

GERT JAN VAN DER WILT, JAAP DEINUM EN
BAZIEL VAN ENGELEN

De waarde van een leven Rationalisme en romantiek in de geneeskunde

SAMENVATTING

Zijn er grenzen aan wat een medische behandeling mag kosten? Deze vraag wordt gesteld in een tijd dat de kosten van behandeling van een patiënt met paroxismale nachtelijke hemoglobinurie ca. 340.000 euro per patiënt per jaar kosten. Dit soort vragen brengt ons in verwarring. Aan de ene kant willen we dat geld in de gezondheidszorg zo goed mogelijk besteed wordt. Aan de andere kant willen we patiënten niet een effectieve behandeling ontzeggen. In deze bijdrage zullen we betogen dat de verwarring voortkomt uit een conflict tussen twee denkwijzen: rationalisme en romantiek. Dit maakt duidelijk dat het niet alleen gaat om de vraag of er een grens is aan wat een medische behandeling mag kosten; er zit veel meer achter.

TREFWOORDEN:

kosten, kosteneffectiviteit, Quality Adjusted Life Year (QALY), rechtvaardigheid; utilitarisme, egalitarisme, capability, rationalisme, romantiek

INLEIDING

Regelmatig wordt de vraag opgeworpen of er een financiële grens moet zijn aan het streven om door middel van medische zorg de levensverwachting van patiënten en burgers te verhogen. Onlangs adviseerde de Adviescommissie Pakket (ACP) de kosten van pertuzumab ter behandeling

van patiënten met gemetastaseerde borstkanker niet langer te vergoeden. De kosten van een gewonnen Quality Adjusted Life Year (QALY) zouden met dit middel ongeveer 150.000 euro bedragen. Geld dat naar het oordeel van de ACP beter besteed kan worden aan zorg die meer gezondheidswinst oplevert. Het standpunt van de ACP is daarmee duidelijk: ja, er is een grens aan wat een behandeling mag kosten, en die grens hangt af van de gezondheidswinst die je ermee kunt bewerkstelligen. Het advies van de ACP stuitte op kritiek, onder meer vanuit de beroepsgroep van artsen en specialisten. Oncoloog Van der Hoeven: 'De dokter maakt altijd met de patiënt de afweging of een behandeling zinvol is. Bij iemand van 85 jaar die een mooi leven heeft gehad, die met een middel een of twee maanden kan winnen, vraag ik: zou je het wel doen? Op iemand van 20 jaar die 90 procent kans op overleving heeft, praat ik net zo lang in tot die het doet. Dat is een afweging van baten en lasten. Als daar de kosten bijkomen, dan kan ik mijn werk niet meer doen.'¹

Het doel van dit artikel is om de verwarring in deze discussie beter te begrijpen. We gebruiken de term verwarring hier met opzet. Het is verwarrend dat we aan de ene kant verwachten dat middelen ingezet worden daar waar ze naar verwachting de meeste gezondheidswinst opleveren, terwijl we het aan de andere kant onverteerbaar vinden dat geld een reden is om een patiënt een effectieve behandeling te onthouden. Dit kan worden voorgesteld als een conflict tussen twee waarden, zoals rechtvaardigheid en autonomie, of als een conflict tussen twee opvattingen van rechtvaardigheid, zoals utilitarisme en egalitarisme. In dit artikel zullen we echter betogen dat de verwarring ook begrepen kan worden als een botsing tussen twee levenshoudingen: rationalisme en romantiek. We maken daartoe gebruik van Isaiah Berlins *The Roots of Romanticism*.²

We gaan hierna eerst in op de vraag hoe de economische waarde van een mensenleven berekend wordt en wat

de onderliggende gedachtegang is. Daarna volgt een korte dialoog tussen twee van de auteurs (GJVDW en JD) waarin het perspectief van de arts wordt geschetst. In het afsluitende deel leggen we uit waarom we denken dat de verwarring gezien kan worden als een botsing tussen rationalisme en romantiek, en hoe deze interpretatie ons verder zou kunnen helpen.

