

# Verval van een vitale norm

Margo Trappenburg

Tijdens de vorige economische crisis, in de jaren tachtig, debatteerden we in Nederland over keuzen in de zorg. We deden dat aan de hand van een fictieve, maar intrigerende casus, die ongeveer als volgt ging.

Op een ziekenzaal liggen vijf patiënten. Ze zijn allemaal even ziek en ze zouden allemaal baat kunnen hebben bij hetzelfde medicijn. Afgezien daarvan zijn ze heel verschillend. De eerste patiënt is een wereldberoemde violist (om een of andere reden hadden medisch-ethici iets met violisten; als u een hekel heeft aan vioolmuziek mag u de violist vervangen door een wereldberoemde voetballer of, zeg, de president van De Nederlandse Bank; het gaat erom dat het iemand is die van groot belang is voor de maatschappij als geheel). De tweede patiënt is een zestigplusser. De derde is een moeder van drie kleine kinderen. De vierde is een puber. De vijfde is een verstokte roker.

Aan de hand van deze casus bespraken we of dokters in de zorg mochten selecteren op basis van leeftijd (zestigplusser niet, puber wel?), op basis van *lifestyle* (rokers, drinkers en dikkerds uitsluiten van bepaalde behandelingen?), op basis van maatschappelijk belang (violist) dan wel op basis van persoonlijk belang voor afhankelijke gezinsleden (jonge moeder).

Adviesorganen, commissies, publicisten en deskundigen (vooral filosofen) schreven reeksen rapporten en artikelen over keuzen in de zorg en uiteindelijk sprak toenmalig staatssecretaris Dees (VVD bewindsman op volksgezondheid in het tweede kabinet-Lubbers) het verlossende woord. In Nederland zouden wij niet gaan kiezen en selecteren op één van de besproken criteria. Als twee patiënten ziek zijn, kijkt de dokter wie er het ergst aan toe is en die persoon komt eerst. Als twee personen precies even ziek zijn is de plaats op de wachtlijst doorslaggevend. In de zorg tellen alleen medische criteria.<sup>1</sup>

Medische zorg naar medische behoefte. Het is een norm die in opinieonderzoek lange tijd breed werd onderschreven door Nederlandse burgers. In 2002 peilde het Sociaal en Cultureel Planbureau onze mening over de publieke voorzieningen. 75 procent van de Nederlanders vond dat de gezondheidszorg toegankelijk zou moeten zijn ongeacht inkomen.<sup>2</sup> In het *Sociaal en Cultureel Rapport 2004* was eenzelfde patroon te zien. 91 procent van de toenmalige respondenten van het SCP zou het onwenselijk vinden als mensen die meer kunnen betalen ook betere zorg zouden krijgen.<sup>3</sup> In de gedragsregels van de KNMG, laatstelijk gewijzigd in 2002, heeft de norm van medische behandeling naar medische behoefte nog steeds een prominente plaats: “De arts zal patiënten in gelijke gevallen gelijk behandelen. Discriminatie wegens godsdienst, levensovertuiging, ras, geslacht *of op welke grond dan ook*, is niet toegestaan.”<sup>4</sup>

Het was een norm waarvan we, in tijden van budgettering, ook de beperkingen hebben leren kennen. Chirurg Maurits de Brauw schreef in 2001 een berucht pamflet, getiteld *De wachtlijst en andere gezondheidszorgen*, waarin hij uitlegde dat zijn patiënten, die niet levensbedreigend ziek waren (maar wel pijn hadden en veel last hadden van hun kwaal), bijna nooit meer in aanmerking kwamen voor een operatie, omdat er altijd ernstiger zieke medepatiënten waren, die voorgingen bij de verdeling van ruimte en tijd in de operatiekamer, omdat hun leven gered moest worden. Medische zorg naar medische behoefte kan nare consequenties hebben als er al te strak gebudgetteerd wordt in de zorg. Die consequenties zijn

echter het gevolg van de budgettering, niet van de norm. De meeste van ons zullen na het verhaal van De Brauw niet voorstellen om patiënten in acuut levensgevaar dan maar te laten sterven, omdat de patiënten van De Brauw immers ook eens aan de beurt moeten komen.

