Gezondheidszorg in Nederland: kiezen én delen

door Herre Kingma

Met de invoering van de stelselwijziging in 2006 is een krachtige impuls gegeven aan de liberalisering van de zorg. De verwachting was dat de 'markt' de problemen van schaarste zou kunnen beperken en de kostenstijging door concurrentie zou beteugelen. De schaarste houdt aan en de kosten stijgen door. Het doet de vraag rijzen hoe liberaal zorgbeleid onder die omstandigheden kan zijn of blijven. Kan een vrije keuze voor arts, instelling en type zorg samengaan met beperkingen door groeiende personele en financiële schaarste in een sterk gereguleerd zorgstelsel? De zorg is meer vraaggestuurd geworden en daarbij past een in opzet individuele 'particuliere' verzekering met een voor allen min of meer gelijke basispremie. Door fiscale inkomensafhankelijke bijdragen en op grote schaal verleende premietoeslagen heeft dit arrangement materieel een overwegend collectieve vorm gekregen. Dit artikel gaat over de vraag hoeveel markt zorg, die 'voldoet aan de gerechtvaardigde vraag', eigenlijk aankan? Welke zorg is absoluut noodzakelijk en dient voor allen beschikbaar te zijn, de *needs*, en financieren we collectief? Welke zorg behoort tot de niet absoluut noodzakelijke behoeften, de *demands*, en zouden we individueel, 'particulier' moeten financieren? Die scheiding is onduidelijk en zou scherper gemaakt moeten worden. Medisch

specialisten verklaren in de media dat soms tot tientallen procenten van hun zorg niet essentieel is, dan wel even goed door de huisarts kan worden verleend, of zelfs dat niet nodig is (Op1 2022; Van Lonkhuyzen 2022).

Gezondheidszorg behoort met onder andere onderwijs tot de '*merit goods*' van onze samenleving, die weliswaar gericht op het individu, uiteindelijk de hele maatschappij aangaat (Mendoza 2011). Zorg wordt vanouds verleend in een persoonlijke en vertrouwelijke relatie van (para)medicus/verpleegkundige en patiënt/cliënt. Deze één op één relatie is langzamerhand overgegaan in een driehoeksverhouding, waarin een derde partij, de zorgverzekeraars, gereguleerd door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en Zorginstituut Nederland (ZINL), in belangrijke mate bepalen wat wel en niet tot de zorg en aanspraken daarop behoort. Daarmee hebben zij in het laatste kwart van de 20e eeuw in toenemende mate invloed gekregen op de relatie arts-patiënt in termen van welke zorg passend is en duurzaam betaalbaar mag worden verstrekt. Dat alles naast de vraag wat de burger wenst aan zorg, wat hij daarin van de gemeenschap mag verwachten en wat hij bereid is zelf te betalen. Zorg is een heus product geworden met een bepaalde prijs en kwaliteit, al is de relatie daartussen geen vast gegeven.

De vraag naar zorg blijft groeien en drukt steeds zwaarder op het totaal van de collectieve uitgaven: in 2023 geprojecteerd boven de 100 miljard, een verdubbeling in de laatste 25 jaar. Dat vraagt om bezinning en beheersing. De markt kan daar zeker een rol spelen, maar raakt overspannen bij de oneindige vraag naar zorg en achterblijvende beschikbaarheid. Regie, regulering en samenwerking is daarom onmisbaar. De Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) heeft in september 2021 een fundamentele beschouwing gepubliceerd, waarin financiële, maatschappelijke en persoonlijke houdbaarheid op de lange termijn centraal staan, onder de titel *Kiezen voor houdbare zorg*. In september 2022 hebben de bewindspersonen van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) een akkoord bereikt met de zorgpartijen – met uitzondering van de huisartsen – hoe vraag en zorgvolume op de korte termijn te beheersen met focus op kwaliteit. Dit artikel sluit af met liberale reflecties op de visie van de WRR op de zorg voor de komende generatie en de koers die VWS met het Integraal Zorgakkoord (IZA) kiest voor de lopende kabinetsperiode (Rijksoverheid 2022).