DE WAARDE VAN EEN LEVEN

Het principe dat ten grondslag ligt aan de berekening van de economische waarde van een leven kan aan de hand van een voorbeeld worden uitgelegd. Stel, er bevindt zich in een stad een kruising tussen twee wegen. Het is een druk punt en de verkeerssituatie is wat onoverzichtelijk. Er doen zich regelmatig ongevallen voor waarvan sommige met dodelijke afloop. De gemeente laat een onderzoek uitvoeren. Het blijkt mogelijk een rotonde aan te leggen en men verwacht dat het aantal ongevallen met dodelijke afloop gehalveerd zal worden. De kosten van de rotonde worden geraamd en met een aantal aannames over afschrijvingstermijn en onderhoudskosten kan berekend worden welke uitgaven gemaakt worden om één sterfgeval te voorkomen. Als de gemeente besluit dit geld voor de rotonde over te hebben, kan de econoom zeggen: kijk, dit is wat men er kennelijk voor overheeft om een sterfgeval te voorkomen. Daarnaast zal hij erop wijzen dat er tal van andere mogelijkheden zijn om een mensenleven te redden, zoals het verlagen van de concentratie fijnstof in de lucht, het aanbieden van EHBO-cursussen, het verplichten om een fietshelm te dragen, enzovoort. Hij zal er ook op wijzen dat er meer mogelijkheden zijn dan we ooit kunnen betalen en dat er dus keuzes gemaakt moeten worden. Hij weet ook hoe die keuzes gemaakt moeten worden: zorg ervoor dat het rendement van de investeringen in al die programma's ongeveer gelijk is. Dan heb je namelijk het meeste waar voor je geld. In dit geval is dat: zoveel mogelijk sterfte voorkomen.

Een vergelijkbare redenering ligt ten grondslag aan de berekening van wat de verbetering van iemands gezonde levensverwachting met één QALY mag kosten. Een interessante studie op dit gebied is die van Claxton en zijn groep.³ Deze is uitgevoerd in Engeland, waar sprake is van een vast budget voor de gezondheidszorg. Lokaal moeten *primary care trusts* erop toezien dat burgers en patiënten toegang hebben tot de zorg en dat deze zorg ook gefinancierd wordt. Wanneer men nieuwe, vaak dure voorzieningen wil toevoegen, moeten *primary care trusts* de benodigde financiële ruimte binnen hun eigen budget creëren. Dit kan gebeuren door bestaande voorzieningen niet langer te financieren. Het bijzondere aan de studie van Claxton is dat zij hebben onderzocht welke voorzieningen in dergelijke gevallen opgeofferd werden en welk verlies aan gezondheid daarmee naar verwachting gemoeid was. Zij berekenden hoeveel gezondheidswinst nieuwe voorzieningen opleverden en hoeveel er verloren ging met het afschaffen van bestaande voorzieningen. De kosteneffectiviteit van de afgeschafte voorzieningen bleek £ 12,936 / QALY te bedragen. Claxton liet zien dat die grens bij een aantal nieuwe behandelingen ruimschoots overschreden werd, waardoor uiteindelijk een netto-verlies aan gezondheid ontstaan was. ‘Patiënten lijden wanneer de National Health Service kostbare nieuwe geneesmiddelen inkoopt’, kopte *The Guardian*.⁴ Bestaande zorg wordt als het ware verdrongen door de nieuwe behandelmogelijkheden en dat pakt niet altijd goed uit. De overeenkomst met het eerste voorbeeld van verbetering van de verkeersveiligheid is dat in beide gevallen gestreefd wordt naar maximalisatie: probeer zoveel mogelijk van het goede – of het nu om sterftereductie of om QALY’s gaat – te realiseren door te investeren in de doelmatigste programma’s. Of zoals Claxton het verwoordt:

We employ a model that assumes that each Primary Care Trust receives an annual lump sum budget and allocates its

resources across the 23 programmes of care to maximize the health benefits associated with that expenditure.

Om daar vervolgens aan toe te voegen dat een overheid:

cannot and does not necessarily need to know what specific services and treatments will be displaced in particular localities or who will actually forgo health.

