betrekkelijk eensgezind een schets geven van drie met elkaar vervlochten probleemvelden, betrekking hebbend op:

1. De inhoudelijke koers van de gezondheidszorg;
2. De kostenontwikkeling van de gezondheidszorg;
3. Het beheersstuctuur van de gezondheidszorg.

Het vraagstuk van de grenzen van de zorg bestaat ook niet uit een optelsom van deze drie probleemvelden, want in nagenoeg elk rapport wordt een causale relatie gelegd tussen de inhoudelijke ontwikkelingen, het kostenprobleem en de bestuurlijke problemen in de gezondheidszorg. Toch is het niet in de eerste plaats vanwege deze causale relaties dat "het probleem van de grenzen van de zorg" meer is dan een optelsom van afzonderlijke problemen. De eigen identiteit van het vraagstuk berust vooral op de reden waarom al deze kwesties in onderling verband worden geproblematiseerd. Wat de problemen onderling verbindt is, dat ze gesteld worden in het kader van de verzorgingsstaat en betrekking hebben op de vraag hoe een kwalitatief goede gezondheidszorg voor iedereen betaalbaar en bereikbaar kan blijven. De inzet van de discussie over de grenzen van de zorg is het recht op gezondheidszorg.

De verzorgingsstaat

De verzorgingsstaat is door Thoenes¹³ omschreven als een maatschappijvorm, die gekenmerkt wordt door een op democratische leest geschoeid systeem van overheidszorg dat zich bij handhaving van een kapitalistisch productiesysteem garant stelt voor het collectieve sociale welzijn van haar onderdanen. De omschrijving geeft aan dat de verzorgingsstaat meer een maatschappijvorm dan een staatsvorm is. Deze wordt, aldus van Doorn, in Nederland gerealiseerd via een "institutioneel complex van gespecialiseerde voorzieningen, dat weliswaar door de overheid wordt gegarandeerd en gesteund, maar overigens in het maatschappelijk middenveld opereert, in directe wisselwerking met de onderscheiden categorieën van cliënten".¹⁴

¹¹ Op. cit. pag.27.

¹² Zie hiervoor hoofdstuk 3.

¹³ Thoenes, P., *De elite in de verzorgingsstaat; Een sociologische proeve van een terugkeer naar domineesland*, Stenfert Kroese, Leiden, 1962, pag.124.

¹⁴ Doorn, J.A.A. van, *De beheersbaarheid van de verzorgingsmaatschappij*, *Beleid en Maatschappij*, 1977, 5, pag.115.

Kenmerkend voor de verzorgingsstaat is, aldus Schuyt, dat zij programma's voor sociaal welzijn opstelt, zorgt voor risicodeling, iedere inwoner een politiek recht toekent op door de overheid beschermde minimumnormen voor inkomen, voeding, gezondheidszorg, huisvesting en onderwijs en het karakter heeft van een politiek compromis.¹⁵

De opkomst van de verzorgingsstaat is nauw verbonden met het ontstaan van een industriële samenleving. Onderzoek maakt aannemelijk dat economische groei de uiteindelijke oorzaak van de ontwikkeling van een verzorgingsstaat vormt. Wilensky die het uitgavenpakket voor sociale verzorging van 22 geïndustrialiseerde en 42 andere landen met elkaar heeft vergeleken, komt tot de conclusie dat "economic growth makes countries with contrasting cultural and political traditions more alike in their strategy for constructing the floor below which no one sinks."¹⁶ De verschillen die er zijn kunnen volgens Wilensky worden verklaard uit het percentage van de bevolking dat ouder is dan 65 jaar en het aantal jaren dat het systeem van sociale verzorging reeds bestaat. Schuyt verbindt hieraan de conclusie dat de structurele component van de verzorgingsstaat, de industriële ontwikkeling, sterker is dan de culturele component, de politieke wilsvorming.¹⁷

Twee kenmerken van de verzorgingsstaat zijn daarmee in overeenstemming: het ontbreken van een scherp omlijnd concept in ideologisch en juridisch opzicht en het evolutionaire karakter van haar ontwikkeling.

