

Winstuitkering bij ziekenhuiszorg

Er zijn belangrijke redenen om instellingen voor medisch-specialistische zorg vrij te stellen van het huidige verbod op winstuitkering, zoals het kabinet voorstelt. De voorwaarden in het voorliggende wetsvoorstel zijn echter deels weinig effectief in het voorkomen van mogelijke negatieve gevolgen en deels onnodig beperkend. Een naar zorgtype gedifferentieerde aanpak verdient de voorkeur.

EMKE PLOMP

Arts bij het UMC
Utrecht en gezondheidsjurist

ERIK SCHUT

Hoogleraar aan de
Erasmus Universiteit
Rotterdam

MARCO

VARKEVISSER

Universitair hoofd-
docent aan de
Erasmus Universiteit
Rotterdam

Het kabinet wil het voor ziekenhuizen – uitgezonderd de acht universitaire medische centra- en zelfstandige behandelcentra (ZBC's) mogelijk maken om winst uit te keren aan private risicodragende investeerders. Momenteel bestaat die mogelijkheid al voor instellingen voor extramurale psychiatrische zorg, huisartsenzorg, verloskundige zorg, kraamzorg, farmaceutische zorg, ziekenvervoer en extramurale AWBZ-zorg. Voor instellingen die medisch-specialistische zorg aanbieden, geldt op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) momenteel nog een verbod op winstuitkering. In het wetsvoorstel dat op dit moment bij de Tweede Kamer ligt (Tweede Kamer, 2012a; 2013) wordt winstuitkering voor deze zorgaanbieders onder voorwaarden toegestaan.

Over nut en noodzaak van het opheffen van het verbod op winstuitkering voor ziekenhuizen en ZBC's zijn de meningen verdeeld (Phlippen, 2012; Visser, 2012; FD, 2012; Rosenberg en Wester, 2012; Plomp en Varkevisser, 2013). Bovendien is het de vraag of de in het wetsvoorstel gestelde voorwaarden nodig en voldoende zijn.

De auteur heeft verklaard dit artikel alleen te publiceren in ESB en niet elders te publiceren in wat voor medium dan ook. Het is wel toegestaan om het artikel voor eigen gebruik en voor publicatie op een intranet van de werkgever van de auteur aan te wenden.

VOORDELEN WINSTUITKERING

Het toestaan van winstuitkering biedt belangrijke voordelen (Van der Geest en Varkevisser, 2010; Plomp, 2011). Privaat kapitaal kan bijdragen aan een versterking van het eigen vermogen van ziekenhuizen en kan daarmee op korte termijn een oplossing bieden voor de financieringsproblemen die een deel van de ziekenhuizen ondervindt. Het faillissement van het Ruwaard van Putten Ziekenhuis in Spijkenisse en de nipte redding van het noodlijdende LangeLand Ziekenhuis in Zoetermeer zijn hiervan treffende praktijkvoorbeelden. Hoewel de meeste ziekenhuizen de afgelopen jaren hun vermogenspositie enigszins hebben weten te versterken (BDO, 2012), zijn vooral sinds 2012 ook de financiële risico's voor ziekenhuizen fors toegenomen. Door de liberalisering van de prijzen (van gemiddeld 34 naar 70 procent van de omzet), de toegenomen eigen verantwoordelijkheid voor de financiering van kapitaallasten en de nieuwe wettelijke mogelijkheid voor de minister van VWS om bij overschrijding van het macrobudget kortingen op te leggen (Schut *et al.*, 2011) zijn de financiële risico's voor ziekenhuizen de afgelopen jaren sub-

Contractfalen

KADER 1

Contractfalen is een bijzondere vorm van marktfalen die wordt veroorzaakt door het moeilijk kunnen observeren, meten of verifiëren van bepaalde aspecten van een product of dienst (Hansmann, 1980). Met andere woorden, er is sprake van contractfalen wanneer zowel consumenten, via bijvoorbeeld vraagsturing, zorgverzekeraars, via leveringscontracten, als de overheid, via regulering, niet in staat zijn om voldoende controle uit te oefenen op de prestaties van de op een markt aanwezige ondernemingen.

