

Winstuitkering in ziekenhuizen: een radicale misstap

De PvdA stemde in de Tweede Kamer in met het wetsvoorstel voor winstuitkeringen in ziekenhuizen. Afspraken hierover waren al gemaakt in het regeerakkoord. Evelien Tonkens roept de Eerste Kamerleden op tegen te stemmen.

EVELIEN TONKENS

Redacteur S&D, hoogleraar aan de Universiteit voor Humanistiek en toezichthouder in de zorg

Winst maken in de zorg is geen reden tot zorg, vinden veel commentatoren van kranten. Er verandert niet zoveel, stelde NRC bijvoorbeeld op 27 juni 2014: 'In de sector opereren (...) nu al talloze participanten, van medisch specialisten tot leveranciers van apparatuur en (facilitaire) dienstverleners die op winst(uitkering) georiënteerd zijn. Anders gezegd: winst is niet nieuw in de zorg, het is er altijd geweest.' Niks bijzonders of ingrijpends, alleen handig want dan komen er meer financieringsmogelijkheden voor een sector waar financiering moeilijker is geworden.

Andere kranten reageerden net zo schouderophalend toen het wetsvoorstel voor winstuitkering in ziekenhuizen (en andere aanbieders van medisch-specialistische zorg) zonder kleerscheuren en met steun van de PvdA op 1 juli door de Tweede Kamer werd aangenomen. Het voornemen stond in het regeerakkoord en heeft weinig om het lijf, dus laten we overgaan tot de orde van de dag. En bij sommige andere onderdelen van de zorg – huisartsenzorg, thuiszorg en privé-klinieken bijvoorbeeld – mag al winst gemaakt worden, en daar merken we toch ook niets bijzonders van?

Het is zeer verontrustend dat de implicaties van het voorstel om winstuitkering in ziekenhuizen toe te laten zo massaal worden onderschat. Het wetsvoorstel grijpt ongekend diep in op de democratische verhoudingen, en heeft verstrekkende gevolgen voor de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg. Gelukkig kan de Eerste Kamer het nog tegenhouden, zeker wanneer de PvdA-fractie tegenstemt.

In dit artikel reconstrueer ik de belangrijkste voor- en tegenargumenten en veronachtzaamde thema's en betoog ik waarom aanname van de wet voor sociaal-democraten een radicale misstap is. Maar laat ik beginnen met het uit de wereld helpen van een misverstand: het probleem is niet winst maken, als dat betekent: geld oppotten voor slechtere tijden. Winst maken mag inderdaad nu al in de thuiszorg, huisartsenzorg en in privé-klinieken, maar het mag en moet zelfs ook al in de ziekenhuizen. Iedere jaarrekening toont het 'resultaat', en dat is boekhouderstaal voor winst. Alle zorginstellingen worden sinds de invoering van marktwerking door banken, verzekeraars en accountants gedwongen om winst te maken en deze op te potten, tot ze minstens

20% van hun omzet gespaard hebben. Dat heeft ons het afgelopen decennium vele miljarden aan premie- en belastinggeld gekost (20% van de totale zorguitgaven van € 73 mrd, dus € 15 mrd). Jammer dat het geld niet naar de zorg ging, maar het heeft niet heel erg ingegrepen in de verhoudingen in de zorg. Wel een probleem is dat deze kostenstijging ten onrechte eenzijdig wordt toegeschreven aan vergrijzing, inefficiëntie van zorginstellingen of claimende patiënten, waarmee bezuinigingen als onafwendbaar konden worden voorgesteld en men meent dat er nog veel inefficiëntie kan worden afgeschaft.

Het probleem van de Wet op winstuitkering is niet dat men winst *maakt*, maar dat men winst *uitkeert*, en wel aan partijen die er niet zelf voor gewerkt hebben. Het gaat, in de woorden van de Memorie van Toelichting bij het wetsvoorstel, om 'het uitkeren van winst als vergoeding voor het ter beschikking stellen van eigen vermogen door privaatkapitaalverschaffers'.¹ Huisartsen of medisch specialisten mogen dat al: wanneer zij hun eigen vermogen in een praktijk of maatschap investeren, mogen ze daar ook geld voor terugzien. Maar: dat is op kleine schaal en bovendien is de investeerder in dat geval ook degene die het werk doet. Bij winstuitkering in ziekenhuizen zijn de investeerders niet degenen die het werk doen en is de schaal veel groter.