De marktwerking in de zorg, ingevoerd in het begin van de 21<sup>ste</sup> eeuw, culminerend in het zorgstelsel van 2006, zal onze breed gedeelde norm geleidelijk kapot gaan maken. Weliswaar waarborgt het nieuwe stelsel de toegankelijkheid van de zorg voor zieken en gezonden, voor rijken en armen – we krijgen hier geen Amerikaanse toestanden, met burgers die zich niet kunnen verzekeren omdat zij ziek zijn of omdat een zorgverzekering onbereikbaar duur is - maar het stelsel ontwricht de verdergaande norm van medische behandeling naar medische behoefte.

Het nieuwe stelsel heeft vier verschillende herverdelingseffecten die op gespannen voet staan met de norm van medische behandeling naar medische behoefte.

### *1. Voorkruipzorg.*

Private, op winst georiënteerde zorgverzekeraars willen het liefst zoveel mogelijk gezonde verzekerden, zodat zij zo min mogelijk behandelingen hoeven te betalen. Het is in Nederland echter verboden om gericht te concurreren om de gunst van deze doelgroep. Verzekeraars mogen geen polissen aanbieden aan jonge, gezonde volwassenen, tenzij ze diezelfde polissen tegen dezelfde prijs en onder dezelfde voorwaarden ook willen verkopen aan chronisch zieke bejaarden. Verzekeraars proberen dit soms langs een omweg toch wel een beetje (dan bieden ze karige, goedkope polissen die eigenlijk alleen aantrekkelijk zijn voor jonge, gezonde klanten),<sup>5</sup> maar meestal schikken zij zich naar de bedoelingen van de wetgever en proberen zij voor hun klanten kwalitatief goede zorg te regelen.

Dit doet een verzekeraar bijvoorbeeld door afspraken te maken met ziekenhuizen: Als onze verzekerden borstkanker hebben, dan willen wij dat u ze binnen een week behandelt: diagnose, voorgesprek, operatie, nazorg, de hele boel. Dergelijke constructies hebben tot doel de verzekeraar aantrekkelijk te maken voor (toekomstige) klanten. Die klanten zijn niet alleen individuen, maar ook werkgevers die hun werknemers collectief verzekeren. Zeker sinds werkgevers het financiële risico dragen van ziekte van hun werknemers, ook als die ziekte niet door het werk veroorzaakt is, zijn werkgevers op zoek naar mogelijkheden om deze risico's te beperken. Werkgevers mogen hun werknemers niet op medische gronden selecteren (dat is verboden in de Wet Medische keuringen), maar zij kunnen wel proberen de kosten van ziektes en kwalen zo beperkt mogelijk te houden. Bijvoorbeeld door afspraken te maken over snelle behandeling van hun werknemers.

Deze afspraken werken alleen als artsen en ziekenhuizen bereid zijn eraan mee te werken. Als het Diaconessenhuis in Leiden met verzekeraar A een snelle service heeft afgesproken voor borstkanker patiënten en met verzekeraar B niet, dan moeten patiënten van verzekeraar A in het Diaconessenhuis sneller worden geholpen dan die van verzekeraar B. Dat betekent dat chirurgen bij het opstellen van hun operatieschema niet meer alleen moeten kijken naar de grootte van de tumoren van hun patiënten. Zij moeten hun verzekeringsstatus mee laten wegen. Dit is een radicale breuk met het traditionele beginsel van medische behandeling naar medische behoefte en politici lijken nogal eens te schrikken als zij worden geconfronteerd met deze – volstrekt logische – consequentie van het nieuwe stelsel.