stantieel vergroot. Bovendien zijn ook de zorgverzekeraars sinds 2012 veel scherper gaan onderhandelen over de prijs en hoeveelheid ziekenhuiszorg die zij inkopen, omdat zij – als gevolg van de afschaffing van de zogeheten ex-post verevening – niet langer gecompenseerd worden voor eventuele verliezen op ziekenhuisuitgaven. Weliswaar hebben ziekenhuizen in 2012 nog een gemiddelde winst van circa twee procent gerealiseerd, maar deze bestaat volgens Achmea voornamelijk uit incidentele baten op basis van een tijdelijke vangnetregeling (Olsthoorn, 2013). Nog versterkt door de huidige bankencrisis zorgt het toegenomen insolventierisico ervoor dat banken op dit moment terughoudend zijn met het verstrekken van leningen (vreemd vermogen) aan ziekenhuizen. Zij eisen hogere risicopremies (in de vorm van hogere rentes) en stellen hogere eisen aan de omvang van het eigen vermogen. Aangenomen wordt dat de komende jaren een weerstandsvermogen van minimaal 20 à 25 procent (Deloitte, 2012) en een solvabiliteit van minimaal 20 procent (BDO, 2012) noodzakelijk zullen zijn om de toegenomen risico's het hoofd te kunnen bieden, terwijl de solvabiliteit van algemene ziekenhuizen in 2011 gemiddeld 14,9 procent bedroeg (BDO 2012). In de praktijk vereisen banken vaak al een solvabiliteit van minimaal 20 procent voor de financiering van bouwprojecten (Berenschot, 2011).

Een meer structureel – en daarmee op de langere termijn belangrijker – effect is echter dat het toelaten van winstuitkering ook de marktdynamiek kan bevorderen. De toetreding van private investeerders tot de markt kan de concurrentie tussen zorgaanbieders een positieve impuls geven (Dijkgraaf *et al.*, 2006). Dit zou kunnen bijdragen aan een verhoging van de efficiëntie, mits de markt voldoende transparant is om zogeheten contractfalen (kader 1) te voorkomen. Daarnaast kunnen private investeerders – door het kapitaal, de bedrijfs-economische kennis en de ondernemersvaardigheden die zij meebrengen – een positieve bijdrage leveren aan innovaties, die op de langere termijn van cruciaal belang zijn om aan de veranderende wensen van patiënten tegemoet te komen.

RISICO'S WINSTUITKERING

Het onvoorwaardelijk toestaan van winstuitkering bij ziekenhuizen en ZBC's kan echter leiden tot problemen door een combinatie van asymmetrische informatie en verkeerde prikkels. Dit is het geval wanneer de prijs, de noodzaak en/of de kwaliteit van zorg door de afnemers (patiënten, zorgverzekeraars) niet goed beoordeeld kunnen worden als gevolg van contractfalen. Ziekenhuizen kunnen hun winst dan vergroten door meer, duurder en/of minder goede zorg te leveren (Dijkgraaf *et al.*, 2006). Problemen die dan kunnen ontstaan zijn het leveren van onnodig veel zorg (aanbodgeïnduceerde vraag), onredelijke prijsverhogingen, disproportionele beloningen van bestuurders, het onterecht in rekening brengen van dure zorg (upcoding), onverantwoorde bezuinigingen op de kwaliteit en het aanbod van zorg, patiëntselectie en het weglekken van collectieve middelen (Plomp, 2011).

In meta-analyses van Amerikaanse studies zijn geen systematische verschillen gevonden tussen wel en niet op winst gerichte ziekenhuizen wat betreft de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg (Varkevisser, 2008; Jeurissen, 2010). Wel blijken op winst gerichte ziekenhuizen vaker substantieel hogere prijzen in rekening te brengen en zijn er aanwijzingen dat zij

zich eerder schuldig maken aan patiëntselectie (Dijkgraaf *et al.*, 2006). Doordat de bevindingen echter sterk afhankelijk lijken van de context, zoals het gehanteerde bekostigingssysteem, de mate en aard van de aanwezige concurrentie en de invloed van zorgverzekeraars, is het niet goed mogelijk om hieruit generaliseerbare conclusies te trekken.

Duidelijk is wel dat de potentiële risico's van het toestaan van winstuitkering toenemen naarmate de informatieasymmetrie en de belangentegenstellingen tussen ziekenhuizen en afnemers groter zijn. Dit impliceert dat het stellen van stringente voorwaarden aan winstuitkering – of het verbieden daarvan – nuttiger is naarmate de complexiteit van de zorg toeneemt en er meer prikkels bestaan om misbruik te maken van informatieasymmetrie.

WETTELIJKE VOORWAARDEN WINSTUITKERING

Ook het kabinet is van mening dat het ongeclausuleerd toestaan van winstuitkering risico's kan meebrengen. Om een achteruitgang van de kwaliteit van zorg, problemen met betrekking tot de financiële stabiliteit en continuïteit van zorgaanbieders en het wegvloeiën van overheidsmiddelen via winstuitkeringen te voorkomen, worden aanvullende maatregelen gewenst geacht. De belangrijkste voorwaarden uit het nu voorliggende wetsvoorstel zijn samengevat in kader 2.