Geldgebrek

Het belangrijkste argument voor winstuitkeringen luidt dat het noodzakelijk is om private investeerders toe te laten omdat er te weinig andere financiers zijn: door de marktwerking zijn ziekenhuizen voor de financiering geheel afhankelijk geworden van banken en die zijn niet meer zo scheutig met het verstrekken van leningen – mede door de kredietcrisis en de stijgende kapitaalisen.

Daar komen nog een paar factoren bij die minder vaak genoemd worden. Zo is het beleid van regering, NZa en verzekeraars sinds de invoering van marktwerking grillig: vaak weet

een ziekenhuis in het najaar nog niet hoeveel het vanaf januari had mogen declareren en de minister en NZa leggen regelmatig met terugwerkende kracht regels en boetes op.

Bovendien is het in ziekenhuisland een uitgemaakte zaak dat de helft van de ziekenhuizen het komende decennium zal verdwijnen (of zal worden overgenomen of fuseren), vooral doordat ze als ze zelfstandig blijven niet langer aan de kwaliteitseisen voldoen. Dat alles maakt banken inderdaad huiveriger om te investeren in ziekenhuizen. Maar zouden private investeerders de zorg wel aantrek-

De helft van de ziekenhuizen zal het komende decennium verdwijnen

kelijk blijven vinden? Waarom zijn hun overwegingen zo anders dan die van banken?

Mogelijk omdat ze denken ook invloed op het beleid te kunnen uitoefenen, en zo de doelmatigheid te kunnen verhogen. De Memorie van Toelichting zegt daarover: '[private investeerders] verwachten dat de gezondheidszorg in omvang blijft groeien door de vergrijzing, ontwikkeling van de vraag en technische innovaties. Bovendien vinden zij de sector aantrekkelijk omdat deze niet erg gevoelig is voor economische schommelingen (het is een stabiele markt)'.² Deze indrukken heeft het ministerie in de periode 2009-2011 opgehaald uit de sector; het is de vraag of deze er nog zo over denkt. Ook banken dachten toen vermoedelijk nog positiever over de financiële stabiliteit van ziekenhuizen.

Investeerders zullen geneigd zijn grotere risico's te nemen, en dat kan tot faillissementen leiden, erkent het wetsvoorstel. De overheid zal dan niet bijspringen. Tenzij 'de verlening van cruciale zorg in gevaar komt'.³ Nog maar nauwelijks bijgekomen van de schok

van hoe we de banken hebben mogen redden en tot welke financiële problemen dat heeft geleid, gaan we nu met open ogen weer zo'n risico lopen: weer geven we de markt alle ruimte om grote (onverantwoorde) risico's te nemen en daar goed aan te verdienen. Als het misgaat mag de belastingbetaler er weer voor opdraaien. Immers: als er over tien jaar nog maar vijftig ziekenhuizen over zijn – wat in de ziekenhuiswereld een onomstreden verwachting is – dan verlenen al die ziekenhuizen cruciale zorg en moet de overheid bij omvallen dus wel bijspringen.

Waarom zouden ziekenhuizen niet gewoon geld kunnen lenen bij de overheid? Veel burgers zouden de overheid in deze situatie vermoedelijk graag als geldverstrekker zien. Dat past niet bij marktwerking, zou de minister zeggen. Echter: de rijksoverheid gedraagt zich op sommige punten toch al als bankier. Zo zijn gemeentes verplicht om hun reserves bij de rijksoverheid te stallen tegen een door de rijksoverheid vastgesteld percentage. Die regel zou ook voor ziekenhuizen kunnen gelden. Een andere mogelijke publieke geldverstrekker is de Bank Nederlandse Gemeenten (BNG).

Doelmatigheid

Een argument dat vaak wordt gebruikt, is dat met winstuitkeringen de doelmatigheid zal toenemen. Voorstanders verwachten dat ziekenhuizen er efficiënter door gaan werken. Dat verklaart ook de gedachte dat investeerders ziekenhuizen aantrekkelijk zouden vinden terwijl banken dat niet meer zo vinden, want private investeerders zullen fors mogen ingrijpen in de besturing en bedrijfsvoering (straks meer daarover). Private investeerders zullen de ziekenhuizen de duimschroeven aandraaien: lagere salarissen, minder personeel en het personeel dat blijft moet harder werken. Hieraan ten grondslag ligt de veronderstelling dat er nu veel te veel verdiend wordt – vooral ook door het gros van het personeel: de verpleging en ondersteunende

diensten – en dat er veel harder kan worden gewerkt. Op welk onderzoek is dit gebaseerd?