In het najaar van 2008 werd bekend dat het Kennemer Gasthuis in Haarlem snellere zorg aanbood aan patiënten die extra wilden betalen via een bemiddelingsbureau. Minister Klink wist niet meteen wat hij moest antwoorden op Kamervragen over dit initiatief en kondigde aan dat de Nederlandse Zorgautoriteit de kwestie in studie had.<sup>6</sup> Ofschoon het niet helemaal ondenkbaar is dat de specifieke Kennemer Gasthuis variant (private bijbetaling)

door de NZA onrechtmatig zal worden verklaard, moet toch worden vastgesteld dat dit type initiatieven voor snellere service en betere zorg het hart van het nieuwe stelsel vormen. Het zijn initiatieven die aanzetten tot betere behandeling op grond van niet-medische criteria, zoals verzekeringsstatus of (daaraan gekoppeld) werknemersstatus. Het is goed denkbaar dat het nieuwe stelsel zal evolueren tot een systeem waarin werknemers via hun werkgerelateerde ziektekostenverzekering sneller worden geholpen dan gepensioneerden, huisvrouwen (m/v) of uitkeringsgerechtigden.

## 2. *Lucratieve ziekten*

‘Elke kwaal een straat’, was de kop in *NRC Handelsblad* boven een artikel over drie jaar marktwerking in de zorg.<sup>7</sup> Een cataractstraat voor patiënten met staar, zodat zij binnen een week het proces van diagnose – operatie – controle achter de rug kunnen hebben. Een mammapoli voor borstkankerpatiënten. Een darmkankerstraat. Een heupstraat voor orthopedische ingrepen. Een diabetespoli voor suikerzieke patiënten, waar hun bloedsuiker, hun nieren, hun voeten, hun ogen en hun dieet in de gaten worden gehouden. Allemaal heel patiëntvriendelijke vormen van zorg: alle afspraken op één dag, een snelle operatie en snel uitsluitel na de operatie over hoe het gegaan is en hoe het verder moet. Regelmatige controle door gespecialiseerde artsen of verpleegkundigen. De crux van het elke-kwaal-een-straat-principe is echter dat juist niet elke kwaal een straat of een poli krijgt. Niet omdat de marktwerking slechts een beperkt deel van de zorg bestrijkt en een groot deel van de patiënten verstoken blijft van de zegenende werking van vrije concurrentie, maar omdat slechts een beperkt deel van de zorg zich laat voegen in een standaardstraat. Er komt geen standaardstraat voor minder frequente of zeldzame aandoeningen. Er komt geen straat voor patiënten die lijden aan allerlei aandoeningen tegelijk. Er komt geen straat voor patiënten die terminaal ziek zijn.

Waarschijnlijk zullen artsen en verpleegkundigen er dus voor gaan zorgen dat eerst hun ‘straatpatiënten’ worden behandeld; over straatpatiënten zijn immers afspraken gemaakt met verzekeraars en die afspraken leveren een heleboel geld op. Pas daarna komen andere patiënten aan de beurt, voor wie dit allemaal niet geldt. Zolang de straten er zijn voor patiënten met borstkanker of darmkanker is dat misschien nog verdedigbaar (hoewel? Is het nog steeds een goed idee als daardoor patiënten met baarmoederkanker, eierstokkanker, maagkanker of pancreaskanker minder snel worden geholpen?), maar als de straten er zijn voor patiënten met spataderen (een categorie patiënten die ziekenhuizen graag weer wil terug lokken uit de privé klinieken, waar zij zich nu vaak laten behandelen), dan kunnen we toch gaan twijfelen of het een goed idee is om voor bepaalde groepen patiënten een extra snelle, patiëntvriendelijke route in het leven te roepen. Gezondheidswetenschapster Jolanda Dwarswaard interviewde chirurgen over hun ervaringen met het nieuwe zorgstelsel. Een van hen vertelde:

“Je kan maar één keer je tijd besteden. En wij besteedden onze tijd vroeger aan andere dingen. Iemand die echt ziek was ging eerst, maar niet spataderstraten en liesbreukstraten, dat waren sluitstukken in de planning. Dat is een andere filosofie.”<sup>8</sup>

## 3. *Preferenties in plaats van behoeften*

Op een markt worden mensen niet bediend naar objectief te bepalen behoefte, op de markt zijn de vraag en de koopkracht van de consument leidend. Als ik naar een modezaak ga voor een nieuwe jas zal de verkoopster niet snel vragen of dat nu wel nodig is (‘Wat is er eigenlijk mis met uw oude jas? Hebt u al op marktplaats gekeken naar een tweedehands model?’). In de

zorg was dat vanouds wel zo. Huisartsen legden patiënten veelvuldig uit dat het beter was om niet naar het ziekenhuis te gaan, dat aanvullende diagnostiek niet nodig was, dat hun kwaal(tje) over zou gaan zonder antibiotica. Specialisten pleitten tegen teveel medicijnen of tegen een riskante operatie. De retoriek van de markt en de vraagsturing lijkt daar verandering in te gaan brengen.

Een van de door Dwarswaard geïnterviewde chirurgen vertelde over een cynische collega:

“[Die collega], die in de maag-, darm- en leverziekten opgeleid was, die begon een privé scopiecliniek. En die gaat adverteren met: Weet u wel zeker dat u geen dikke darmkanker hebt? U weet het pas zeker als u bij mij bent geweest voor een scopie. Genereert gewoon zijn eigen aanbod. En het is in zijn financieel belang dat alle mensen erg bang zijn dat ze dikke darmkanker hebben.”

Een andere chirurg sprak over zijn eigen twijfels:

“Als mensen redelijk hopeloze vormen van kanker hebben waarbij je gewoon weet dat een operatie gewoon geen winst meer oplevert, zijn er zoveel mensen die zeggen, al is er maar één procent kans, wil je het alsjeblieft doen? En naarmate de marktwerking sterker is en die dokter zegt, ja, ik kan nog een uur gaan zitten praten waarom het niet hoeft maar ik kan ook denken: men wil het, iedereen roept dat het meer patiëntgerichte zorg moet worden. Dus ik ben politiek correct bezig, ik verdien er meer aan, ik vind het veel leuker om te opereren dan om een uur lang te gaan zitten praten. Dus welke *incentive* heb ik nog om aan de patiënt uit te leggen dat het echt niet hoeft?”

Ongetwijfeld heeft deze chirurg dit soort gesprekken met ongeneeslijk zieke patiënten ook gevoerd voor de marktwerking en de vraagsturing op de zorg werden losgelaten, maar toen werd zijn medisch-professionele ethiek politiek ondersteund. Patiënten behoorden te krijgen wat objectief medisch gezien voor hen het beste was. Tegenwoordig wordt de gemiddelde zorgverlener aan alle kanten ingeprent dat dit oud-denken is, dat hij moet uitgaan van de vraag van de patiënt. Het is een heel dappere chirurg die zijn rug recht houdt als alle prikkels de andere kant uitwijzen.

Een derde chirurg vertelde hoe zijn ziekenhuisdirecteur erover dacht:

“Nou, die gaat daar dus erg in mee. Het ziekenhuis gaat ook uitrekenen waar we wel en niet aan verdienen. Eigenlijk is de beste patiënt de patiënt die niets heeft en die we toch opnemen. En waar we niets voor doen, dat is eigenlijk de beste patiënt. Terwijl, vroeger kwamen die gewoon het ziekenhuis niet in.”

Een regime van marktwerking en vraagsturing leidt enerzijds tot extra behandelingen omdat het professionals niet meer past vast te houden aan het onderscheid tussen de vraag van de patiënt (die niet voor niets stelselmatig als ‘cliënt’ of ‘consument’ wordt aangeduid) en diens objectieve medische behoefte. Anderzijds ontstaat een tendens om nieuwe markten aan te boren, om in te spelen op een nog ongearticuleerde vraag (om screening of preventief onderzoek bijvoorbeeld).