KANTTEKENINGEN BIJ WETTELIJKE VOORWAARDEN

De voorgestelde wettelijke voorwaarden zijn aan de ene kant deels onnodig restrictief, maar schieten aan de andere kant deels tekort om het risico op contractfalen effectief te voorkomen.

Onnodig restrictief

De toegevoegde waarde van de voorgestelde wachttijd van drie jaar na de eerste investering alvorens tot winstuitkering mag worden overgegaan, is zeer beperkt. Deze voorwaarde dient om investeerders met een bejag op kortetermijnwinst af te schrikken. Ziekenhuizen zullen echter sowieso al investeerders aantrekken die primair geïnteresseerd zijn in waardevolmeerdering op lange termijn. Immers, de rendementen

Voorgestelde voorwaarden in voorliggende wetsvoorstel

KADER 2

1. Het ziekenhuis of de ZBC moet een eenmalige kwaliteitstoets door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) hebben doorstaan.
2. Op het moment van de winstuitkering mag op het ziekenhuis of de ZBC geen handhavingsmaatregel van de IGZ van toepassing zijn.
3. Winstuitkering mag pas drie jaar na de eerste investering plaatsvinden.
4. Het ziekenhuis of de ZBC mag geen financiële overheidssteun ontvangen en geen gebruik maken van overheidsgaranties.
5. In de voorafgaande drie jaren moet een positief resultaat zijn behaald.
6. Na winstuitkering dient de solvabiliteit – dat wil zeggen het eigen vermogen als percentage van het balanstotaal – (nog steeds) minimaal twintig procent te bedragen.

De auteur heeft verklaard dit artikel alleen te publiceren in ESB en niet elders te publiceren in wat voor medium dan ook. Het is wel toegestaan om het artikel voor eigen gebruik en voor publicatie op een intranet van de werkgever van de auteur aan te wenden.

van ziekenhuizen zijn relatief laag en zorgverzekeraars krijgen steeds sterkere financiële prikkels om scherp in te kopen. Daar komt bij dat de politieke ruimte voor omzetsijgingen uiterst beperkt is, met als gevolg dat overheidsingrijpen dreigt als de winsten te sterk oplopen. Bovendien zorgt de eis dat na winstuitkering de solvabiliteit minimaal twintig procent dient te bedragen ervoor dat de eerste jaren naar verwachting nageenog geen (hoge) winstuitkeringen kunnen worden gedaan. Een wettelijke minimale investeringsduur lijkt dus overbodig. Indien daarvoor toch wordt gekozen, is het rationeler om deze eis ten aanzien van iedere nieuwe investeerder te stellen (Baarsma *et al.*, 2012; Plomp, 2012a).

Daarnaast is onwenselijk om ziekenhuizen van winstuitkering uit te sluiten die gebruikmaken van overheidsgaranties. Als gevolg hiervan zou namelijk een aanzienlijk deel van de ziekenhuizen op voorhand niet in aanmerking komen voor het doen van winstuitkeringen – en dus niet aantrekkelijk zijn voor investeerders – tenzij in het verleden afgesloten leningen (fors duurder) worden geherfinancierd (Plomp, 2012a).

Het is onwenselijk om ziekenhuizen van winstuitkering uit te sluiten die gebruikmaken van overheidsgaranties

Ook de bepaling dat in de drie jaren voorafgaand aan een winstuitkering een positief resultaat moet zijn behaald, lijkt onnodig restrictief. Een (eenmalig) negatief resultaat kan diverse oorzaken hebben en impliceert daarom niet automatisch dat winstuitkering in daaropvolgende jaren onverantwoord is. Het kabinet acht deze voorwaarde noodzakelijk om te voorkomen dat een zorgaanbieder die niet structureel gezond is, toch winst uitkeert. Dit wordt echter al voorkomen door de minimale solvabiliteitseis.