Veel waarschijnlijker is het dat met de komst van private investeerders de doelmatigheid juist afneemt. Immers: een deel van het geld dat wij – via belastingen en premies – aan de zorg betalen, gaat straks niet meer naar zorg maar wordt uitgekeerd aan aandeelhouders. Het wetsvoorstel erkent dat er een risico bestaat van kostenopdrijving: 'Het toestaan van winstuitkering [kan] een volumeopdrijvend effect hebben, omdat het winststreven een extra stimulans geeft aan zorgaanbieders om hun omzet te verhogen.'⁴ De wet wijst op zorgverzekeraars als degenen die dit risico moeten indammen: zij moeten erop toezien dat het volume beperkt blijft.

Kwaliteit

Ook de kwaliteit van de zorg zou toenemen als het investeringsklimaat in ziekenhuizen verbetert. Maar sinds wanneer bestaat er in de publieke sector een causale relatie tussen een gunstiger investeringsklimaat en kwaliteit? Zie bijvoorbeeld de kinderopvang. Daar leidde de komst van private investeerders tot een kwaliteitsdaling en instabiliteit in de bedrijfsvoering.⁵

Het wetsvoorstel stelt echter dat investeerders belang hebben bij een goede kwaliteit van en dienstverlening in de zorg. Ten eerste omdat dit patiënten aan zou trekken en dus de omzet zou verhogen. Maar patiënten kiezen niet op basis van kwaliteit van medisch en verplegend personeel, ze gaan naar een ziekenhuis dichtbij en hun tevredenheid hangt vooral af van zaken als de parkeergelegenheid en het restaurant.⁶ Een private investeerder die patiënten wil trekken zorgt dus voor een mooie parkeerplaats en lekkere koffie.

Investeerders zouden daarnaast belang hebben bij kwaliteit omdat kwaliteit goedkoper zou zijn: 'Onvoldoende kwaliteit en veiligheid kunnen immers resulteren in een toename van het aantal hersteloperaties, doorligwonden en wondinfecties, wat leidt tot

extra ligdagen en meer kosten.⁷ Dat is een denkfout: een toename van het aantal hersteloperaties leidt juist tot een hogere omzet en dus tot meer winst. En meer doorligwonden of wondinfecties kunnen leiden tot extra ligdagen maar of dat ook tot meer kosten leidt, hangt af van de financiering van die ligdagen. Als het ziekenhuis hierbij een nieuwe DBC (Diagnose Behandeling Combinatie) kan afsluiten, betekent het wederom een grotere omzet en dus meer winst.

Ziekenhuizen moeten voldoen aan kwaliteitsmaatstaven om winst te mogen uitkeren, is de tegenwerping. Dat dwingt private investeerders interesse te hebben voor kwaliteit. Maar voldoen aan kwaliteitsmaatstaven is iets anders dan kwaliteitsverbetering. Ook nu moeten ziekenhuizen voldoen aan kwaliteitsmaatstaven. De kwaliteitsborging die de wet voorstelt betreft een marginale toetsing. (Een amendement van de SP om deze toetsing te vervangen door diepgaand onderzoek kreeg in de Tweede Kamer nauwelijks steun.)

Er is al met al geen enkel steekhoudend argument om te veronderstellen dat private investeringen tot een hogere kwaliteit zullen leiden. In de pleidooien voor deze wet wordt slechts betoogd wat altijd met meer markt wordt betoogd: dat het beter zou zijn voor de kwaliteit en doelmatigheid. Inmiddels zouden we gezien de debacles in volkshuisvesting, de kinderopvang en de thuiszorg beter moeten weten.⁸

Toegankelijkheid

Gelukkig betoogt niemand dat de toegankelijkheid van de zorg door dit wetsvoorstel vergroot zal worden. Er is wel vrees voor verminderde toegankelijkheid. Uit een enquête van *Medisch Contact* uit maart 2012 blijkt bijvoorbeeld dat 73% van de medisch specialisten tegen winstuitkering is omdat men vreest dat ziekenhuizen dan vooral rendabele behandelingen gaan aanbieden en zij patiënten zullen selecteren die winst opleveren. Ook in de Memorie van Toelichting bij het wetsvoorstel

wordt dit risico erkend.⁹ Maar 'vrije prijsvorming' zou dit risico indammen: 'Dit risico bestaat [...] in principe alleen bij behandelingen waarvoor geen vrije prijsvorming geldt (en waarvoor de vastgestelde prijs niet kostendekkend is). Voor behandelingen met vrij onderhandelbare prijzen komt door vraag en aanbod immers vanzelf een marktconforme prijs tot stand. Voor behandelingen met maximumtarieven geldt dat in principe ook, tenzij de marktconforme prijs boven het maximumtarief ligt.'¹⁰