Individu en collectief, kiezen maar ook delen

In de gezondheidszorg is er altijd een verbinding van de individuele patiënt met zijn omgeving, van het kleinste collectief van het gezin, tot in de meest ruime zin de samenleving als geheel. Met op de achtergrond een overheid, die volgens artikel 22 van de Grondwet verplicht is maatregelen te treffen ter bevordering van de volksgezondheid. Alle reden voor de staat er via de NZa op toe te zien dat er voldoende zorg wordt aangeboden, respectievelijk instellingen en zorgprofessionals in voldoende mate worden gecontracteerd

door de zorgverzekeraars. De NZa ziet op dit proces toe als 'marktmeester', regulator, en de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) als 'keurmeester', opdat de zorg voldoende, betaalbaar, veilig en van voldoende kwaliteit wordt geleverd. Wettelijk is daarin een grote eigen verantwoordelijkheid weggelegd voor instellingen (via de *Kwaliteitswet*) en individuele professionals (via de *Wet BIG*) om zorg verantwoord en veilig te leveren.

De omvang van de in het basispakket verzekerde zorg is ruimhartig te noemen. Dat klinkt solidair, maar een bijna onbeperkte omvang bedreigt uiteindelijk de keuzevrijheid van de patiënt door de achterblijvende beschikbaarheid van zorg. Er zijn grenzen aan solidariteit en er zullen dus limieten, beperkingen en voorwaarden aan de geboden zorg moeten worden gesteld, willen we onze zorgvoorzieningen in financieel en personeel opzicht houdbaar en voor allen toegankelijk houden. Of zorg ook wordt geleverd, is afhankelijk van noodzakelijkheid en helaas ook beschikbaarheid. Vrije artsenkeuze is dus niet synoniem met vrije, laat staan gegarandeerde toegang tot zorg. Zorg dient bovendien, geformuleerd in beleidsjargon, 'passend' te zijn. Passende zorg is gebaseerd op wetenschappelijk bewijs, doelmatig en efficiënt georganiseerd en omvat ook een sociaal-economische en maatschappelijke component: is deze voor allen die haar nodig hebben duurzaam beschikbaar en draagt deze kosteneffectief bij aan herstel of verbetering van de patiënt en zijn vermogen weer deel te nemen aan de samenleving, het belangrijkste criterium van de trechter van Dunning (Kaljouw & Wijma 2021; Dunning e.a. 1991).

Van patiënt naar consument en weer terug?

Sinds de stelselwijziging via de *Zorgverzekeringswet* van 2006 is de gezondheidszorg in opzet minder aanbod- en meer vraaggericht geworden en de patiënt meer zorgconsument. Wie wens ik als dokter in de spreekkamer, aan mijn bed of operatietafel, naar welk ziekenhuis of instelling ga ik, welke behandeling wil ik wel of niet? Wezenskenmerk van onze gezondheidszorg was steeds de begin 20e eeuw door artsen afgedwongen vrije artsenkeuze. In het IZA wordt deze vrije keuze materieel afgegrensd door sterke sturing op levering van 'passende zorg' als voorwaarde voor het contracteren van zorgaanbieders. Alleen gecontracteerde zorg zal nog volledig vergoed worden. De keuze van de patiënt voor zijn dokter dient vrij te zijn, zo vinden velen, maar dat is niet wettelijk vastgelegd. De vrije artsenkeuze ligt besloten in het zelfbeschikkingsrecht, betoogt Bastiaan Wallage (2022). De keuze mag vrij zijn, de crux is wat wel of niet verstrekt wordt, wat tot passende zorg behoort. Het klinkt logisch dat alleen passende zorg, 'zorg, die werkt', vergoed wordt, maar zo duidelijk is dat niet altijd vast te stellen. Sturen op passende zorg moet er bovendien toe leiden dat de praktijkvariatie afneemt op basis van de premisse dat uniforme, gelijke zorg tot gelijke en optimale uitkomsten zou leiden.

