

Lasse Nielsen

Fair mulighedslighed og sundhed

Når vi skal diskutere de normative spørgsmål, der rejser sig i forbindelse med ulighed i sundhed, er Norman Daniels' teori om retfærdig sundhed central. Teoriens omdrejningspunkt er en udvidelse af Rawls' princip om fair mulighedslighed til også at omfatte sundhed, og den er uden tvivl blandt de mest anerkendte retfærdighedsteorier, der fokuserer på sundhed. Daniels' teori er dog ikke uden problemer. For det første bygger den på en uplausibel definition af sundhed. For det andet kan den ikke sammenhængende give en begrundelse for de muligheder, den anser for relevante for en retfærdig fordeling af sundhed. Og endelig for det tredje har den svært ved at give sundhed den særstatus, som den i udgangspunktet mener, at den skal have. Det er muligt for Daniels at imødekomme disse udfordringer ved at inkorporere centrale elementer fra kapabilitetsteorien, oprindeligt udviklet af Amartya Sen. I en sådan styrket version synes Daniels' teori om retfærdig sundhed et lovende bud på en standard for retfærdig fordeling af sundhed, som vi således må tage alvorligt, når vi fra politisk side adresserer spørgsmål om ulighed i sundhed.

Norman Daniels' teori om retfærdig sundhed er vel nok den mest velkendte teoretiske tilgang til at adressere normative spørgsmål om ulighed i sundhed. Daniels' teori tager udgangspunkt i den amerikanske filosof John Rawls' retfærdighedsteori. Rawls selv gjorde meget lidt ud af at adressere ulighed i sundhed. I et forsøg på at videreudvikle Rawls' teori i den henseende, tager Daniels fat i princippet om fair mulighedslighed og udvider dette til også at omfatte sundhed (Daniels, 1981; 1985; 2008; 2009; 2010). Pointen er, at sundhed er betingende for en persons "livsplaner", og da mulighed i denne forstand er det centrale element for retfærdighed, så bør en teori om retfærdighed også adressere relevante forskelle i sundhed (Daniels, 2008: 30). Selvom Daniels' teori vinder stor anerkendelse, er den dog slet ikke uden problemer.

I denne artikel vil jeg opstille og forsvare en alternativ og styrket version af Daniels' teori. Jeg vil belyse, på hvilke punkter jeg mener, Daniels' position halter, og hvordan jeg finder, at den bedst kan suppleres og styrkes, således at den kan forblive en attraktiv og plausibel teoretisk tilgang til ulighed i sundhed. Min påstand er, at den mest lovende mulighed for at forstærke Daniels' position er at lade den suppleres af centrale elementer fra kapabilitetsteorien, oprindeligt udviklet af den nobelprisvindende økonom Amartya Sen.

Daniels om retfærdig sundhed

Udgangspunktet for Norman Daniels' teori om retfærdighed i sundhed er John Rawls' princip om fair mulighedslighed, der hævder, at der i alle samfundets dele og lag skal være de samme udsigter til eller muligheder for at have givne karrierer, indtage vigtige embeder og positioner, gældende for personer der er lige motiverede og lige talentfulde (Rawls, 1971: 83-87). Rawls selv behandlede aldrig temaet om ulighed i sundhed, men var bevidst om, at der her var en mangel i hans teori. En væsentlig del af Daniels' bidrag til diskussionen om retfærdighed i sundhed er en udvidelse af princippet om fair mulighedslighed til også at indbefatte spørgsmål vedrørende ulighed i sundhed. Med andre ord giver Daniels med sin teori et bud på, hvordan en rawlsiansk teori om retfærdighed må besvare sådanne spørgsmål. I sine tidligere værker fokuserer Daniels på spørgsmål om sundhedsydelser (Daniels, 1981), hvorimod han i sit senere arbejde udbreder teorien til at omhandle sundhed i en bredere forstand (Daniels, 2008: 13). Forskellen er ikke trivial og for mange heller ikke ukontroversiel, men mit fokus her ligger andetsteds, og jeg skal derfor undlade at forholde mig til denne distinktion. Jeg betragter her Daniels' teori i sin bredeste (og mest nylige) form som en teori, der forholder sig til både sundhed og sundhedsydelser.

Daniels' udvidelse af princippet om fair mulighedslighed til at omfatte ulighed i sundhed tager vigtigheden af at dække objektive *sundhedsbehov* som sit centrale omdrejningspunkt. Daniels' teoretiske argument tager følgende form (Daniels, 2008: 30):

- (i) Princippet om fair mulighedslighed kræver beskyttelse af folks muligheder.
- (ii) Dækning af sundhedsbehov udgør en nødvendig betingelse for beskyttelse af folks muligheder.
- (iii) Princippet om fair mulighedslighed kræver dækning af sundhedsbehov.

Da argumentet synes at hvile på en bestemt opfattelse af sundhedsbehov, må Daniels tilvejebringe en plausibel teori herom. Han gør dette ved at betragte, hvordan han mener, vi bør forstå *behov* henholdsvis *sundhed* hver for sig.

Daniels' behovsteori tager udgangspunkt i Thomas Scanlons objektive behovskriterium, der hævder, at hvad en person behøver, er uafhængigt af personens subjektive præferencer og kan således være i konflikt hermed (Scanlon, 1975: 658). For at kunne opretholde en sådan objektiv opfattelse af behov er det nødvendigt med en begrundelse herfor, som selvsagt ikke kan stamme fra

subjektive præferencer. Daniels henviser til David Braybrooks såkaldte "livsforløbsbehov", med hvilket han mener behov, som vi alle kunne have på et givet tidspunkt i løbet vores liv (Daniels, 1981: 152; 2008: 34; Braybrook, 1968: 90). På den måde knytter Daniels sin opfattelse af behov til den særlige menneskelige species; en artsspecifik opfattelse af behov der tillader ham at betragte *det behøvede* adskilt fra *det ønskede*.