De verzorgingsstaat kent een lange voorgeschiedenis, waarin een aantal door Schuyt genoemde kenmerken geleidelijk tot ontwikkeling zijn gekomen en zijn uitgekristalliseerd.¹⁸ Dat geldt zowel voor de programma's voor sociaal welzijn als voor het element van risicodeling, waarbij vooral aan de ontwikkeling van de sociale verzekeringswetgeving moet worden gedacht. Waardoor de verzorgingsstaat, zoals die na de tweede wereldoorlog is ontstaan, zich vooral onderscheidt van voorgaande ontwikkelingen is de erkenning en realisatie van sociale grondrechten, waaronder het recht op gezondheidszorg.

De inhoud van het recht op gezondheidszorg en de wijze waarop het vorm heeft gekregen berusten echter, evenmin als de verzorgingsstaat zelf, op een duidelijk concept. Zij zijn het resultaat van betrekkelijk autonome ontwikkelingen, politieke en ideologische compromissen en het voortbouwen op reeds bestaande

¹⁵ Schuyt, C.J.M., Het rechtskarakter van de verzorgingsstaat. In: Doorn, J.A.A. van en C.J.M. Schuyt red., *De stagnerende verzorgingsstaat*, Boom, Mepel, 1978, blz. 73-97.

¹⁶ H.L. Wilensky, *The Welfare State and Equality: Structural and Ideological Roots of Public Expenditures*, Un. of Cal. Press, Berkeley, 1975.

¹⁷ Schuyt, C.J.M., Het rechtskarakter van de verzorgingsstaat. In: Doorn, J.A.A. van en C.J.M. Schuyt red., *De stagnerende verzorgingsstaat*, Boom, Mepel, 1978, blz. 73-97.

¹⁸ Een voorbeeld biedt de bekende onderwijspacificatie van 1917, waarbij de vrijheid van onderwijs in de Grondwet werd gewaarborgd en de wetgever in de Grondwet de opdracht kreeg een aantal zaken, waaronder de bekostiging "naar gelijke maatstaf" voor het bijzonder en openbaar lager onderwijs, bij formele wet te regelen. De doorwerking van deze systematiek naar het voortgezet en het hoger onderwijs heeft tot gevolg gehad dat praktisch het hele onderwijsstelsel thans een wettelijke grondslag heeft.

structuren. Omdat in het kader van de grenzen van de zorg vorm en inhoud van het recht op gezondheidszorg ter discussie staan gaan de volgende paragrafen daar nader op in.

De grondwet

Artikel 22, eerste lid, van de Grondwet luidt: "De overheid treft maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid".

Overeenkomstig de aard van de sociale grondrechten is artikel 22, eerste lid, van de Grondwet niet als een afdwingbaar recht van de burger, maar als een inspanningsverplichting van de overheid geformuleerd. De regering stelt dat de belangen die in de sociale grondrechten zijn verwoord, het in het algemeen noodzakelijk maken een belangrijke beleidsmarge te laten aan de tot behartiging van deze belangen geroepen overheidsorganen. "Zulk een beleidsmarge is onvermijdelijk, omdat nu eenmaal bijvoorbeeld de financiële middelen van de overheid en de sociaal-economische mogelijkheden niet onbeperkt zijn." Verder is ruimte voor beleid nodig, omdat de volksgezondheid en andere door de overheid te behartigen belangen de invloed van allerlei factoren ondervinden, die niet of slechts ten dele door de overheid kunnen worden beheerst. Tenslotte kan de zorg voor bijvoorbeeld voldoende werkgelegenheid botsen met de zorg voor de volksgezondheid. Voor de prioriteitenafweging die dan moet plaatsvinden, moet de Grondwet ruimte laten, aldus de regering.¹⁹ Wel moet het betrokken overheidsorgaan zijn afweging van prioriteiten behoorlijk motiveren.²⁰

Wat moet onder "bevordering van de volksgezondheid" worden verstaan? Onder "bevordering" is "bescherming" begrepen. "Bevordering" duidt daarnaast ook op voorzieningen ter verhoging van het niveau van de volksgezondheid, aldus de Memorie van Toelichting.²¹ In de Grondwet worden behalve de formulering "treft maatregelen ter bevordering" ook andere zinswendingen gebruikt, zoals "bevordering...is voorwerp van zorg der overheid" of "voorwaarden scheppen voor". Aan deze verschillen in formulering kan niet veel betekenis worden toegekend, omdat men daarmee onder andere een herhaling van dezelfde formulering in één artikel wilde voorkomen.²²