Wie niet gelooft dat het zo werkt moet zich maar eens verdiepen in twee fascinerende studies over de farmaceutische industrie, vanouds het meest vermarkte deel van de gezondheidszorg. Onderzoeksjournalist Joop Bouma en psychologe Trudy Dehue laten overtuigend zien dat het voor de farmaceutische industrie lucratief is om nieuwe ziekten te

construeren en in de markt te zetten. Het uittesten van een geneesmiddel voor minder frequente vormen van kanker is een moeizaam traject. Het is veel interessanter om te beweren dat vrouwen van boven de vijftig collectief kampen met ‘botontkalking’, of dat een groot deel van de bevolking lijdt onder ‘overmatig piekeren’ en vervolgens geneesmiddelen te ontwikkelen ter bestrijding van deze wijd verspreide ‘aandoeningen’.<sup>9</sup>

#### *4. De beste zorg voor de slimste consument*

Er zijn goede artsen, gemiddelde artsen en minder bekwame artsen. Onder het traditionele regime was de – doorgaans onuitgesproken - redenering van de patiënt als volgt.

De zorg is overal wel ongeveer in orde. Als er artsen zijn die hun werk niet goed doen is er de inspectie die ze tot de orde roept. Of ze komen voor de tuchtrechter. Als ik iets gewoons heb kan elke gemiddelde arts mij behandelen. Als ik iets ingewikkelds mankeer zal de arts me verwijzen naar een collega die speciaal verstand heeft van mijn aandoening (eventueel in een ander ziekenhuis of in een academisch ziekenhuis).

Deze redenering getuigde niet alleen van vertrouwen in de gezondheidszorg maar ook van een automatische solidariteit met andere patiënten, vooral met patiënten die er erger aan toe waren. Als een traditionele patiënt lang moest wachten op de dokter nam hij of zij aan dat de dokter bezig was levens te redden; de patiënt van weleer wilde weliswaar graag op tijd worden geholpen, maar hij beseftte dat zijn noden soms moesten wijken voor die van anderen.

In het nieuwe regime van vraagsturing en marktwerking is voor deze waarden geen plaats meer. Artsen en andere zorgverleners mogen tegenwoordig reclame maken, dus op wat zij zelf zeggen kun je als patiënt niet meer zomaar afgaan. De zorg is niet overal goed, zo wordt de zorgconsument aan alle kanten ingepeperd. Er bestaan grote kwaliteitsverschillen in de zorg. Wie zich daarop niet oriënteert, wie de eerste de beste huisarts of specialist op zijn of haar blauwe ogen vertrouwt, is een gekke Henkie. De nieuwe consument moet te rade gaan op sites die vergelijkende gegevens over zorginstellingen publiceren, op basis waarvan hij bewust kan kiezen voor een dokter of een ziekenhuis. Wie dat niet doet heeft het aan zichzelf te wijten als hij straks te maken krijgt met een verkeerde diagnose, een foute behandeling, onnodige complicaties, of een veel te groot litteken.

Solidariteit met ziekere medepatiënten wordt van de moderne zorgconsument niet verlangd. Dat gezondheidszorg een publiek goed is merkt hij alleen via de loon- en inkomstenbelasting, waarmee de zorgtoeslag wordt betaald voor minder vermogende medeburgers. In de zorg zelf leert de patiënt alleen dat hij recht heeft op het beste van het beste, dat zijn wensen centraal moeten staan en dat zijn vraag leidend hoort te zijn. Je moet voor jezelf opkomen.<sup>10</sup> Dat je in de zorg op je beurt moet wachten, omdat je immers niet de enige bent maakt allang geen deel meer uit van de beleidsretoriek en de voorlichting van het ministerie van VWS.