For at se dette kan man forestille sig, at en medborger beder en om penge til et af to formål. I det ene tilfælde til en nødvendig sundhedsrelateret udgift; Daniels bruger selv rodbehandling som eksempel (Daniels, 1981). I det andet tilfælde til at opfylde et brændende ønske om at opleve Louvre, hvor den pågældende medborger endnu aldrig har været. Ifølge Daniels afføder eksemplet den generelle intuition, at man bør foretrække at give penge til det første formål, da der her er tale om et *relevant behov*, et behov vi alle kunne have på et givet tidspunkt i vores liv, i modsætning til i det andet tilfælde hvor der blot er tale om et personligt ønske eller en præference.

Som eksemplet gør klart, er præference ikke en tilstrækkelig betingelse for, at der er tale om behov, men det er endvidere væsentligt for Daniels' opfattelse af behov, som det også fremgår af Scanlons kriterium, at præference heller ikke er en nødvendig betingelse for behov. Med andre ord kan der være tale om behov, som er i direkte konflikt med en given præference. Et eksempel kunne være et medlem af Jehovas Vidner med et kritisk behov for en blodtransfusion, men som foretrækker ikke at modtage fremmed blod. I Daniels' forstand er der således også her tale om et egentligt behov trods det pågældende individs modvilje mod at dække det. Bemærk at behovets objektive karakter her ikke nødvendigvis retfærdiggør tvang. Det er således ikke givet, at vi skal gennemtvinge en blodtransfusion, hvis en patient modsætter sig det. Snarere er der tale om, at behovets objektivitet er det, der begrunder en persons krav på at få det dækket.

De behov, vi er interesserede i, når vi adresserer spørgsmål om sundhed, har ifølge Daniels denne objektive karakter. Dvs. der er en tæt relation imellem sundhedsbehov, som Daniels teori bygger på, og disse såkaldte "livsforløbsbehov". Dette skyldes, at Daniels' opfattelse af *sundhed* bygger på en lignende artsspecifik afgrænsning, idet han adopterer, hvad der typisk omtales som den "biostatistiske teori om sundhed" (Boorse, 1997). Denne definerer "sundhed" som fravær af patologi, hvor patologi henviser til statistisk tilstrækkelig og negativ afvigelse fra *normal* funktionalitet for en given art (eller art-undergruppe) (Boorse, 1977; Daniels, 2008: 37-39). Resultatet er, at Daniels i sin betragtning af sundhedsbehov kan henvise til den faktuelle biomedicinske videnskab og ikke lade sin teori om sundhed være afhængig af normative vurderinger. Denne position bliver ofte beskrevet som "naturalisme i henhold til sundhed"

(Daniels, 2008: 38). Dette betyder åbenlyst ikke, at Daniels' retfærdighedsteori ikke er normativ (hvordan skulle den kunne være andet?). Det betyder i stedet, at han knytter sin retfærdighedsteori an til en værdineutral opfattelse af *sundhed*. Det normative element kommer ind i teorien på et andet niveau, nemlig via den moralske væsentlighed i at dække personers behov, da dette er en nødvendighed for at opnå fair mulighedslighed. Hans retfærdighedsteori om sundhed er således, som han siger, normativ i den rigtige ende (Daniels, 2008: 39).

Ved at sammenholde sin objektive opfattelse af behov med den biostatistiske teori om sundhed mener Daniels, at han kan komme frem til en egentlig liste af sundhedsbehov, som udgør, hvad vi behøver for at have et artstypisk funktionsniveau, og som fair mulighedslighed dermed kræver, at personer får dækket. Hans eget specifikke bud på listen indeholder: (1) tilstrækkelig ernæring; (2) sanitet samt sikre og ikke-forurenede livs- og arbejdsbetingelser; (3) motion, hvile samt vigtige livsstilsfaktorer; (4) forebyggende, helbredende, rehabiliterende og kompenserende medicinske services; (5) visse ikke-medicinske personlige og sociale services; (6)¹ en passende fordeling af sociale determinanter for sundhed (Daniels, 1981: 158; 1985; 2008: 42). De oplyste behov er, ifølge Daniels, hvad hver af os behøver for at opretholde et funktionsniveau, der er ækvivalent til eller rimeligvis indenfor et normalt niveau af funktionalitet for den menneskelige species. Relevansen af at opretholde et sådant niveau, hvilket vil sige at sikre disse sundhedsbehov for alle, er, at en mangel på dem udgør en væsentlig begrænsning af en persons muligheder og ville således ifølge Daniels være i strid med den relevante udvidelse af princippet om fair mulighedslighed.

Da Rawls' opfattelse af fair mulighedslighed udelukkende forholder sig til personers udsigter til at indtage arbejdsrelaterede positioner i samfundet, er et springende punkt for Daniels at udvide princippet til at omfatte muligheder i en bredere forstand, der mere direkte relaterer sig til sundhedsbehov. Det er oplagt, at udækkede sundhedsbehov også har betydning for karrieremuligheder, men vores intuitioner om sundhed synes at være bredere end det. Daniels viser dette med et eksempel omhandlende infertilitet. Pointen er, at selvom infertilitet ikke har direkte betydning for personers udsigter til bestemte værdifulde jobs, positioner eller embeder, så synes det på en vældig relevant måde at begrænse en persons mulighedsspektrum i livet. Ved at udvide Rawls' princip om fair mulighedslighed fra udelukkende at omhandle arbejdsrelaterede udsigter eller chancer til at fokusere på muligheden for at udføre værdifulde "livsplaner" (eller at leve et tilstrækkeligt vellykket liv), så kan vi, ifølge Daniels "med få negative konsekvenser til følge", få princippet til at give de rigtige svar på spørgsmål vedrørende ulighed i sundhed (Daniels, 2008: 59).