In Nederland heeft deze benadering haar beslag gekregen in het beleid van het Zorginstituut. Dit instituut heeft de wettelijke taak van pakketbeheerder en adviseert de minister van vws over de samenstelling van het verzekerde pakket. Kort geleden bracht het instituut een rapport uit waarin het grenswaarden voorstelt voor kosteneffectiviteit van medische voorzieningen.⁵ De ernst van de ziekte bepaalt de grenswaarde: bij ernstige ziektes wordt een hogere grenswaarde acceptabel geacht dan bij minder ernstige ziektes (zie Tabel 1).

Tabel 1. Grenswaarden van kosteneffectiviteit in relatie tot de ernst van de ziekte

Ernst van de ziekte	Maximale kosten per QALY (€)
0.10 – 0.40	20.000
0.41 – 0.70	50.000
0.71 – 1.00	80.000

Bron: Kosteneffectiviteit in de praktijk. Zorginstituut Nederland, juni 2015

Een dokter aan het woord

Hieronder geeft een van de auteurs (JD) in een kort interview zijn visie op het stellen van een maximum aan wat een behandeling mag kosten.

GJvdw: Het Zorginstituut Nederland heeft onlangs opgemerkt dat er steeds vaker nieuwe behandelingen beschikbaar komen waarvan de kosten hoog zijn in verhouding

tot de gezondheidswinst die ermee bereikt wordt. Ze zijn bang dat de zorg op deze manier onbetaalbaar wordt. Ze stellen voor om een maximum in te voeren voor wat een behandeling mag kosten in vergelijking tot de gezondheidswinst die ertegenover staat. Op deze manier worden de middelen die door de gemeenschap worden opgebracht het best besteed. Bovendien wordt er niemand voorgehouden of achtergesteld: voor iedereen gelden dezelfde regels. Wat vind jij van dit voorstel?

JD: Het gaat voorbij aan het probleem waar ik dagelijks mee geconfronteerd word. Dat probleem is dat er iemand is die (ernstig) ziek is, en daardoor lijdt, onzeker is, of bang. Die persoon doet – terecht – een beroep op mij. En het is mijn taak om die persoon te helpen zodat zij niet langer lijdt, onzeker of bang is, en haar leven weer kan oppakken. Het repertoire van dingen die ik kan doen als dokter is voortdurend aan verandering onderhevig. Van sommige dingen weten we vrij veel, van andere veel minder of zo goed als niets. In sommige behandelingen heb ik vrij veel vertrouwen, daar zie ik de waarde voor de patiënt van in, in andere behandelingen heb ik minder vertrouwen. Het is moeilijk te voorspellen of een patiënt baat zal hebben bij een bepaalde behandeling, dat is vaak een kwestie van zoeken. Er zijn natuurlijk allerlei partijen die mij voortdurend willen laten geloven dat een bepaalde behandeling wel of niet zinvol is voor bepaalde patiënten, zoals mijn beroepsvereniging, collega's, het management van ons ziekenhuis, zorgverzekeraars, fabrikanten, patiëntenverenigingen, enzovoort. Ik sta daar in principe voor open als het niet vermengd wordt met allerlei oneigenlijke belangen en op voorwaarde dat mijn eigen inzichten, overwegingen en ervaringen ook serieus worden genomen. Wat ik mis in de kille kosten-batenafweging is de menselijke factor: de patiënt die een beroep op mij doet kan ontredderd zijn, zich niet gehoord voelen, lijden, bang zijn voor wat hem boven het hoofd hangt, niet in staat zijn om zijn leven te leiden op de manier zoals hij dat (gerechtvaardigd) zou willen,

enzovoort. Ik ben er om mensen die in dergelijke situaties verkeren te helpen; om te achterhalen wat er aan de hand is en wat er gedaan zou kunnen worden. Ik doe datgene wat in mijn ogen noodzakelijk is en wat ik kan verantwoorden omdat het een bijdrage kan leveren aan de oplossing van de problemen van de patiënt.