Ten slotte is er de gerechtvaardigde vraag of passende zorg voldoende rekening houdt met persoonlijke autonomie en eigen keuzes

die in kunnen gaan tegen de richtlijn. Zo is er bijvoorbeeld in het geval van de richtlijnen voor geboortezorg de vraag: mag een vrouw zelf bepalen waar en hoe zij wil bevallen (NRC 2018)? Vrije keuze of niet, de patiënt heeft ook een eigen verantwoordelijkheid voor zijn wel en wee. In een liberale visie past het bevorderen van die verantwoordelijkheid voor eigen gezondheid en welzijn, waarmee het gebruik van zorg mogelijk afneemt. Een grotere eigen bijdrage in de kosten, een eigen risico of de ooit al eens voorgestelde *no-claim* korting zou hierin bijdragend kunnen zijn en is buiten de zorg in de verzekeringswereld een algemeen aanvaard principe. De verstokte roker, drinker of obese patiënt zou zelf een aandeel kunnen leveren in de solidariteit door zijn best te doen ongezonde gewoontes actief af te leren. In de Nederlandse samenleving worden dergelijke voorstellen als hardvochtig en sociaal onrechtvaardig gezien en prompt van tafel geveegd. Maar van wie dure zorg ontvangt, mag – waar mogelijk en redelijk – enige wederkerigheid worden verwacht, te beginnen met serieuze poging tot een gezonder leven. Het raakt aan het liberale principe dat individuele vrijheid begrensd is waar deze die van de ander beperkt of schaadt (Mill 1860). Daarvan is sprake als er velen met vermijdbare risico's een onnodig groot beslag op de zorg leggen, waardoor de beschikbaarheid aan zorg voor anderen wordt beperkt.

15 jaar na de introductie van de marktwerking in de zorg neemt, na een pandemie van ongekende omvang, de roep om samenwerking, centralisatie en concentratie weer toe. Zo trekt de overheid de regie weer meer naar zich toe. Op het terrein van de *public health* zijn daar zeer goede gronden voor, maar tegelijk raken ondernemerschap, concurrentie en marktwerking in cure en care uit de gratie. Er is een koor van critici, die deze economische benadering van de zorg altijd al als economisch pervers en verwerpelijk zagen en misprijzend aanduiden als neoliberaal. Markt om de markt als politieke ideologie is onverstandig, maar evenzeer geldt dat voor het tegendeel, een dominante rol van de staat, met artsen in dienst van (staats)ziekenhuizen. Het is niet markt óf staat, maar markt én staat, waar deze nuttig zijn en werken, schrijft Marcel Canoy in een kritische beschouwing van de markt in de programma's van de laatste Tweede Kamerverkiezingen (Canoy 2021). Het wordt zaak op te letten dat het kind in deze beweging niet met het badwater wordt weggegooid.

In datzelfde refrein wordt vanuit uiteenlopende politieke achtergronden binnen en buiten het parlement opgeroepen om nu ook eindelijk en definitief het dienstverband voor in ziekenhuis werkende medisch specialisten in te voeren en daarmee een einde te maken aan de 'vrijgevestigde' of zelfstandige praktijkvoering. Het zou beter en goedkoper zijn, ook al spreekt een reeks artikelen en rapporten dat tegen of relativeert deze overtuiging, die binnen en buiten de politiek breed leeft (Kok e.a. 2010; Van 't Veld e.a. 2020; Centraal Planbureau 2015). Anderzijds mag ook het vrije beroep in de zorg niet ontsnappen aan kritische reflectie. Samenwerken in ziekenhuizen is te veel van

goede wil afhankelijk, toetredingsbelemmeringen houden jonge, duur opgeleide specialisten onnodig werkeloos thuis. De recente schandalen rond de inkoop en toepassing van dure *medical devices* halen de voorpagina's, maar marktwerking en vrije vestiging zijn daarin niet systematisch de oorzaak. Dat is het onvoldoende handhaven van absolute transparantie bij dergelijke activiteiten door ziekenhuisbestuurders. Die eis mag worden gesteld aan iedere werknemer, maar ook aan eenieder die onder het dak van een ander een zelfstandige onderneming drijft.