Det reviderede princip om fair mulighedslighed synes således at kræve, at enhver har samme udsigter til givne livsplaner, og en retfærdig fordeling af sundhed kræver, som følge af sundhedens kritiske betydning for personers effektive muligheder, at alle har et tilstrækkeligt niveau af funktionalitet, ved hvilket Daniels forstår at have dækket sine objektive sundhedsbehov. Bemærk at mulighedsprincippet er et princip om lighed og dermed i sig selv ikke kan kræve et givet absolut niveau af hverken muligheder eller sundhed. Med andre ord er princippet tilfredsstillet selv i en situation, hvor alle har meget dårlige udsigter til et vellykket liv. Ligesom Rawls løser Daniels dette problem ved at henvise til, at princippet om fair mulighedslighed skal suppleres af det såkaldte differensprincip, der tillader uligheder, i fald det kommer de dårligst stillede til gode, i hvad de begge kalder ”demokratisk lighed” (Rawls, 1971: 75; Daniels, 2003; 2008: 53). Da mit fokus her ikke er på Rawls’ egentlige retfærdighedsteori men på Daniels’ udvidelse af den til at omhandle sundhed, og da retfærdighedens krav om tilfredsstillelse af de objektive sundhedsbehov følger af deres betydning for, om mulighedsprincippet kan overholdes, vil jeg holde mig til dette og ikke lade mig friste af en større diskussion om demokratisk lighed i sin helhed eller differensprincippet i særdeleshed. Pointen er, at princippet om fair mulighedslighed i sin udvidede form er det, der udgør den retfærdige standard og med andre ord udfører det normative arbejde, i Daniels’ position, og at det derfor *prima facie* er uretfærdigt, hvis en hvilken som helst person på grund af sundhedsrelaterede omstændigheder er berøvet et rimeligt mulighedsspektrum for at føre et tilstrækkeligt vellykket liv.

Selvom Daniels’ position således i lighed med Rawls i udgangspunktet er en teori om lighed, så får den i kraft af de objektive sundhedsbehov mere form af at være en tilstrækkelighedsdoktrin omkring sundhed. Dette skyldes, at kun et vist niveau af funktionalitet er nødvendigt for at kunne ”konkurrere” på rimelige vilkår med andre om at forfølge givne livsplaner. Det reviderede princip om fair mulighedslighed kræver således ikke nivellering af alle sundheds- og helbredsrelaterede kapaciteter, men blot at alle har et tilstrækkeligt funktionalitetsniveau til at opretholde rimeligvis lige chancer i livet (Daniels, 2008: 58). Med andre ord, eftersom der er tale om *behov* og ikke evner eller kompetencer, så kræver princippet om fair mulighedslighed blot, at alle har dem dækket, og ikke at alle nødvendigvis nyder samme niveau. Ifølge Daniels kan dette begrundes med henvisning til Rawls’ ”uvidenhedens slør”. Pointen er, at fair mulighedslighed er i alles upartiske egeninteresse, hvorfor alle må anse sikring af de objektive sundhedsbehov for en væsentlig del af, hvad retfærdigheden kræver (Daniels, 2008: 61).

Jeg kan nu via Daniels' teori om sundhedsbehov give det nødvendige indhold til argumentet om fair mulighedslighed i sundhed og dermed opsummere Daniels' teori om retfærdig sundhed med følgende tilskrivning:

- (i) Princippet om fair mulighedslighed kræver beskyttelse af folks muligheder.
- (ii) Dækning af sundhedsbehov udgør en nødvendig betingelse for beskyttelse af folks muligheder.
- (iii) Princippet om fair mulighedslighed kræver dækning af sundhedsbehov.
- (iv) Et sundhedsbehov er:
 - a. Hvad en person behøver i *objektiv* forstand, dvs. uafhængigt af, hvad han ønsker,
 - b. for at kunne opretholde et *artstypisk* funktionalitetsniveau.

Ovenstående opsummering afslutter min gennemgang af Daniels' teori om retfærdig sundhed. I resten af artiklen skal jeg præsentere tre væsentlige problemer ved teorien, som den er nødt til at løse, hvis den på en konsistent og holdbar måde skal kunne adressere spørgsmål om ulighed i sundhed. Det første problem omhandler Daniels' brug af den biostatistiske teori om sundhed og opstår på grund af det noget kontraintuitive i at definere sundhed på baggrund af et element af statistisk hyppighed. Jeg skal dog argumentere for, at Daniels slet ikke behøver den biostatistiske sundhedsopfattelse, og at fair mulighedslighed i sundhed således rimeligt ubesværet kan imødegå dette problem. Det næste problem omhandler udvidelsen af Rawls' mulighedsbegreb fra arbejdsrelaterede udsigter til også at indbefatte sundhedsrelaterede kapaciteter med betydning for personers livsplansudsigter. Påstanden er, at Daniels ikke kan begrunde denne udvidelse i en henvisning til Rawls' mulighedsbegreb, og at vi derfor helt fundamentalt mangler en begrundelse herfor. Afsluttende påpeges som et tredje problem, at Daniels' stærke relation til Rawls' retfærdighedsteori resulterer i, at Daniels vedbliver at anse sundhedskapaciteter som udelukkende havende instrumentel værdi og derved overser, at retfærdighed i mange tilfælde er betinget af sundhedskapaciteters værdi i sig selv. I henhold til de sidste to problemer skal jeg argumentere for, at Daniels' teori kan styrkes ved at låne centrale elementer fra kapabilitetsteorien.

At redefinere sundhed

Som allerede nævnt baserer Daniels sin opfattelse af sundhed på den biostatistiske teori, dvs. sundhed forstås som fraværet af patologi, hvor patologi henviser til en statistisk tilstrækkelig og negativ afvigelse fra artstypisk funktionalitet (Boorse, 1977: 558; 1997). Denne sundhedsopfattelse er dog problematisk,

blandt andet fordi den har svært ved at indfange ”udbredte sygdomme” (Hausman, 2012). Problemet opstår, fordi den biostatistiske teori om sundhed bygger på et element af statistisk hyppighed. Jo mere hyppig en given tilstand er, des mere er vi tilbøjelige til at sige, at den er artstypisk, men i det øjeblik en tilstand er tilstrækkelig hyppigt forekommende til at falde under det artstypiske, vil den per definition ophøre med at være en patologi og kan som sådan ikke anses for at være et udtryk for en mangel på sundhed ifølge teorien. Et aktuelt eksempel er udbredelsen af diabetes i lande som Kina, Indien og Brasilien. Disse lande oplever en voldsom vækst i antal personer med diabetes, og meget lidt tyder på, at andelen af diabetessyge vil falde i de kommende år. Men selvom vi sagtens kan forestille os fremtidige subpopulationer, hvori andelen af personer med diabetes overstiger 50 pct., er det absurd at forestille sig, at en sådan stigning i forekomsten af diabetes skulle være et udtryk for, at befolkningen her bliver ”sunder”. Ikke desto mindre synes den biostatistiske teori om sundhed at implicere, at en tilstrækkelig hyppig forekomst af diabetes vil betyde, at personer, der har sygdommen, ikke længere er ”syge” i den patologiske forstand, fordi det så vil være atypisk *ikke* at have diabetes. Måske overvægt kan udgøre et tilsvarende eksempel i velstående vestlige samfund.