GJvdw: Maar de vraag daarbij is: hoe ver ga je daar in? Zijn er grenzen?

JD: Jazeker, maar die liggen op het vlak van wat medisch gezien zinvol of zinloos handelen is. Laat ik een voorbeeld geven: bijniervene-sampling bij patiënten met hypertensie als gevolg van aldosteronisme. Er zijn mensen die ons willen doen geloven dat bijniervene-sampling een waardevolle aanvulling is op de huidige diagnostiek van aldosteronisme. Ik heb daar mijn twijfels over.

GJvdw: Waarom?

JD: Vooral op theoretische gronden. Het zou kunnen, maar ik vind dat het niet overtuigend is aangetoond.

GJvdw: Is dat belangrijk?

JD: Ja, maar vooral omdat het een vrij ingrijpende vorm van diagnostiek is. Kosten of kosteneffectiviteit zijn daarbij voor mij minder zwaarwegend. Wij zijn niet bezig met het produceren van zoveel mogelijk QALY's. Ik weet niet wie dat bedacht heeft, maar het is een enorme misvatting.

GJvdw: Maar vind je niet dat je verantwoording moet afleggen over de keuzes die je maakt?

JD: Tegenover wie dan? Kijk, ik, wij, doen geen idiote dingen. We proberen naar eer en geweten mensen te helpen. Daarin past geen kosten-batenafweging; niet in de individuele patiëntenzorg. Je mag wel vragen stellen bij wat wij als internisten door de bank genomen doen. Daar zitten volgens mij geen idiote dingen bij. Natuurlijk moet je kritisch blijven. Ik heb zo mijn twijfels bij renale denervatie ter behandeling van hypertensie. Maar die komen voort uit twijfel of de patiënt daar wel echt mee geholpen is. Ik zie overigens wel heel wat ondoelmatigheid in de zorg. En daar kan ik me behoorlijk over opwinden. Maar dat schrijf

ik vooral toe aan laksheid van collega's, labbekakkerigheid, ondoordachtheid, onverschilligheid of, erger, gerichtheid op eigen gewin of prestige. En ik vind me erover op omdat patiënten daardoor soms ernstig tekort wordt gedaan. Dat is de context waarin ik werk. Behoorlijk absurdistisch af en toe. En daarin probeer ik me staande te houden en het goede te doen. Dat valt overigens niet altijd mee.

DE WAARDE VAN HET LEVEN. RATIONALISME VERSUS ROMANTIEK

Het is in het huidige tijdsbestek geen onverdeeld compliment om aangemerkt – we zouden bijna zeggen: weggezet – te worden als romanticus. Zo iemand wordt toch enigszins buiten de orde geplaatst. Ten onrechte, lijkt ons. Deze stellingname vergt uiteraard een begripsverheldering: wat bedoelen we met romantiek? We zullen dat toelichten met hulp van het eerder genoemde werk van Isaiah Berlin. Deze acht het belang van de romantiek voor onze huidige tijd hoog: 'The importance of romanticism is that it is the largest recent movement to transform the lives and the thought of the Western world' (p. 1). Hij probeert de romantiek te begrijpen door te onderzoeken waar het zich tegen afzet. Dat is met name het Verlichtingsdenken. Dit Verlichtingsdenken vat Berlin samen in een drietal stellingen: 1. Alle waarachtige vragen zijn uiteindelijk te beantwoorden, 2. Alle antwoorden op deze vragen zijn in principe kenbaar, en 3. Al deze antwoorden zijn met elkaar verenigbaar (p. 21). Berlin noemt deze visie op de werkelijkheid de legpuzzelvisie: er is een orde, en de uitdaging is om die orde te ontdekken en ons leven vervolgens in overeenstemming met die orde in te richten (p. 23).