Waar 'de markt' voor ziekenhuizen en verpleeghuizen maar beperkt heeft gewerkt, noodzakelijke samenwerking in de weg staat en daarmee ongewenst grote fusies bevordert, kunnen markt en concurrentie voor privéklinieken en zelfstandige behandelcentra (ZBC's) wel degelijk goed werken. Daar wordt met grote routine een beperkt scala van ingrepen met een hoge graad van perfectie en efficiëntie uitgevoerd. Daarentegen zijn algemene ziekenhuizen en UMC's hooggespecialiseerde werkplaatsen voor complexe gezondheidszorg en daarmee essentieel voor de opvang van grote trauma's en acute, ongeplande zorg. Structurele vergoeding van hun beschikbaarheidsfunctie ligt daar veel meer voor de hand dan een in de markt bepaalde vergoeding op basis van verrichtingen of diagnose-behandelcombinaties (DBC's). Voor de planbare gezondheidszorg zoals deze vooral in de ZBC's wordt geboden, kan 'markt' met het hanteren van concurrerende prijzen van doorgaans routine verrichtingen juist uitstekend werken. De persoonlijke vrije keus van de patiënt is in dat segment van de gezondheidsmarkt bij uitstek instrumenteel.

Zorgverzekeraars, regisseurs van noden en behoeften

Bij de stelselwijziging van 2006 hebben de zorgverzekeraars de regierol gekregen in de zorg. De marsroute was het inkopen van zorg op basis van concurrerende kwaliteit en prijs. Gezien de groeiende wachtlijsten is de vraag of de zorgverzekeraars adequaat inspelen op de vraag en tijdig voldoende zorg inkopen. Er was tot in de jaren 90 zelfs forse sterfte op de wachtlijsten voor hartchirurgie, maar deze werd meer dan eens afgedaan als uiting van inefficiëntie en ondoelmatigheid (Kingma 1995). Al jarenlang wordt er geprioriteerd op basis van urgentie met soms ultra-lange wachttijden voor laag-urgente ingrepen. Een betere oplossing zou zijn hier de markt zijn werk te laten doen door meer zorg in te kopen in privéklinieken en ZBC's, waar het gaat om planbare, niet complexe ingrepen. Tegelijk mogen we de ogen niet sluiten voor het feit dat privéklinieken en ZBC's met aantrekkelijke arbeidsvoorwaarden personeel onttrekken aan de algemene en universitaire ziekenhuizen. Zo kunnen perverse prikkels leiden tot ongewenste preferentie van routine zorg in ZBC's boven complexe zorg met vaak een hoog urgentiegehalte in de 'systeemziekenhuizen'.

De kern van de geleverde zorg is het basispakket, gedefinieerd door het ZINL, dat de noodzakelijke, essentiële zorg omvat, de *needs*, min of meer samenvallend met het begrip 'passende zorg'. Daarnaast zijn er de

demands, 'wat denk ik zelf nodig te hebben', de persoonlijke behoeften. Ook belangrijke zorg, maar zonder absolute noodzaak. Hoewel gepousseerd als prominente regisseurs, is al vaker de vraag gesteld of verzekeraars nog wel nodig zijn voor met name de uitvoering van het basispakket in ons in hoge mate gereguleerde stelsel (Weggeman 2014). De premies verschillen marginaal, de uitvoeringskosten zijn hoog en er zijn vraagtekens te zetten bij de jaarlijkse carrousel van overstappers, verleid door dure reclamecampagnes van verzekeraars op zoek naar nieuwe verzekerden en behoud van de oude. De markt mag liberaal lijken, maar is in hoge mate een construct met een vast gedefinieerd basispakket. Dat kan even goed door een nationaal of regionaal zorgfonds worden uitgevoerd. De zorgverzekeraars kunnen zich richten op de aanvullende verzekeringen van de meer variabele persoonlijke behoeften, de *demands*. Hun regierol zou uitstekend vervuld kunnen worden door de NZa en het Zorginstituut als belangrijkste adviseurs van VWS met betrekking tot prijs, toepassing en pakketbeheer. Regie op kwaliteit komt – onder toezicht van de IGJ – in belangrijke mate tot stand door het standaarden- en richtlijnenbeleid van wetenschappelijke verenigingen van huisartsen, medisch specialisten, psychiaters en *allied professionals*. Steeds krachtiger is daarin ook het geluid van de gebruikers zelf, via de organisaties van patiënten/cliënten.