De hantering van het begrip "volksgezondheid", duidt er op dat niet alleen bevordering van de gezondheidszorg is bedoeld. De term "bevordering van de volksgezondheid" omvat weliswaar het voeren van een beleid ten aanzien van de particuliere gezondheidszorg, maar heeft daar niet uitsluitend betrekking op, aldus de regering.²³

Wat de rechtskracht van de sociale grondrechten betreft stelt de Memorie van Toelichting dat zij:

- reeds bestaande wetgeving ter concretisering van het grondrecht op een bijzondere wijze tegen eventuele intrekking beschermt;

¹⁹ Eerste Kamer, zitting 1976-1977, 13 872 en 13 873, nr.55b, pag.26.

²⁰ Eerste Kamer, zitting 1976-1977, 13 872 en 13 873, nr.55b, blz.31.

²¹ Tweede Kamer, zitting 1975-1976, 13 873, nr.4, pag.14.

²² Tweede Kamer, zitting 1975-1976, 13873, nr.4, pag.14.

²³ Tweede Kamer, zitting 1976-1977, 13 873, nr.7, pag.23.

- een plicht van de overheid schept zodanige voorzieningen te treffen, dat de maatschappelijke werkelijkheid zoveel mogelijk in overeenstemming is met hetgeen het grondrecht beoogt aan de burger te verzekeren;
- stimuleert tot het in het leven roepen van nieuwe voorzieningen, waaruit rechten voor de burger kunnen voortvloeien;
- uitgangspunt vormt voor de gedachtenvorming tussen vertegenwoordigende lichamen en de Regering over de mate en het tempo waarin, en de wijze waarop uitvoering wordt gegeven aan de betreffende grondwetsartikelen.²⁴

De VVD-fractie in de Eerste Kamer trok tijdens de parlementaire behandeling het rechtskarakter van de sociale grondrechten in twijfel en kenschetste ze als "een program van politieke activiteiten met een wisselende doctrinaire inslag". De Regering ontkende dit laatste niet maar stelde "dat de betrokken bepalingen niet uitsluitend beleidsdirectieven en oriëntatiepunten zijn; zij zijn ook rechtsnormen. Zij verplichten de overheid zich te richten op de verbetering van de menselijke ontplooiingsmogelijkheden in de samenleving."²⁵ Zonder dat met zoveel woorden te zeggen verwijst de Regering daarmee naar de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens, waarin gesproken wordt over rechten die onmisbaar zijn voor zijn waardigheid en voor de vrije ontplooiing van zijn persoonlijkheid.

Artikel 22, eerste lid, van de Grondwet moet dus worden gezien als een opdracht aan de overheid tot het voeren van een beleid, dat is gericht op het beschermen en bevorderen van de volksgezondheid en waarvan een beleid ten aanzien van de gezondheidszorg deel uitmaakt. Het geeft uitdrukking aan het rechtskarakter van de verzorgingsstaat op het terrein van de volksgezondheid.

Leenen en Roscam Abbing zien het grondwetsartikel als de belichaming van het recht op gezondheidszorg, dat volgens hen het recht op een kwalitatief goede, geografisch bereikbare en financieel toegankelijke gezondheidszorg omvat en geldt voor iedere burger.²⁶ Het Wetenschappelijk Instituut voor het CDA concludeert dat het grondrecht geen recht op gezondheidszorg, noch een recht op gezondheid bevat.²⁷ Deze conclusies lijken met elkaar in tegenspraak, maar dat is schijn. Zij bedoelen beide dat het grondrecht aan de burger geen rechtens afdwingbare aanspraken geeft. De schijnbare tegenspraak ontstaat doordat het begrip "recht op" in verschillende betekenissen wordt gebruikt. Leenen en Roscam Abbing duiden er een inspanningsverplichting van de overheid mee aan en het Wetenschappelijk Instituut voor het CDA een afdwingbaar subjectief dan wel objectief recht van de burger.

Het lijkt niet terecht om de betekenis van het grondwetsartikel te beperken tot de gezondheidszorg, zoals het gebruik van het begrip "recht op gezondheidszorg" en de omschrijving die Leenen en Roscam Abbing ervan geven, suggereren. Zowel in de tekst als in de stukken van de parlementaire behandeling van de Grondwet is ondubbelzinnig sprake van "volksgezondheid". Het zou beter zijn om van een recht op gezondheid te spreken. Daartegen wordt wel het argument

²⁴ Tweede Kamer, zitting 1975-1976, 13 873, nr.4. pag.7.