Dit gedachtegoed bereikt een hoogtepunt in de achttiende eeuw en wordt kernachtig geformuleerd door Bernard de Fontenelle (1657-1757):

Un ouvrage de morale, de politique, de critique, peut-être même de l'éloquence, en sera plus beau, toutes choses d'ailleurs égales, s'il est fait de main de géomètre.⁶

Het Verlichtingsdenken drukt de overtuiging uit 1. dat er, uiteindelijk, orde is, samenhang in de werkelijkheid, 2. dat als we die orde niet zien, niet ervaren, dit een gevolg is van onze eigen tekortkomingen, onze eigen domheid, luiheid, of kortzichtigheid, 3. dat er een beloning is voor het overwinnen van die tekortkomingen, 4. dat tegenstrijdigheden slechts schijn zijn, 5. dat er één unieke oplossing is voor de puzzel, en 6. dat het leven bestaat uit het vinden van die oplossing en het inrichten van ons leven, onze samenleving en onze leefomgeving in overeenstemming met het gevonden inzicht. Het was bedoeld als bevrijding; antwoorden werden niet langer gezocht in openbaring, in traditie, in dogma, maar in het juiste gebruik van de rede, deductief of inductief. Maar dit rationalisme werd ook als knellend ervaren, en riep een reactie op. Berlin:

These models invariably begin by liberating people from error, from confusion, from some kind of unintelligible world which they seek to explain to themselves by means of a model; but they almost invariably end by enslaving those very same people, by failing to explain the whole of experience. They begin as liberators and end in some sort of despotism. (p. 3)

Voor vroeg-romantici zoals Johann Georg Hamann (1730-1788) is God geen meetkundige (zoals De Fontenelle suggereert), maar een dichter (p. 48). Voor hem moeten idealen en doeleinden niet ontdekt worden door middel van intuïtie, niet door het lezen van heilige teksten, niet door te luisteren naar deskundigen of door middel van wetenschappelijk onderzoek; ze moeten helemaal niet ontdekt worden, maar uitgevonden, gecreëerd. In het scheppen vindt de mens pas echt zijn vrijheid. In reactie op de leg-

puzzelbenadering van het bestaan ontstaat een beweging die juist de nadruk legt op het unieke karakter van levenservaringen, de onverenigbaarheid van idealen en de daaruit voortvloeiende onvermijdelijke tragedie van het leven, de complexiteit van het bestaan en het onvermogen van de mens om deze volledig te doorgronden. Dit is de romantiek, een stroming waarin, vanwege het unieke, eindeloos gevarieerde en ondoorgrondelijke karakter van het bestaan, meer waarde wordt gehecht aan motieven dan aan uitkomsten van handelen, meer waarde aan toewijding dan aan berekening. Een beweging die zich afkeert van de overmoedige overtuiging dat met voldoende inzet de orde, de samenhang, de logica van het bestaan uiteindelijk ontdekt kan worden en dat daarmee een basis gelegd kan worden voor de wijze waarop we ons leven en de samenleving moeten inrichten. Hamann, in de woorden van Berlin,

[thought that] the sciences, if they were applied to human society, would lead to a kind of fearful bureaucratisation... He [Hamann] was against scientists, bureaucrats, persons who made things tidy, smooth Lutheran clergymen, deists, everybody who wanted to put things in boxes, everybody who wished to assimilate one thing to another, who wished to prove, for example, that creation was really the same as the obtaining of certain data which nature provides and their rearrangement in certain pleasing patterns... (p. 42-43)

In de politiek vindt dit gedachtegoed zijn weg bij onder meer Edmund Burke (1729-1797) die, in de woorden van Berlin, stelde dat 'a social contract or some kind of utilitarian arrangement for the purpose of living a happier life, or preventing collisions with human beings is shallow' (p. 124).