Hoezo zorgt vrije onderhandeling ervoor dat niet-rendabele behandelingen verricht blijven worden? Die zijn immers niet rendabel? Onrendabele producten verdwijnen uit de markt, dat is toch de tucht van de markt? Welk belang heeft de private investeerder bij onrendabele behandelingen?

Verondersteld wordt vermoedelijk dat dit belang zal zijn het 'waarborgen van de continuïteit'.¹¹ De Memorie van Toelichting erkent echter ook dat er een risico is op discontinuïteit: 'Bestuurders kunnen een prikkel hebben om risicovol gedrag te vertonen (denk aan prestigieuze investeringen en nieuwbouw), omdat ze hiervan wel de voordelen ondervinden (bijvoorbeeld prestige), maar niet zelf de risico's dragen.' Maar dit wordt niet als een onoverkomelijk obstakel gezien: 'Dit probleem wordt opgelost indien een private investeerder eigenaar wordt en ook zeggenschap krijgt.'¹²

Hoezo zou een private investeerder dankzij eigenaarschap en zeggenschap minder risico's nemen? Hij kan zich toch gewoon inkopen en er snel met de buit weer vandoor gaan? Ook hier moeten we leren van de thuiszorg en de kinderopvang: alleen al in 2014 gingen ruim dertig kinderopvangbedrijven failliet, begin juli de grootste, Estro, met 340 locaties. Branchevoorzitter Staal verwacht dit jaar nog honderden faillissementen, zei hij voor BNR-nieuwsradio op 7 juli 2014.

De regering deelt de zorgen om de continuïteit van medisch specialistische zorg bij winstuitkering en heeft daarom in de wet een

driejaarstermijn ingevoerd: men mag pas drie jaar na de eerste investering winst uitkeren. Dat moet risicozoekers weren. Maar drie jaar is niet lang: zelfs voor private equity- en hedgefondsen is dit een periode die te overzien is. Bovendien zit hier een ernstig veronachtzaamde adder onder het gras: deze termijn geldt echter alleen *vanaf het moment van investeren van de eerste investeerder*, het geldt niet voor volgende investeerders.

De wet versterkt de marktmachten en vernietigt de democratische structuur

Ook de Raad van State maakte zich hierover in zijn advies grote zorgen: 'Het wetsvoorstel bepaalt dat de winst pas na een bepaalde termijn mag worden uitgekeerd. Het bepaalt daarentegen niet dat winst die is gemaakt in de daaraan voorafgaande jaren, niet mag worden gereserveerd en daarna gecumuleerd mag worden uitgekeerd. Zo bezien, is de betekenis van de wachttijd voor het beoogde doel betrekkelijk. (...) Daar komt bij dat een investeerder die nadien het aandelenpakket overneemt, niet of nauwelijks met deze voorwaarde lijkt te worden geconfronteerd.' Een amendement van het CDA dat regelde dat deze driejaarstermijn zou gelden voor elke investering, is verworpen. De PvdA stemde tegen. Daarmee is de driejaarstermijn een papieren tijger en valt er voor de continuïteit zeer te vrezen.

Een PvdA-amendement dat de continuïteit van zorg moet waarborgen is wel aangenomen. Dit amendement regelt dat de NZa vooraf toetst in hoeverre met een winstuitkering de continuïteit van zorg in gevaar komt. Veel valt daar niet van te verwachten omdat een investeerder natuurlijk nooit gaat zeggen dat hij zich alleen op lucratieve patiënten zal toe-

leggen. Het zal vooral veel extra bureaucratie eisen aan ziekenhuizen opleveren, die immers de rapportages hiervoor zullen moeten aanleveren.

Democratie

De meest zorgelijke en minst belichte implicatie van dit wetsvoorstel is dat het een regelrechte aanslag is op het democratisch gehalte van de zorg. Vóór de introductie van marktwerking werd het beleid ten aanzien van ziekenhuizen bepaald door de relevante stakeholders: vooral de overheid, maar daarnaast ook wel door artsen (in het medisch stafbestuur), ander personeel (in de ondernemingsraad) en een beetje door actuele en potentiële patiënten en hun naasten (in de cliëntenraad) en door de raad van toezicht.