Hoe liberaal kan zorgbeleid zijn?

Laten we tot slot de belangrijkste conclusies en aanbevelingen van het rapport *Kiezen voor houdbare zorg* van de WRR naast deze reflecties leggen. Zorg zal altijd schaars blijven, onder andere door een door vergrijzing blijvend stijgende vraag naar innovatieve, effectieve behandelingen. Toekomstprojecties laten een ruimschootse verdubbeling zien – nu 6000 euro per persoon per jaar – van de kosten in de tweede helft van deze eeuw. Het toegankelijk houden van de zorg vraagt om zowel medische als politieke als maatschappelijke keuzes. Ook ten behoeve van andere prioriteiten binnen de Rijksbegroting zoals onderwijs en defensie, zo schrijft de WRR in een tamelijk liberale benadering. Zij het dat tevens de WRR beperkingen stelt aan marktwerking. Schaarste in de zorg vraagt eerder om samenwerking en solidariteit dan concurrentie, maar vraagt tegelijkertijd ook om scherpe keuzes. Niet alles is oplosbaar met eerlijk delen. Solidariteit heeft grenzen. Het basispakket lijkt uit te dijen, maar zou juist waar het eenvoudige en veelvoorkomende behandelingen betreft ingeperkt kunnen worden. Laat de verzekerde voorzieningen, het basispakket noodzakelijke zorg in de pas laten lopen met, en niet uitstijgen boven de welvaartsgroei, opdat de uitgaven aan zorg kunnen stabiliseren, aldus de WRR. Doorgaan met het verhogen van efficiëntie en doelmatigheid, zoals de afgelopen decennia is gedaan, zal onvoldoende opleveren om de groei ook maar bij benadering te kunnen financieren, zegt ook de WRR. Dat gezegd zijnde, zal het de grote uitdaging zijn om ondanks het intensief inzetten op passende zorg, geen rem te zetten op vernieuwing, ook niet als die erg kostbaar is. Het streven moet juist zijn het beste wat de zorg en het innovatieve medische bedrijfsleven te bieden heeft, te laten floreren. Dat gaat niet zonder

kritische beschouwing en het elimineren van onbewezen effectieve of onvoldoende werkende zorg en van zorg die onvoldoende relevante gezondheidswinst oplevert. Dat laatste geldt zeker ook voor de zorg rond het levenseinde.

Dat is een continu en rationeel proces, waarbij we ons niet alleen kunnen verlaten op wetenschappelijk onderzoek, maar de dagelijkse praktijkuitkomsten en patiëntervaringen daar voortdurend in moeten betrekken. De nu in het toelatingsproces van (dure) geneesmiddelen na de formele *clinical trials* gepropageerde real *world data-* en *real world evidence*-benadering kan daarin een voorbeeld zijn voor andere zorginnovaties. Daarbij is de werkelijke waarde in de praktijk medebepalend. Dat vraagt om een herinrichting van het datalandschap en een verbetering en liefst vereenvoudiging van de datastructuur in de zorg. Alleen dan is zo'n permanente evaluatie als vast onderdeel van de dagelijkse zorg uitvoerbaar (Kingma 2022). Het zou helpen de beste behandelingen voorrang te geven binnen het beschikbare budget en zo de bestedingen in de zorg maximaal effectief te laten zijn, vervolgt de WRR. Bovendien bevordert dit het vestigingsklimaat voor het innovatieve bedrijfsleven en daarmee hun investeringen in *Life Sciences and Health* (LSH), zo stelt de ambassadeur LSH met als inspirerend voorbeeld de regio Boston. Zij schetst een Nederlands Boston aan de Noordzee (Vereniging Innovatie Geneesmiddelen 2021).