Et parallelt problem er, at der også findes tilstande, som statistisk set er afvigelser fra normen, dvs. ”patologier” ifølge den biostatistiske teori, men som ikke spiller nogen nævneværdig rolle for personers funktionalitet i en helhed. For eksempel er der relative forskelle på, hvor meget blod forskellige personers hjerte pumper ud, men fordi de fleste hjerter pumper rigeligt blod ud til at få kroppens andre organer til at virke tilstrækkeligt godt, så vil en ubetydelig men statistisk signifikant afvigelse fra det artstypiske ikke være en patologi i en relevant forstand, selvom det er det ifølge den biostatistiske teori (Hausman, 2012). Konklusionen er, at den biostatistiske teori om sundhed ikke synes tilstrækkeligt overbevisende i sin definition af sundhed, og vi har derfor efter min mening gode grunde til at forkaste den.

Ovenstående indvendinger har givet anledning til en udbredt skepsis i henhold til den biostatistiske teori om sundhed. Dette har fået visse teoretikere til at forkaste hele den naturalistiske grundopfattelse af sundhed til fordel for en normativ definition, der hævder, at begrebet i stedet må knyttes til en bestemt opfattelse af det gode, det værdige eller det meningsfulde liv (Nordenfelt, 1987: 79, 2007: 7; Venkatapuram, 2011: 60-61). Min konklusion her er dog mere beskeden; nemlig at Daniels blot behøver at forlade den artstypiske definition af sundhed og ikke som sådan den naturalistiske grundopfattelse af sundhed for at imødekomme de problemer, jeg har påpeget. Pointen er, at det statistiske normalitetselement, der giver anledning til problemerne, blot er ét element og

ikke et egentligt nødvendigt element af en naturalistisk opfattelse af sundhed. I en nylig artikel foreslår Daniel Hausman, at man i stedet for statistisk normalitet bør bestemme sundhed på baggrund af ”funktionel effektivitet”, dvs. hvorvidt en organisme eller delorganisme er i stand til at udføre de opgaver, den er designet til (Hausman, 2012). Funktionel effektivitet vil i de fleste tilfælde stemme overens med den artstypiske funktionalitet men uden at hvile på det problematiske element af hyppighed, som var årsag til problemerne for Daniels.

Daniels’ retfærdighedsteori er i en vis forstand uafhængig af hans definition af sundhed. Det er den, fordi den retfærdige standard udgøres af princippet om fair mulighedslighed, og fordi dette princip er gældende, uanset hvordan sundhed bestemmes. Det betyder også, at der ikke umiddelbart er de store omkostninger for Daniels ved at udskifte den biostatistiske teori om sundhed med Hausmans alternative naturalistiske sundhedsopfattelse. Hausmans forslag ligner således en oplagt løsning for Daniels’ teori, idet den kan forblive indenfor den naturalistiske ramme og dermed afvise normative definitioner uden at have problemer med at tackle fx ”udbredte sygdomme”. Men tilbage står for Daniels at imødekomme to resterende problemer, som mere direkte knytter sig til hans mulighedsbegreb. Disse problemer præsenteres i de to følgende afsnit. I det efterfølgende afsnit skal jeg argumentere for, at det er muligt for Daniels at gøre det ved at låne fra Amartya Sens kapabilitetsbegreb.

At kunne begrunde de objektive sundhedsbehov

Det andet problem, jeg skal rejse for Daniels’ teori, er, at han i sin udvidelse af Rawls’ mulighedsprincip introducerer en distinktion imellem sundhedsbehov på den ene side og manglende naturligt talent på den anden, som det ikke lykkes ham i tilstrækkelig grad at give en teoretisk begrundelse for.

Problemet opstår, fordi Daniels er nødt til at udvide opfattelsen af ”muligheder” fra arbejdsrelaterede udsigter til mulighed i bredere forstand, mere konkret livsplaner eller muligheder for et vellykket liv, for at få teorien til at omfatte ulighed i sundhed på en plausibel måde. Som vi har set, er ulighed i sundhed ikke nødvendigvis et relevant problem for Rawls’ retfærdighedsteori i sin oprindelige form. Ikke desto mindre mener Daniels, at princippet om fair mulighedslighed bør kunne adressere ulighed i sundhed, og som vi så i hans diskussion af infertilitet, mener han endvidere, at princippet kan udvides i den henseende uden de store negative konsekvenser. Problemet er, at udvidelsen af princippet om fair mulighedslighed gør det uklart, hvilke ”muligheder” princippet forholder sig til. Vi kan forstå på Daniels, at det i hvert fald ikke blot er arbejdsrelaterede udsigter, der er tale om, men at det er vigtigt, at visse sund-

hedsrelaterede mulighedsbegrænsninger (såsom infertilitet) også skal anses for uretfærdige ifølge princippet. På den anden side er Daniels ikke klar til at opgive skellet mellem relevante sundhedsrelaterede mulighedsbegrænsninger og naturligt talent (Daniels, 2008: 58). Men hvis princippet om fair mulighedslighed skal udvides til at omhandle udsigt eller adgang til et vellykket liv snarere end blot karrieremæssige chancer, er ”infertilitet” så i virkeligheden ikke bare et udtryk for manglende naturligt talent? Daniels har brug for en begrundelse for, at de objektive sundhedsbehov giver anledning til retfærdighedskrav, mens andre mangler i naturlige kapaciteter ikke gør, men det er uklart, at han leverer en sådan. Hvis Daniels skal tilvejebringe en plausibel begrundelse for vigtigheden af de objektive sundhedsbehov, har han brug for et teoretisk argument, der indfanger forskellen på relevante sundhedsbehov og andre naturlige talenter. Der er simpelthen behov for en mere udførlig begrundelse for, hvordan sundhedsbehovene adskiller sig fra underskud i andre naturlige kapaciteter.