De raad van toezicht is weliswaar geen democratisch gekozen orgaan, maar het is wel een cruciale 'countervailing power' tegen de macht van bestuurders van instellingen. In alle belangrijke beleidszaken heeft de raad van toezicht van een zorginstelling nu nog een doorslaggevende stem: de raad kan als enige de bestuurders ontslaan, en grote beleidswijzigingen zoals nieuwbouw, fusies en reorganisaties kunnen zonder toestemming van de raad van toezicht geen doorgang vinden.

Sinds de introductie van marktwerking zijn al deze partijen gebleven maar de invloed van (schade)verzekeraars, banken en markttoezichthouders is wel sterk vergroot. 'Geld is waanzinnig dominant geworden. Er wordt constant gekeken naar productiviteit en doelmatigheid' in de woorden van een ziekenhuisbestuurder in *De Groene Amsterdammer*.¹³ Bij besluiten is de vraag wat de banken en verzekeraars zouden denken en doen voortdurend aanwezig, ook al praten zij niet direct mee.

Het wetsvoorstel versterkt de marktmachten nog verder en vernietigt wat over is aan democratische structuur. De raad van toezicht heeft geen instemmingsrecht over winstuitkeringen: deze krijgt slechts het recht *gehoord* te worden. De aandeelhouders zullen een veel

grotere rol spelen, alleen al door het feit dat ze er zijn, ze hoeven daar niets voor te doen of te zeggen. (En zo wil het wetsvoorstel het ook, want dat veronderstelt dat de zaak dan efficiënter wordt, in weerwil van de feiten: sinds de introductie van marktwerking zijn de kosten immers sterk gestegen.)

Ook maakt de wet het mogelijk dat private investeerders mede-eigenaar worden van zorginstellingen. Een pensioenfonds of verzekeraar als mede-eigenaar, wat zal dat met de zorg doen? Hoeveel invloed blijft er dan nog over voor andere partijen? Daarbij moeten ziekenhuizen van stichtingen omgevormd worden tot nv's of bv's of coöperaties: wat betekent dit voor hun missie en hun oriëntatie op het publieke belang? Het bestuur van de instelling moet weliswaar goedkeuren dat er winst wordt uitgekeerd, maar is nauwelijks in de positie dit te weigeren (en zoals gezegd: de raad van toezicht heeft hier geen stem in). Het bestuur mag een winstuitkering alleen weigeren 'indien het weet of redelijkerwijs behoort te voorzien dat de zorgaanbieder na de uitkering niet zal kunnen blijven voortgaan met het betalen van zijn opeisbare schulden'.¹⁴

De SP heeft een amendement voorgesteld om te bewerkstelligen dat het adviesrecht van de raad van toezicht ten aanzien van winstuitkering wordt vervangen door een instemmingsrecht. De minister ontraadde het amendement met het argument: 'door het amendement gaat de raad van toezicht op de stoel van de raad van bestuur zitten'.¹⁵ De PvdA stemde tegen en het amendement is verworpen.

Verleiden met tijdelijke versiering

In de Memorie van Toelichting wordt er, op basis van onderzoek in het buitenland, van uitgegaan dat slechts 10% tot 15% van de zorgaanbieders winst zal gaan uitkeren. Het onderzoek waar het kabinet zich op baseert heeft vooral betrekking op Zweden, waar de situatie heel anders is. In Zweden is de lokale overheid eigenaar van de zorg. Financieringsproblemen

zoals aan het begin van dit artikel genoemd, spelen daar dus niet.

Het kabinet gaat ervan uit dat ziekenhuizen een vrije keuze hebben of ze winst uitkeren of niet. Dat spoort niet met de belangrijkste redenen om de wet in te voeren, namelijk dat ziekenhuizen serieuze problemen met hun financiering hebben die alleen private investeerders kunnen oplossen. Veel waarschijnlijker is het volgende scenario: ziekenhuizen die niet meedoen, kunnen niet concurreren. De bank zal vervolgens de rentetarieven nog verder verhogen, de verzekeraar gaat nog moeilijker doen over contracten, het ziekenhuis moet van de verzekeraar een ontoelaatbare hoeveelheid mensen ontslaan... En dan moet het ziekenhuis wel zijn toevlucht nemen tot een private investeerder. Er valt helemaal niets te kiezen.