²⁵ Eerste Kamer, zitting 1976-1977, 13 872 en 13 873, nr.55b, pag.27.

²⁶ Leenen, H.J.J. en H.D.C. Roscam Abbing, *Bestuurlijk gezondheidsrecht*, Samson H.D. Tjeenk Willink, Alphen aan den Rijn/Brussel, 1986, pag.18.

²⁷ *Zorgvernieuwing door structuurverandering; volksgezondheid en maatschappelijke dienstverlening*, rapport van een commissie van het Wetenschappelijk Instituut voor het CDA, Van Loghum Slaterus, Deventer, 1987, pag.95.

ingebracht dat een dergelijk recht niet te verwezenlijken valt, omdat het realiseren van de gezondheid niet binnen het bereik van de menselijke mogelijkheden ligt.²⁸ Op zich is dat juist, maar dat neemt niet weg dat de overheid zich kan inspannen om door maatregelen van diverse aard de gezondheid van de bevolking te bevorderen. Een op de volksgezondheid gericht facetbeleid zoals in de Nota 2000²⁹ wordt bepleit, kan op grond van artikel 22, eerste lid, geacht worden onder de inspanningsverplichting van de overheid te vallen.

Het grondwetsartikel is vaag geformuleerd en bevat geen aanwijzingen over de inhoud en de vormgeving van het door de overheid te voeren beleid. De overheid kan aan het beleid op uiteenlopende wijze invulling geven. De normatieve lading van het recht op gezondheidszorg is evenmin eenduidig. Leenen heeft in zijn proefschrift³⁰ de inhoud van het recht op gezondheidszorg inductief afgeleid uit de ontwikkeling van de gezondheidszorg op nationaal en internationaal niveau. De inhoud van het recht op gezondheidszorg kan ook deductief worden afgeleid uit verdelingstheorieën en opvattingen over gezondheid en gezondheidszorg. Het recht op gezondheidszorg is niet statisch maar dynamisch. Wat het recht op gezondheidszorg als inspanningsverplichting van de overheid inhoudt, moet voortdurend herijkt worden op basis van de normatieve opvattingen die daarover in de maatschappij leven.

Internationale regelingen

Ook in een drietal verdragen zijn bepalingen opgenomen, die betrekking hebben op de taak van de staat ten aanzien van de volksgezondheid.

Artikel 25, eerste lid, van de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens (1948) bepaalt onder andere dat een ieder recht heeft op een levensstandaard, die hoog genoeg is voor de gezondheid en het welzijn van zichzelf en zijn gezin, waaronder begrepen voeding, kleding, huisvesting en geneeskundige verzorging. Artikel 22 van de Universele Verklaring voegt daaraan toe dat een ieder er aanspraak op heeft dat door middel van nationale inspanningen en internationale samenwerking, en overeenkomstig de organisatie en hulbronnen van de betreffende staat, de economische, sociale en culturele rechten, die onmisbaar zijn voor zijn waardigheid en voor de vrije ontplooiing van zijn persoonlijkheid, verwezenlijkt worden.

Het recht op een levensstandaard die hoog genoeg is voor de gezondheid, komt iedereen toe, maar met opzet is het begrip "gezondheid" niet verder verduidelijkt,³¹ terwijl evenmin is aangegeven wie voor de realisatie van dat recht verantwoordelijk is. Beroep op de rechter tot nakoming van dit recht is niet mogelijk.

²⁸ Leenen, H.J.J., *Rechten van mensen in de gezondheidszorg; een gezondheidsrechtelijke studie*; Samson Uitgeverij, Alphen aan den Rijn/Brussel, 1978, pag.18.

²⁹ Nota 2000; *Over de ontwikkeling van gezondheidsbeleid: feiten, beschouwingen en beleidsvoornemens*, Tweede Kamer, vergaderjaar 1985-1986, 19 500, nrs. 1-2.

³⁰ Leenen, H.J.J., *Sociale grondrechten en gezondheidszorg*, C. de Boer jr./Paul Brand, Hilversum, 1966, pag.84.

³¹ Zie hiervoor Roscam Abbing, H.D.C., *International organizations in Europe and the right to health care*, Kluwer, Deventer, 1979, pag.65 e.v.