En umiddelbar mulighed er, at Daniels som begrundelse kunne henvise til vigtigheden af sundhed forstået som artstypisk funktionalitet. Som vi allerede har set, har vi stærke grunde til at være skeptiske overfor denne definition af sundhed, men det betyder jo ikke nødvendigvis, at vi også skal afvise den som begrundelse for vigtigheden af visse sundhedsrelaterede behov. Man kunne måske hævde, at et centralt træk ved et vellykket liv er, at det også er rimeligt normalt eller artstypisk. Men heller ikke denne begrundelse er særlig tilfredsstillende. Betragter vi igen scenarier med udbredte sygdomme og ubetydelige patologier, så synes vores forestilling om det vellykkede liv og ligeledes vores intuition om retfærdighed at være på den ene side mere og på den anden side mindre krævende end den blotte forestilling om det ”normale”.

Måske den artstypiske begrundelse fungerer bedre, når vi tænker på arbejdsrelaterede muligheder. ”Ordblindhed”, skriver Daniels i et eksempel, ”er muligvis mindre vigtigt at behandle i ikke-læsekyndige samfund end i meget læsekyndige samfund” (Daniels, 2008: 45). Intuitionen bag eksemplet her er, at fordi manglende læsekundskaber i nogle samfund er normen snarere end undtagelsen, så vil ordblindhed ikke have nær så betydelig negativ indflydelse på en persons konkurrenceevne i forhold til karrieremuligheder (og derigennem personens livsplaner) i sådanne samfund. Men denne mekanisme er sværere at genfinde, når det kommer til tilstande såsom diabetes eller fedme, som mere direkte influerer en persons livskvalitet (ikke bare via dens betydning for jobmuligheder). Pointen er, at retfærdighed synes mere krævende end blot at være tilfredsstillet ved, at alle besidder et bestemt (derfor artstypisk) men meget ringe funktionsniveau.

Konklusionen bliver, at udvidelsen af Rawls' princip om fair mulighedslighed til at omfatte ulighed i sundhed efterlader Daniels' retfærdighedsteori uden en egentlig begrundelse for, hvorfor de objektive sundhedsbehov kræves dækket. Idet Daniels ønsker at overskride den rawlsianske teoriramme og dennes relativt snævre opfattelse af "mulighed", så skylder han at forklare og at begrunde, hvilken mulighedsopfattelse der skal stå i stedet. Som jeg skal komme tilbage til om lidt, synes Sens kapabilitetsbegreb at være en holdbar kandidat. Men først vil jeg kort introducere en tredje udfordring, som Daniels' teori står overfor.

Har sundhed kun værdi igennem andre værdier?

Et centralt element i Daniels' teori er påstanden om, at sundhed har en særegen tungtvejende relevans for retfærdighed (Daniels, 1981; 2008: 29). Påstanden begrundes, som vi har set, med effekten af at have tilfredsstillende sundhedsbehov for en persons muligheder i livet (dvs. for personens livsplaner). "Tilfredsstillelse af sundhedsbehov", hævder Daniels, "gør det muligt for folk at vælge imellem forskellige livsplaner" (2008: 77). Men dette ræsonnement tildeler sundhed en blot instrumentel eller indirekte værdi, hvilket mange vil finde en for beskednen forestilling om sundhedens betydning for personers retfærdighedskrav. Hvis sundhed virkelig skal tildeles en særstatus, hvorfor skulle retfærdigheden så kun bekymre sig om dens betydning for adgangen til andre goder og ikke om sundhedens værdi i sig selv? I mine øjne er det en nedskrivning af sundhedens status, som modstrider selve det udgangspunkt for Daniels' teori, at sundhed netop *har* særstatus.

Der er en lang række sygdomme, som man må forestille sig har en meget beskednen eller slet ingen negativ effekt på folks livsplaner. Det vil gælde for mange tilfælde af allergi, gigt, dermatologiske lidelser og så videre. Alligevel synes det uplausibelt, at retfærdigheden ikke skulle bekymre sig om sådanne uligheder. De fleste vil vel mene, at personer har et retfærdigt krav på behandling af fx allergi, selv i tilfælde hvor denne lidelse ikke udgør en mulighedsbegrænsning på personens livsplaner. Bemærk at mange fortalere for velfærdslighed² vil begrunde dette med, at man kan bruge friheden fra allergien til at opnå bedre velvære, og således mene, at sundhedens værdi stammer fra dens betydning for subjektiv velfærd. Men her bør man huske, at Daniels selv tager afstand fra velfærd som møntfod for retfærdighed ved at basere sin teori på en objektiv opfattelse af behov. Med andre ord, selvom det for *nogle* er muligt at tildele sundhed en særlig status grundet dens betydning for velfærd, synes dette ikke muligt for Daniels.

Men måske fortalere for velfærdslighed så faktisk har en væsentlig pointe her. For er det ikke rigtigt, at sundhedens centrale betydning for det menneskelige liv netop stammer fra dens betydning for subjektiv velfærd? Min påstand er, at selvom sundhed har betydning for subjektiv velfærd, og selvom subjektiv velfærd er et element af livet, som retfærdigheden bør værne om, så har sundhed også værdi uafhængigt af den velfærd, den tilvejebringer. Betragt følgende eksempel. Abel har nedsat sædkvalitet i en grad, der gør ham komplet infertil. Det forholder sig nu sådan, at Abel ikke begræder sin lidelse, da han foretrækker et liv uden familiestiftelse. Ifølge velfærdslighed er Abel således ikke relevant dårligere stillet end andre, og han har således intet krav på behandling. Daniels afviser dette med henvisning til det objektive behovskriterium, hvilket jeg mener, at vi har gode grunde til at acceptere. Pointen er, at selvom Abel aldrig havde tænkt sig at benytte de muligheder, som han havde haft, hvis han ikke havde haft nedsat sædkvalitet, så er de muligheder alligevel relevante fra et retfærdighedsperspektiv. Dette skyldes, at der her er tale om behov i en objektiv forstand, selv hvis dette ikke kommer til udtryk via Abels egne præferencer. Med andre ord, Abel *er* dårligere stillet end andre i en for retfærdigheden relevant forstand; nemlig når det kommer til de muligheder, han har, også selvom han ikke har tænkt sig at gøre brug af dem. Det mest retfærdige synes at være, at Abel *også* havde muligheden for at få børn men frivilligt valgte ikke at få nogen (Nielsen, 2012). Og selvom hans manglende ønske om behandling selvsagt har betydning for, hvordan vi i praksis skal respondere på hans handicap, så gør det det ingenlunde irrelevant i et retfærdighedsperspektiv, at Abels muligheder i en objektiv forstand er dårligere end andres.