#### *Win-win situaties?*

Marktwerking leidt tot voorkruipzorg. Marktwerking leidt tot een verschuiving van aandacht, mankacht en energie naar lucratieve, veel voorkomende ziekten. Vraagsturing zorgt ervoor dat patiënten worden behandeld op basis van hun eigen voorkeuren, die niet altijd samenvallen met datgene wat objectief medisch bezien voor hen het beste zou zijn. En vraagsturing stimuleert een ongeremd egoïsme van patiënten in de zorg.

Voorstanders van vraagsturing (vaak economen) claimen nogal eens dat de marktwerking zal leiden tot extra capaciteit, zodat de eerste twee herverdelingseffecten zich

niet zullen voordoen: operatiekamers gaan open in de avond of in het weekend, om groepen verzekerden/werknemers een snellere behandeling te bieden. Bepaalde vormen van zorg worden in straten gestructureerd, maar zonder dat andere patiënten daardoor langer op zorg moeten wachten.

Het lijkt verstandig om dit veel nadrukkelijker te laten onderzoeken dan nu gebeurt. Is het werkelijk zo dat voorkruipzorg leidt tot een substantiële uitbreiding van de totale capaciteit in de zorg, zonder dat daar grote extra kosten tegenover staan? Zijn artsen en verpleegkundigen (heel vaak vrouwen) echt bereid meer uren te maken, zonder dat hun reguliere werk daaronder lijdt? Als een borstkankerstraat of een diabetespoli wordt geëvalueerd, dan wordt tegenwoordig vooral gekeken of de zorg voor borstkankerpatiënten respectievelijk suikerzieken is verbeterd. Er wordt nauwelijks gemeten of er andere patiënten zijn die daardoor langer moeten wachten op zorg. Dat zou standaard onderwerp van studie moeten zijn. En als er geen andere patiënten zijn die lijden onder de extra inspanningen, dan zou het nog de moeite waard zijn om te vragen wat er dan niet meer gebeurt, of minder gebeurt dan vroeger. Besteden dokters en verpleegkundigen misschien minder tijd aan de begeleiding van stagiaires en nieuwe collega's? Hoe verstandig is dat op de langere duur?

Ook het derde herverdelingseffect zou volgens sommigen nauwelijks optreden door uitbreiding van de totale hoeveelheid zorg. Als er veel vraag is naar vormen van zorg die door medici niet als objectieve medische behoeften worden erkend, dan zullen deze vormen uit het basisverzekeringspakket worden gehaald en worden overgeheveld naar het aanvullende pakket. Daar moeten mensen er zelf voor betalen en ook op die wijze ontstaat als het ware extra capaciteit in de zorg. Ook hier geldt dat ik de bewijslast graag zou leggen bij de voorstanders van vraagsturing en marktwerking. De hierboven geciteerde uitspraak van de chirurg die verklaarde dat hij zijn tijd maar één keer kan besteden, lijkt mij evident juist. Economen die menen dat veel zorgverleners graag extra willen werken ten koste van hun slaap, hun kinderen, hun bejaarde ouders, hun hobby's of hun vrienden zouden dit wat mij betreft moeten aantonen (zeker als zij daarnaast willen volhouden dat de zorg door marktwerking niet duurder zal worden).

Ook over het vierde herverdelingseffect zou veel explicieter moeten worden nagedacht. Vinden we het terecht dat mondige, assertieve zorgconsumenten, die zich goed laten informeren, die zich inlezen, hun contacten raadplegen en zich niet met een kluitje in het riet laten sturen, betere zorg krijgen dan medepatiënten die deze moeite niet nemen, omdat zij dit niet willen of hier niet toe in staat zijn? Waarom dan? Gaan we voortaan zorg verlenen naar rato van 'verdienste' in plaats van naar medische behoefte? Zijn we werkelijk helemaal uitgekeken op onze traditionele, breed gedeelde norm uit de jaren tachtig? Stel dat bijna iedereen zich gaat oriënteren op prestatiecijfers en ervaring, om bewust te kunnen kiezen in de zorg, wat betekent dit dan voor jongere artsen, die nog niet zoveel ervaring hebben en nog niet kunnen bogen op indrukwekkende prestatiecijfers? Gaan we ervan uit dat er altijd wel domme, naïeve patiënten overblijven op wie beginnende zorgverleners kunnen oefenen?