Waar de WRR in zijn rapport naar de lange termijn kijkt, ligt de horizon van het IZA aan het einde van de huidige kabinetsperiode. Het IZA zet sterk in op beteugeling van de zorgkosten door krachtige stimulering van preventie en voortvarende implementatie van passende zorg. Preventie moet beginnen met de inzet van de eigen omgeving en sociale netwerken. De zorgvraag moet afgeremd worden door bevordering van zelfzorg en eigen regie ten aanzien van ziektes als diabetes, en dat is steeds beter mogelijk door '*e-health*'. Een heel liberaal verantwoord perspectief. Onderwijl moet niet-passende, 'niet-werkende' zorg worden uitgefaseerd. Dat klinkt logisch en is ongetwijfeld grotendeels terecht, maar bij sturing op passende zorg via selectieve contractering zijn ook vraagtekens te plaatsen. Wat betekent die voor de vrije keuze, de persoonlijke autonomie, en hoe zeker zijn we dat passende zorg ook voor het individu altijd de betere zorg is. Het lijkt strijdig met de ontwikkeling in het laatste decennium van '*precision* (of *personal*) *medicine*', die juist uitgaat van de beste, meest doelgerichte, zo mogelijk tot op het genoom gerichte behandeling van vooral de patiënt met kanker. Het streven moet niet zijn gelijke zorg voor allen, maar een optimale uitkomst voor ieder individu.

Passende zorg suggereert maatwerk, maar kan ook uitlopen op confectie, dat wil zeggen passend in de mééste gevallen. Passende zorg mag niet ontaarden in kookboekgeneeskunde. Goede zorg onderscheidt zich juist daarvan en richt zich ook op het individu, die niet of onvoldoende reageert op gebruikelijke (passende) zorg. In het bijzonder geldt dit in de geestelijke gezondheidszorg, maar ook in de langdurige zorg in het algemeen, waar de 'producten' veel minder strak gedefinieerd zijn dan binnen de curatieve zorg. Daar kan passende zorg bijna als 'laaghangend fruit' wor-

den geoogst uit de breed beschikbare *evidence based*-standaarden en -richtlijnen van huisartsen en medisch specialisten, bijna letterlijk oude wijn in nieuwe zakken. Het dwingende karakter van passende zorg is strijdig met het liberale principe dat wat goed is voor de meerderheid niet verplichtend opgelegd zou moeten worden aan de minderheid (De Tocqueville 1845). Ook bij passende zorg moet voldoende variatie mogelijk zijn om zo veel mogelijk maatwerk te kunnen leveren, of in de mentale zorg 'iedereen zichzelf te laten zijn'.

Voorafgaand aan zorg is er preventie, die het best zou kunnen starten voor er sprake is van een zichtbare ziekte. Waar de (verzekerde) zorg echter precies begint is een medisch, maar ook sociaal vraagstuk. Veel ziektes vinden hun oorsprong in ongezond gedrag en een ziekmakende omgeving, niet alleen fysiek, juist ook mentaal. Dit in een al te vroege fase tot het bemoeigoed van de zorg te rekenen, brengt het risico van medicalisering van ongezond gedrag. Het reduceert buurten met sterke sociaal-economische gezondheidsverschillen tot een sociaal-medisch probleem, in plaats van een primair politiek probleem. Hier zijn overheden aan zet om gezond gedrag te bevorderen en vooral te faciliteren met voldoende aanbod van een gezonde omgeving en voeding. Juist dit zijn basiscondities waar iedere burger voldoende toegang toe dient te hebben en is bij uitstek een verantwoordelijkheid van de staat. Tegelijkertijd moet de staat zich hoeden de burger te betuttelen en beregelen in zijn streven een zo gezond mogelijke bevolking te creëren in een welhaast perfecte verzorgingsstaat. Dat leidt tot hoge regeldruk en afhankelijkheid van de burger, die bovendien ook zelf grote verantwoordelijkheid draagt.