I mine øjne har vi således gode grunde til at acceptere det objektive behovskriterium, som Daniels tilskriver sin teori. Alligevel synes det rimeligt at kræve af Daniels, at for så vidt hans teori skal kunne give særlig status til sundhed, så burde den kunne indfange, at de objektive sundhedsbehov har værdi i sig selv, ikke blot som ressource til at opnå andre goder, og at retfærdigheden også bekymrer sig om denne intrinsiske værdi. En mulig bekymring her er, at Daniels er for ivrig i sit forsøg på at få sundhedsbehovene til at passe ind i helheden omkring Rawls' fokus på "primære sociale goder" (Rawls, 1971: 90-95; 1982; Daniels, 2008: 57) og netop derfor giver sundhed (i parallel til sundhedsydelse) denne karakter af at være en ressource i forstanden at være et *middel* til at opnå noget andet. Men som jeg har forsøgt at argumentere for i afsnittet her, synes der at være mere moralværdi i sundhed end dens blotte effekt på muligheden for at opnå andre værdier eller goder.

En styrket teori: Fair mulighedslighed og kapabilitet

Daniels lægger i sit arbejde ikke skjul på inspirationen fra Rawls. En mindre åbenlys inspiration kommer imidlertid fra Amartya Sens såkaldte kapabilitets-tilgang. Tilgangens centrale omdrejningspunkt er, at retfærdighed omhandler personers kapabiliteter til at opnå værdifulde funktioner og ikke personers besiddelse af ressourcer (eller primærgoder) eller tilfredsstillelse af personers subjektive præferencer (Sen 1979; 1985; 1987: 7; 1990; 1992: 40-42; 1993; 2009: 253-254). Med kapabiliteter forstås ofte effektiv frihed eller faktisk adgang (i modsætning til blot formel eller negativ frihed) til givne funktioner, der afspejler én udformning (blandt flere mulige) af det menneskelige potentiale.

Vi kan forstå kapabiliteter som den effektive frihed til at opnå menneskelige funktioner på følgende måde: Hvis en bestemt udformning af det menneskelige potentiale forstås som et punkt i rummet af mulige udformninger, hvilket vil sige et givet sæt af menneskelige funktioner, så forstås kapabilitet som endnu et sæt af sådanne punkter. Kapabilitet er således et sæt af vektorer af udformninger af det menneskelige potentiale, der afspejler individers frihed til at vælge mellem forskellige livsformer (Sen, 1992: 40; 1993: 38). På den måde forholder Sens kapabiliteter sig til livsplaner på en måde tilsvarende Daniels' intuition om, hvordan princippet om fair mulighedslighed bør udvides.

Betragt som eksempel to personer, Randall og Donald, som er lige i alle relevante henseender på nær følgende: Randall er i modsætning til Donald fanatisk religiøs.³ Hvert år bruger Randall hele februar på at faste af religiøse grunde, hvorimod Donald nyder godt af sund og nærende mad. Ifølge kapabilitetsteorien er det centrale her, at forskellen på de to personers funktioner i det pågældende tilfælde, dvs. forskellen i deres fødeindtag og egentlige næringsoptag, ikke afspejler en forskel i deres kapabiliteter, idet de har en lige grad af frihed i henhold til de fornødne goder (føde) og en lige god evne til at omsætte disse goder til egentlig funktion (næring). At faste er således forskelligt fra at sulte netop på grund af tilstedeværelsen af friheden til *ikke* at sulte (Sen, 1992: 52). En forskel i to personers sæt af funktioner kan således være, men er ikke nødvendigvis, et udtryk for en forskel i deres kapabiliteter.

I sine senere værker har Daniels eksplicit bemærket ligheden og den gensidige mulighed for samspil imellem Sens kapabilitets-tilgang og sin egen teori om sundhedsretfærdighed. Den lidt poppede konklusion, han drager deraf, er, at Sen og han ”går den samme gang, men synger hver sin sang”,⁴ hentydende til at forskellene på de to blot er terminologiske snarere end substantielle (Daniels, 2010; 2008: 78). Jeg skal ikke forsøge at gøre mig til dommer over, hvor dybt forskellene på Daniels og Sen reelt stikker. Mit formål her er blot at påpege, at kapabilitetsbegrebet synes at udgøre et lovende alternativ til det rawlsianske

mulighedsbegreb, som Daniels er nødsaget til at forkaste for at gøre princippet om fair mulighedslighed relevant for ulighed i sundhed. Som jeg ser det, er der to grunde hertil, der forholder sig respektivt til de to sidste af ovenstående udfordringer for Daniels' position.

Den første grund er, at kapabilitetsbegrebet i modsætning til Daniels' resourcebaserede mulighedsbegreb er i stand til at anerkende, at muligheden for at leve et liv med et tilstrækkelig godt helbred og en rimelig grad af sundhed ikke blot har værdi ved at give adgang til andre værdier, men også er en frihed, som vi har grund til at værdsætte i sig selv. Den specifikke anvendelse af kapabilitetstilgangen indenfor sundhedsområdet er en relativt ny tendens i litteraturen, men mange finder koblingen her oplagt, netop fordi opfattelsen af sundhed indenfor rammen af kapabilitetsbegrebet stemmer overens med vores intuition om sundhedens værdi i sig selv på den ene side (sundhed som en værdifuld funktion), og dens centrale betydning for friheden til andre funktioner på den anden side (sundhed som kapabilitet) (Ruger, 2010: 81; Venkatapuram, 2011: 148). Pointen er, at selvom den rawlsianske ramme og mulighedsopfattelse gør Daniels i stand til at anerkende vigtigheden af sundhedsbehovene på grund af deres betydning for adgangen til andre goder, så er det, som vi tidligere har set, ikke i stand til at indfange værdien af sundhed i sig selv. Kapabilitetsbegrebet gør netop dette, og Daniels synes at være forpligtet på noget lignende.