Het oude zorgstelsel was niet volmaakt. Het merkwaardige onderscheid tussen ziekenfondspatiënten en particulier verzekerde patiënten was een serieuze weeffout. De budgettering uit de jaren tachtig en negentig leidde tot allerlei perverse effecten. Maar het was bij alle tekortkomingen mooi om te weten dat we een norm hadden waarop wij elkaar - patiënten, artsen, en politici - konden aanspreken. Onder het regime van het nieuwe stelsel lijken we dit ijkpunt te zijn kwijt geraakt, terwijl wij er niet eens bewust afscheid van hebben genomen.

Misschien moeten we tijdens deze crisis de jaren tachtig discussie over de ziekenzaal casus opnieuw voeren, maar dan met andere patiënten.

Op een ziekenzaal liggen vijf patiënten, die allemaal behoefte hebben aan medische zorg. De eerste patiënt is verzekerd bij een maatschappij waarmee het ziekenhuis speciale afspraken heeft. De tweede patiënt heeft een ziekte waarvoor het ziekenhuis een speciale straat in het leven heeft geroepen. De derde is volgens de dokter niet echt ziek, maar vraagt dringend om een Total body scan. De vierde is een zeer begaafde zorgconsument, die op internet heeft gezien dat het personeel op deze ziekenzaal bij uitstek geschikt is om hem te behandelen. De vijfde is een zieke die gewoon door zijn huisarts naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis is verwezen. Wie moet het eerst worden geholpen en waarom?

---

<sup>1</sup> M.J. Trappenburg, *Soorten van gelijk. Medisch-ethische discussies in Nederland*, Tjeenk Willink, Zwolle 1993, p. 48.

<sup>2</sup> SCP, *Het sociale draagvlak voor de quartaire sector 1970-2000*, Den Haag 2003, p. 37, 114-115.

<sup>3</sup> SCP, *In het zicht van de toekomst. Sociaal en Cultureel rapport 2004*, Den Haag 2004, p. 389.

<sup>4</sup> KNMG, *Gedragsregels voor artsen*, 2002, via [www.knmg.artsennet.nl](http://www.knmg.artsennet.nl), 7-3-2009.

<sup>5</sup> A. Reerink, *Zorgpolis voor gezonde mensen. Goedkope basisverzekering is nog eenling*, *NRC Handelsblad* 9-2-2009, p. 3.

<sup>6</sup> *Handelingen Tweede Kamer 2008-2009, Aanhangsel*, pp. 2079-2080.

<sup>7</sup> A. Reerink, *Elke kwaal een straat. De gezondheidszorg drie jaar na de invoering van de marktwerking*, *NRC Handelsblad*, 9-1-2009, Zaterdag Bijvoegsel, p. 6.

<sup>8</sup> Dwarswaard is verbonden aan het NWO project 'The robustness of medical professional ethics.' Haar dissertatie is nog niet verschenen. Nadere informatie over haar onderzoek op [www.margotrappenburg.nl](http://www.margotrappenburg.nl) onder onderzoek.

<sup>9</sup> Joop Bouma, *Slikken. Hoe ziek is de farmaceutische industrie?*, L.J. Veen 2006; Tudy Dehue, *De depressie-epidemie*, Augustus 2008.

<sup>10</sup> Zie over dit mechanisme ook: Margo Trappenburg, *Genoeg is genoeg. Over gezondheidszorg en democratie*, Amsterdam University Press 2008.