Hoewel Berlin een scherp oog heeft voor de beperkingen, zelfs de waanzin van de romantiek (p. 117), ziet hij ook het grote belang van deze stroming in voor de huidige tijd:

The notion that there are many values, and that they are incompatible; the whole notion of plurality, of inexhaustibility, of the imperfection of all human answers and arrangements; the notion that no single answer which claims to be perfect and true, whether in art or in life, can in principle be perfect or true – all this we owe to the romantics. (p. 146)

KOSTENEFFECTIVITEIT EN ROMANTIEK

De belangrijkste stelling van ons betoog is deze: het willen bepalen of een behandeling in aanmerking komt voor vergoeding op basis van kosteneffectiviteit en bijbehorende grenswaarden, al of niet uitgesplitst naar ernst van ziekte, is een voorbeeld van de legpuzzelvisie op het bestaan. Deze visie staat haaks op de ervaring van de praktijk van de geneeskunde die wordt gekenmerkt door uniciteit, door eindeloze gevarieerdheid, door de fundamentele onverenigbaarheid van waarden en de tragiek die dat soms met zich meebrengt. Kosteneffectiviteitsanalyse beoogt een pijnloze oplossing te bieden voor keuzes in de zorg; het veronderstelt dat alle effecten van medisch handelen in een QALY uitgedrukt kunnen worden en dat er één eenduidige en juiste oplossing is voor verdelingsvraagstukken.⁷

Dit doet geen recht aan de ervaring in de praktijk van de geneeskunde, wat leidt tot verzet en irritatie. Die komt deels voort uit ervaren bemoeizucht. Maar het is complexer dan dat. Bemoeienis is oké, iedereen snapt dat het gaat om besteding van middelen van de gemeenschap en dat verantwoording daarbij hoort. Wat vooral stoort is de enorme versimpeling van het probleem en de miskennis van de fundamentele onoplosbaarheid van de dilemma's die zich in de praktijk voordoen. De ontmoeting tussen de dokter en de patiënt is niet een ontmoeting die volledig bepaald wordt door vooraf gegeven schema's, classificaties en protocollen. Of liever gezegd: dat zou die niet moeten zijn. De waarde van die ontmoeting is ook gelegen in het

feit dat er iets onverwachts gebeurt, iets gecreëerd wordt. Of zoals René ten Bos het onlangs formuleerde tijdens een voordracht over de Italiaanse filosoof Giorgio Agamben: ‘met een soort onbevangenheid gewoon begrijpen dat met deze persoon die tegenover je staat eigenlijk alles mogelijk wordt’.⁸ Deze waarde van de ontmoeting tussen dokter en patiënt komt op geen enkele manier tot uitdrukking in kosteneffectiviteitsanalyses zoals die nu uitgevoerd worden in de gezondheidszorg.

KINDEREN VAN TWEE WERELDEN

We zijn echter, zoals Berlin opmerkt, kinderen van twee werelden, het rationalisme en de romantiek: ‘we are children of two worlds. We give so many marks for consequence, so many marks for motive, and we oscillate between the two’ (p. 141). Ook de dokter is een rationalist, want de ontmoeting tussen de dokter en de patiënt zou niet veel waard zijn wanneer de dokter in die ontmoeting niet eveneens putte uit zijn rijke kennis en ervaring. Het stellen van een juiste diagnose is van grote waarde wanneer ‘the assigning of an individual to a given diagnostic group has probability implications which it is clinically unsound to ignore’.⁹ Dit suggereert dat de uitdaging is om een balans te vinden tussen de twee denkwijzen, rationalisme en romantiek. Als het gaat om keuzen in de zorg, is die balans wellicht te vinden in het werk van Amartya Sen.¹⁰ Sen heeft het zogenaamde *capability* begrip uitgewerkt. Hieronder verstaat hij de set van mogelijkheden waarover mensen beschikken om te doen en te zijn wat zij met reden waardevol vinden. Het is geen legpuzzel-benadering van het vraagstuk omdat het niet specificceert om welke dingen het dan precies gaat. Dat moet lokaal vastgesteld worden in een deliberatief proces. Ook toont het werk van Sen oog voor complexiteit omdat het onderkent dat iemands *capability* afhangt van zijn eigenschappen, de middelen waarover hij beschikt en zijn fysieke en sociale omstandigheden. Bovendien getuigt

het van oprechte betrokkenheid bij hoe het mensen in hun leven vergaat en is het niet onverschillig ten aanzien van de gevolgen van keuzen in de zorg voor individuele patiënten. Verder schrijft het niet voor wat mensen met hun leven moeten doen maar wat mensen met hun leven moeten kunnen doen. Wellicht is de *capability* benadering een invulling van rechtvaardigheid die meer recht doet aan de rijke ervaring van de praktijk van de geneeskunde dan het utilitarisme dat ten grondslag ligt aan het huidig gebruik van kosteneffectiviteitsanalyses in de gezondheidszorg.