Den anden grund er, at der i kapabilitetsbegrebet allerede ligger et moralsk vurderende element af, hvilke muligheder der har relevans for retfærdighed. Det skyldes, at kapabiliteter forstået som effektive friheder til at opnå *værdifulde* funktioner lægger sig til en given normativ opfattelse af, hvilke funktioner der har værdi for det menneskelige liv. Dette muliggør en skelnen mellem relevante og irrelevante sundhedsrelaterede funktioner, som ikke nødvendigvis hviler på en arbitrær distinktion mellem væsentlige kapaciteter og naturlige talenter. Ræsonnementet er, at der findes visse funktioner, som indtager en så central position i det menneskelige liv, at en mangel på frihed eller adgang til disse altid allerede er et tragisk underskud. Dette betyder ikke nødvendigvis, at vi bør tvinge folk til at have disse funktioner. Bemærk at kapabilitetsbegrebet helt grundlæggende er et frihedsbegreb, dvs. der er ikke nødvendigvis et problem med paternalisme her.⁵ Det centrale er, at alle har sikret deres *frihed* til at opnå sådanne værdifulde funktioner (Sen, 1992: 59; 1993: 36). Det betyder heller ikke nødvendigvis, at det ikke spiller nogen rolle for retfærdigheden, om den enkelte person faktisk sætter pris på den givne frihed. Som Serena Olsaretti meget indsigtfuldt har påpeget, så udgør en persons "værdsættelse"

af en given funktion en nødvendig men ikke tilstrækkelig betingelse for Sens kapabiliteter (Olsaretti, 2005).

Det normative element i kapabilitetsbegrebet giver således en begrundelse for det objektive behovskriterium, som vi har set, at Daniels baserer sin teori på. Pointen er, at visse kapabiliteter udgør helt centrale og derfor relevante friheder. Dette synes at kunne begrunde, hvorfor visse sundhedsrelaterede funktioner (såsom fertilitet i Daniels' eksempel) kan ses som objektive sundhedsbehov og derfor giver anledning til retfærdighedskrav, uden at disse behøver at blive adskilt fra andre såkaldte "naturlige talenter" eller begrundes i artstypisk funktionalitet. Da Daniels her ikke kan basere sit argument på den rawlsianske opfattelse af muligheder, så må der et andet begrundelsesfundament til, og kapabilitetsbegrebet indeholder den normative objektivitet, som teorien har brug for.

Kritikere af kapabilitetstilgangen har påpeget, at kapabilitetsbegrebet i en vis forstand er tomt, hvis ikke det relateres til en bestemt objektiv opfattelse af, hvad der udgør de såkaldte "værdifulde" funktioner samt giver en fundamental begrundelse herfor (Alkire, 2002: 12; Arneson, 1989: 91; 2010: 109; Cohen, 1994: 118-119). Særligt henvendt til Daniels kunne vi spørge, hvorfor er det netop dine sundhedsbehov (eller kapabiliteter), der er relevante? Indenfor rammen af kapabilitetstilgangen findes der to overordnede strategier til at begrunde en given bestemmelse af værdifulde funktioner, der respektivt afspejler Scanlons oprindelige forestilling om, hvordan det objektive behovskriterium kan begrundes enten "naturalistisk" eller "konventionelt" (Scanlon, 1975: 668). Den såkaldte naturalistiske strategi findes mest grundigt udformet i Martha Nussbaums arbejde med kapabilitetsteorien, hvori en objektiv liste af ti centrale kapabiliteter begrundes med, at et liv uden en hvilken som helst af de pågældende kapabiliteter ikke rimeligvis kan være udtryk for et tilstrækkeligt *menneskeligt* liv (Nussbaum, 2000: 78-80; 2006: 76-78; 2011: 33-34). Nussbaums naturalisme synes konsistent med Daniels' opfattelse af de objektive behøvs artsspecifikke relationer, men uden at indeholde det problematiske element af statistisk hyppighed.⁶ Alternative forsøg på at begrunde relevansen af bestemte kapabiliteter følger en ikke-naturalistisk strategi ved at påpege, at man kan bestemme disse (eller i det mindste nå til en rimelig og tilstrækkelig grad af enighed) på baggrund af en offentlig og demokratisk proces eller ræson (Sen, 1992: 46-49; 2009: 106-113; Wolff og de-Shalit, 2006: 99-106; Ruger, 2010: 74-76). Hvor den naturalistiske strategi tilbageviser kritikken af kapabilitetsbegrebets tomhed, så hævder den konventionelle således snarere, at det ikke er et egentligt problem, at begrebet i udgangspunktet er tomt. Snarere giver det muligheden for at bestemme det demokratisk. Denne strategi synes

rimeligvis at overlape Rawls' ideal om "demokratisk lighed" og hans såkaldte offentlighedskriterium, som Daniels er sympatisk overfor, og på baggrund af hvilke han udleder sit andenordensprincip for prioritering af sundhedsbehov. Det synes således ikke oplagt, hvilken af strategierne Daniels skal vælge.⁷ Ultimativt må Daniels naturligvis bestemme sig for, hvilken han vil følge, men for så vidt at begge strategier er gyldige, er det ikke afgørende for, om hans teori om sundhedsretfærdighed er holdbar, hvilken en af dem han vælger. Jeg skal lade dette stå åbent. Min pointe er, at kapabilitetsbegrebet synes bedre egnet end det mulighedsbegreb, som Daniels oprindeligt lånte fra Rawls, til at retfærdiggøre den moralske relevans af de objektive sundhedsbehov.