Wat betekent dit alles voor de vrije artsenkeuze en onbelemmerde toegang tot de zorg, de vraag waar deze beschouwing mee begon? Het IZA lijkt weliswaar de vrije artsenkeuze aan de voordeur overeind te willen houden, maar de financieel gedreven inperking van het 'collectieve' zorgaanbod in een *corpus* van passende zorg beperkt de variatie in zorg aan de achterdeur. De uitdaging blijft hoe enerzijds vrije keuze en anderzijds collectieve volledige verzekerbaarheid van essentiële zorg, de *needs* in het basispakket, in balans is te houden. Dat zal onvermijdelijk betekenen dat werkzame, maar niet essentiële zorg, de *demands*, vaker voor eigen rekening zullen komen of aanvullend verzekerd moeten worden en dat in het huidige pakket daar veel scherpere keuzes in moeten worden gemaakt. Dit betekent samen delen wat werkelijk nodig is, maar vrij mogen kiezen en zelf betalen wat als persoonlijke behoefte geldt, zolang dat de noodzakelijke zorg niet verdringt. Niet kiezen óf delen, maar delen én kiezen.

Herre Kingma is gepensioneerd cardioloog, oud-hoogleraar klinische farmacologie en voormalig bestuurder en toezichthouder in de gezondheidszorg.

Literatuurlijst

• 'Er is sprake van een zorginfarct in Nederland', *Op1*, 30 november 2022, URL: https://op1npo.nl/2022/11/30/bart-berden-en-edo-arnoldus-over-het-zorginfarct-in-nederland/.

- 'Mag een vrouw zelf bepalen waar en hoe zij bevalt', *NRC*, 9 maart 2018.

- 'Ook met verwijzing krijg je in dit ziekenhuis niet zomaar een specialist te zien: 'Mevrouw blijft erbij dat ze naar een specialist wil'', *NRC*, 28 november 2022.

- Canoy, M., 'Wat de overheid (niet) kan', *Sociale Vraagstukken*, 4 maart 2021, URL: https://www.socialevraagstukken.nl/column/wat-de-overheid-niet-kan/.

- Centraal Planbureau, '10 jaar Zorgverzekeringswet. Operatie Cure geslaagd?', 20 mei 2015.

- Dunning, A.J., e.a., *Kiezen en delen, Rapport van de commissie keuzen in de zorg*, Den Haag, 1991.

- Kaljouw, M., Wijma, S., 'Passende zorg in Nederland – brief', 20 mei 2021.

- Kingma, J.H., 'Waiting for coronary bypass surgery: abusive, appropriate or acceptable?', *Lancet*, 1995, vol. 346, pp. 1570-1571.

- Kingma, J.H., 'Zo komen dure geneesmiddelen sneller beschikbaar', *Medisch Contact*, 30 juni 2022, URL: https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/zo-komen-dure-geneesmiddelen-sneller-beschikbaar.htm.

- Kok, A.L., Houkes, C., *De relatie tussen medisch specialisten en het ziekenhuis*, Amsterdam, 2010.

- Mendoza, R.L., 'Merit goods at fifty: reexamining Musgrave's theory in the context of health policy', *Review of Economic and Business studies*, 2011, nr. 2, pp. 275-284.

- Mill, J.S., *On Liberty*, Cambridge, 1860.

- Rijksoverheid, 'Kamerbrief Aanbieding Integraal Zorgakkoord: samen werken aan gezonde zorg', 16 september 2022, URL: https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2022/09/16/kamerbrief-aanbieding-integraal-zorgakkoord-samen-werken-aan-gezonde-zorg.

- De Tocqueville, A., *De la démocratie en Amérique*, Parijs, 1845.

- Van 't Veld, M., Schut, F., Koelewijn, W., 'Verplicht dienstverband medisch specialisten is schijnoplossing', *Zorgvisie*, 8 december 2020.

- Vereniging Innovatieve Geneesmiddelen, *Boston aan de Noordzee. Nederland als Europese medicijnhub*, Den Haag, 2021.

- De Visser, M., Boot, A.W.A., Werner, G.D.A., Van Riel, A., Gijsberts, M.I.L., *Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak*, rapport van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, Den Haag, 2021.

- Wallage, B., *Het recht op vrije artsenkeuze binnen het Nederlandse zorgstelsel*, proefschrift voor de Universiteit Leiden, Leiden, 2022.

- Weggeman, M., 'Verzekeraars spelen nu doktertje, dat is heel duur', *NRC*, 27 maart 2014.