De vraag of er een grens is aan de inspanning die een samenleving moet leveren om de gezonde levensverwachting van haar burgers verder te vergroten, is een belangrijke en actuele vraag. Pogingen van de overheid om grenzen te stellen stuiten op veel verzet en onbegrip. Anderzijds, patiënten die zorg verlangen die buitengewoon kostbaar is en waar relatief geringe gezondheidswinst tegenover staat, kunnen ook niet altijd rekenen op sympathie vanuit de samenleving. Hoe moeten we hiermee verder? We hebben in dit artikel geen kant-en-klare oplossing aangedragen. In plaats daarvan hebben we geprobeerd het vraagstuk beter te begrijpen door het te verbinden met een breder vraagstuk: rationalisme versus romantiek. Beide staan als twee wezenlijk verschillende denk- of leefwijzen tegenover elkaar. Onze stelling hierbij is dat beide van waarde zijn voor de mens, dat ze vrijwel altijd tegengesteld zijn, en dat ze samenkomen in belangrijke praktijken zoals de geneeskunde. Het onderkennen van deze onoplosbare tegenstelling lijkt ons een belangrijke stap. Het zou moeten helpen om te voorkomen dat we steeds ingewikkelder schema's maken om middelen te verdelen, of ze nu gebaseerd zijn op utilistische of egalitaire rechtvaardigheidsprincipes. Het zou ook moeten helpen te voorkomen dat we doorslaan naar de andere kant van een extreem doorgevoerde *personalized healthcare*. Het is een kwestie van *muddling through*.¹¹ Niet erg bevredigend voor de rationalist noch voor de hardcore romanticus, daar zijn wij ons van bewust.

NOTEN

- 1 K. Berkhout, 'Winst in maanden, niet in euro's', in: *NRC Handelsblad*, 6 november 2015, p. 8-9.
- 2 I. Berlin, *The Roots of Romanticism*, Princeton University Press Princeton (NJ) 1999.
- 3 K. Claxton, S. Martin, M. Soares, N. Rice, E. Spackman, S. Hinde e.a., 'Methods for the estimation of the National Institute for Health and Care Excellence cost-effectiveness threshold', in: *Health Technology Assessment* 2015-19, p. 1-503, v-vi. doi: 10.3310/hta19140.
- 4 S. Boseley, 'Patients suffer when NHS buys expensive new drugs, a report says', in: *The Guardian*, 19 februari 2015.
- 5 *Kosteneffectiviteit in de praktijk*. Rapport van het Zorginstituut Nederland, uitgebracht op 26 juni 2015 aan de minister van vws.
- 6 B. de Fontenelle, *Préface sur l'utilité des mathématiques et de la physique*, 1729, p. 44. 'Een werk op het gebied van de politiek, de moraal, de literaire kritiek, ja wellicht zelfs op het gebied van de welsprekendheid zal, alles bij elkaar genomen, fraaier zijn wanneer in de handen van een meetkundige.'
- 7 H. Richardson, 'The stupidity of the cost-benefit standard', in: *J Legal Studies* 2000-29(S2), p. 971-003.
- 8 Prof.dr. R. ten Bos, 'Giorgio Agamben'. Lezing in het kader van het Radboud Reflects programma Actuele Denkers, 23 september 2015.
- 9 P.E. Meehl, *Psychodiagnosis. Selected Papers*, University of Minnesota Press, Minneapolis 1973.
- 10 A. Sen, *The idea of justice*, Harvard University Press, Cambridge (MA) 2009.
- 11 Ch.E. Lindblom, 'The science of "muddling through"', in: *Publ. Adm. Rev.* 1959-19 (2) p. 79-88.