Konklusion

I en styrket version hævder princippet om fair mulighedslighed anvendt på spørgsmålet om ulighed i sundhed, at der findes visse objektive sundhedsbehov, som enhver i kraft af sin status som værende menneskelig *person* har krav på at have dækket; at disse må anses for at være kapabiliteter, hvilket vil sige, at kravet på at have dem dækket ligeledes indbefatter friheden til at fravælge dem; samt at disse har værdi ikke bare i kraft af deres betydning for udsigten til at opnå andre værdier, men også fordi disse er vigtige i sig selv. Forstærket på denne måde synes Daniels' teori om retfærdig sundhed at udgøre et lovende bud på en standard for retfærdig fordeling på sundhedsområdet, som må tages alvorligt, når vi i det politiske liv skal adressere spørgsmål om ulighed i sundhed.⁸

Noter

1. (6) findes kun i Daniels' nylige udvidede værk (2008: 42).
2. Se fx princippet om "velfærdslighed under ansvar" i Martin Marchman Andersens bidrag til dette nummer.
3. Eksemplet er taget fra Nielsen (2012).
4. "... walk the same, or a very similar walk, but with different talk" (Daniels, 2010: 135).
5. Jf. temaet i Søren Flinch Midtgaards bidrag til dette nummer.
6. Bemærk dog, at de to "naturalismer" bevæger sig på forskellige teoretiske niveauer. Hvor "naturalisme i henhold til sundhed" udelukkende bevæger sig på et defintorisk plan og således fordrer en værdineutral definition af begrebet "sundhed", så er Nussbaums "naturalisme" mere fundamental og lægger sig til begrundelsen for den objektive værdi af bestemte funktioner.
7. Andetsteds har jeg forsøgt at forsvare Nussbaums naturalistiske strategi (Nielsen, 2012).

8. Jeg takker Søren Flinch Midtgaard, Kasper Lippert-Rasmussen, Rasmus Sommer Hansen, Per Mouritsen, David Vestergaard Axelsen, Kristian Jensen, Andreas Albertsen, Jens Damgaard Thaysen, Tore Vincents Olsen, Morten Brænder, Martin Marchman Andersen og Thomas Søbirk Petersen for nyttige kommentarer.

Litteratur

- Alkire, Sabina (2002). *Valuing Freedoms: Sen's Capability Approach and Poverty Reduction*. Oxford: Oxford University Press.
- Arneson, Richard (1989). Equality and equal opportunity for welfare. *Philosophical Studies* 56 (1): 77-93.
- Arneson, Richard (2010). Two cheers for capabilities, pp. 101-127 i Harry Brighouse og Ingrid Robeyns (red.), *Measuring Justice: Primary Goods and Capabilities*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Boorse, Christopher (1977). Health as a theoretical concept. *Philosophy of Science* 44 (4): 542-573.
- Boorse, Christopher (1997). A rebuttal on health, pp. 1-134 i James M. Humber og Robert F. Almeder (red.), *What is Disease?* Totowa: Humana Press.
- Braybrooke, David (1968). Let needs diminish that preferences may prosper, i *Studies in Moral Philosophy*, American Philosophical Quarterly Monograph Series, No. 1. Oxford: Blackwell.
- Cohen, G. A. (1994). Amartya Sen's unequal world. *New Left Review* 203: 117-129.
- Daniels, Norman (1981). Health-care needs and distributive justice. *Philosophy and Public Affairs* 10: 146-179.
- Daniels, Norman (1985). *Just Health Care*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Daniels, Norman (2003). Democratic equality: Rawls's complex egalitarianism, pp. 241-276 i Samuel R. Freedman (red.), *Companion to Rawls*. Oxford: Blackwell.
- Daniels, Norman (2008). *Just Health*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Daniels, Norman (2009). Just health: replies and further thoughts. *Journal of Medical Ethics* 35: 36-41.
- Daniels, Norman (2010). Capabilities, opportunity, and health, pp. 131-149 i Harry Brighouse og Ingrid Robeyns (red.), *Measuring Justice: Primary Goods and Capabilities*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hausman, Daniel (2012). Naturalism, and functional efficiency. *Philosophy of Science* 79 (4): 519-541.
- Nielsen, Lasse (2012). Pluralism and objectivism: cornerstones for interpersonal comparisons. *Sats – Northern European Journal of Philosophy* 13 (2): 190-206.
- Nordenfelt, Lennart (1987). *On the Nature of Health: An Action-Theoretic Approach*. Dordrecht: D. Reidel Publishing Company.

- Nordenfelt, Lennart (2007). The concepts of health and illness revisited. *Medicine, Health Care, and Philosophy* 10: 5-10.
- Nussbaum, Martha C. (2000). *Women and Human Development*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Nussbaum, Martha C. (2006). *Frontiers of Justice*. Cambridge: The Belknap Press of Harvard University Press.
- Nussbaum, Martha C. (2011). *Creating Capabilities*. Cambridge: The Belknap Press of Harvard University Press.
- Olsaretti, Serena (2005). Endorsement and freedom in Amartya Sen's capability approach. *Economics and Philosophy* 21: 89-108.
- Rawls, John (1971). *A Theory of Justice*. Cambridge: The Belknap Press of Harvard University Press.
- Rawls, John (1982). Social unity and primary goods, i Samuel R. Freedman (red.), *John Rawls Collected Papers* 1999. Cambridge: Harvard University Press.
- Ruger, Jennifer P. (2010). *Health and Social Justice*. Oxford: Oxford University Press.
- Scanlon, T. M. (1975). Preference and urgency. *The Journal of Philosophy* 72 (19): 655-669.
- Sen, Amartya (1979). Equality of what? *The Tanner Lectures on Human Values*. Stanford University.
- Sen, Amartya (1985). Well-being, agency and freedom: The Dewey Lectures 1984. *The Journal of Philosophy* 82 (4): 169-221.
- Sen, Amartya (1987). *Commodities and Capabilities*. New Delhi: Oxford University Press.
- Sen, Amartya (1990). Justice: means versus freedom. *Philosophy and Public Affairs* 19 (2): 111-121.
- Sen, Amartya (1992). *Inequality Reexamined*. Oxford: Oxford University Press.
- Sen, Amartya (1993). Capability and well-being, pp. 30-53 i Martha C. Nussbaum og Amartya Sen (red.), *The Quality of Life*. Oxford: Oxford University Press.
- Sen, Amartya (2009). *The Idea of Justice*. Cambridge: The Belknap Press of Harvard University Press.
- Venkatapuram, Sridhar (2011). *Health Justice: An Argument from the Capabilities Approach*. Cambridge: Polity.
- Wolff, Jonathan og Avner de-Shalit (2006). *Disadvantage*. Oxford: Oxford University Press.