Ten slotte wordt ook de politieke werking van wetgeving onderschat. Rond de invoering wordt er over allerlei voorwaarden gesproken en worden zaken daarmee afgedicht, om ook de meer kritische partijen in de coalitie (en liefst ook oppositie) mee te krijgen en gerust te stellen. Maar in latere jaren kunnen wetten gemakkelijk en in relatieve stilte bijgesteld worden, met soms tamelijk verstrekkende gevolgen.

De Wet op de kinderopvang is aangenomen door linkse partijen omdat zo de kinderopvang voor midden en lagere inkomens beter toegankelijk werd gemaakt. Inmiddels zijn de tarieven zo verhoogd dat de wet vandaag de dag zeker niet meer door de Tweede en Eerste Kamer zou komen. Zo ook met de Wmo: deze is in de Tweede Kamer aangenomen met steun van heel veel partijen omdat de staatssecretaris garandeerde dat het bedrag 'schoon aan de haak' over ging naar gemeenten. Met wat er nu voor de Wmo over is, zou ook deze in de Tweede Kamer gesneuveld zijn. Een andere doorslaggevende factor waarom de Wmo zo breed werd aangenomen was de 'compensatieplicht' — de plicht van de overheid om moeilijkheden bij de participatie of zelfredzaamheid van mensen met beperkingen te

compenseren – dit wordt nu een gemeentelijke regeling die een heel ander karakter krijgt.

Bij het beoordelen van een wetsvoorstel zoals dat op de winstuitkering in ziekenhuizen, moeten de sluipende veranderingen die achteraf mogelijk zijn, in het achterhoofd worden gehouden. Een kritische politicus kan over de streep getrokken worden met toezeggingen die later gemakkelijk stilletjes kunnen worden ingetrokken. De kerstballen en de

piek, daarmee word je verleid, maar uiteindelijk blijft de kerstboom over. Bij de beoordeling van de wet is het dus zaak de boom te beoordelen, niet de tijdelijke versiering.

De kern van de wet voor winstuitkering is: publieke instellingen komen in private handen waardoor de democratische controle nog verder verzwakt, de kosten zullen stijgen, en geld het wint van kwaliteit en professionaliteit. Dit kan een sociaal-democratisch politicus niet over zijn kant laten gaan.

Noten

- 1 Memorie van Toelichting bij het wetsvoorstel voor winstuitkering in ziekenhuizen, paragraaf 2, p. 6.
- 2 Memorie van Toelichting, paragraaf 1.4, p. 6.
- 3 Memorie van Toelichting, p. 5.
- 4 Memorie van Toelichting, p. 8.
- 5 Lloyd, E. & Penn, H. (2010), 'Why do childcare markets fail?: Comparing England and the Netherlands', *Public policy research*, 17(1), pp. 42-48.
- 6 Vos, C. de (2014). Kwaliteit, disciplineren en sturing: Een historisch sociologisch onderzoek naar de vormgeving van kwaliteit van zorg in ziekenhuizen (Doctoral dissertation, Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (iBMG)).
- 7 Memorie van Toelichting, paragraaf 1.2.1.
- 8 Lloyd, E. & Penn, H. (2010), 'Why do childcare markets fail?: Comparing England and the Netherlands', *Public policy research*, 17(1), pp. 42-48; Murveeman, I., Hardy, B., Steenbergen, M. & Wistow, G. (2003), 'Development of integrated care in England and the Netherlands: managing across public-private boundaries', *Health policy*, 65(3), pp. 227-241.
- 9 'Door het toestaan van winstuitkering is mogelijk dat zorgaanbieders zich met name willen richten op de meest rendabele zorgprestaties (die minder kosten dan ze opbrengen). Dat brengt het risico met zich mee dat onrendabele behandelingen niet meer worden aangeboden, waardoor de toegankelijkheid van zorg in het geding komt.' Memorie van Toelichting bij het wetsvoorstel voor winstuitkering in ziekenhuizen, p. 9.
- 10 Memorie van Toelichting, p. 9.
- 11 'De private investeerder [zal] sterk hechten aan continuïteit van de aanbieder', stelt de Memorie van Toelichting, p. 2.
- 12 Memorie van Toelichting, p. 2.
- 13 *De Groene Amsterdammer*, 26 juni 2014.
- 14 Nota van wijziging van de WTZI en andere wetten, artikel 16d.
- 15 Plenaire vergadering over het wetsvoorstel in de Tweede Kamer, 26 juni 2014.