Onvoldoende effectief

Het kabinet is van mening dat de risico's op kostenoverschrijding na het toestaan van winstuitkering effectief kunnen worden gepareerd met het bestaande wettelijke instrumentarium. Deze veronderstelling is aanvechtbaar. Weliswaar kan bij overschrijding van het macrobudget een generieke omzetskorting worden opgelegd om kostenoverschrijdingen op macroniveau tegen te gaan, maar deze mogelijkheid is niet zonder prijs. De (dreigende) inzet van dit zogeheten macrobeheersingsinstrument zal potentiële investeerders namelijk zodanig afschrikken dat private investering in een ziekenhuis of ZBC in de praktijk weinig aantrekkelijk is (Schut *et al.*, 2011; Plomp, 2011). Bij de effectiviteit van het bestaande wettelijke instrumentarium kunnen dus wel degelijk vraagtekens worden geplaatst. Om het risico op excessieve prijs- en volumestijging structureel tegen te gaan, is het veel beter om

de oorzaken daarvan aan te pakken, te weten informatieasymmetrie en verkeerde prikkels. Dit betekent dat het verbeteren van betrouwbare en publiek toegankelijke informatie over de kwaliteit van zorg in ziekenhuizen en ZBC's topprioriteit verdient. Daarnaast is ook een effectief mededingingsbeleid onontbeerlijk om het ontstaan en misbruik van machtsposities tegen te gaan. De huidige fusiegolf in de ziekenhuissector en het ontbreken van kritische fusietoetsing door de Autoriteit Consument & Markt (ACM) baart in dit opzicht grote zorgen (Varkevisser *et al.*, 2012).

Ook verdient het tegengaan van verkeerde prikkels meer aandacht. Zo worden in het wetsvoorstel ten onrechte geen voorwaarden gesteld om bescherming te bieden tegen belangenverstrengeling door bepaalde groepen aandeelhouders. Gedacht zou bijvoorbeeld kunnen worden aan het beperken van aandelenbezit door leden van de raad van toezicht, een meldingsplicht van houders van een gekwalificeerde deelneming, eventueel in combinatie met de toekenning aan de NZa van de bevoegdheid om in te grijpen wanneer aandeelhouderschap door deze partijen tot ongewenste gevolgen leidt (Plomp, 2011; 2012a). Tevens is het – voor het versterken van positieve prikkels – van belang om de ongelijkheid in de fiscale behandeling van wel en niet op winst gerichte zorginstellingen weg te nemen (Plomp, 2011).

MEER DIFFERENTIATIE

Feit is dat de risico's op het toestaan van winstuitkering toenemen met de complexiteit van de zorg. In het huidige wetsvoorstel is de mate van differentiatie echter minimaal. Alleen academische ziekenhuizen en intramurale AWBZ-instellingen blijven onderhevig aan het verbod op winstuitkering. Instellingen die naast intramurale AWBZ-zorg ook andere zorgvormen met winst oogmerk (zoals extramurale AWBZ-zorg of medisch-specialistische zorg) willen aanbieden dienen de verschillende activiteiten in verschillende rechtspersonen onder te brengen, waarop (vooral nog) verschillende wettelijke regimes van toepassing zijn (Tweede Kamer, 2012b). Voor de rest van de medisch-specialistische zorg gelden echter dezelfde voorwaarden. Bij de keuze van de verschillende maatregelen, zo blijkt uit de memorie van toelichting (Tweede Kamer, 2012b), is telkens in algemene zin de bescherming van de publieke belangen afgewogen tegen de beperkende invloed van de betreffende maatregelen op de investeringsbereidheid van potentiële kapitaalverschaffers. Hierbij is geen rekening gehouden met de verschillen tussen de (deel)markten waarop aanbieders van medisch-specialistische zorg actief zijn. Gelet op de sterk uiteenlopende complexiteit van ziekenhuiszorg en de verschillen die bestaan ten aanzien van de observeerbaarheid, meetbaarheid en verifieerbaarheid van uiteenlopende ziekenhuisprestaties valt een nadere differentiatie te overwegen. Zo is het risico op contractfalen voor bijvoorbeeld spoedeisende zorg, topklinische zorg en topreferente zorg aanzienlijk groter dan voor basiszorg of routinematige zorg. Een meer gedifferentieerde benadering zou ook in lijn zijn met de huidige situatie, waarin voor individuele beroepsbeoefenaren en aanbieders van extramurale psychiatrische zorg, extramurale AWBZ-zorg, verloskundige zorg, kraamzorg, ambulancezorg en farmaceutische zorg in het geheel geen (bijzondere) voorwaarden gelden voor het doen van winstuitkeringen.

De auteur heeft verklaard dit artikel alleen te publiceren in ESB en niet elders te publiceren in wat voor medium dan ook. Het is wel toegestaan om het artikel voor eigen gebruik en voor publicatie op een intranet van de werkgever van de auteur aan te wenden.

Een nadere differentiatie van de voorwaarden voor winstuitkering naar zorgactiviteit kan worden vormgegeven door te vereisen dat deze activiteiten in afzonderlijke rechtspersonen worden ondergebracht. Een alternatieve mogelijkheid is om te bepalen dat op rechtspersonen waarin bepaalde, nader aan te wijzen, vormen van zorg zijn ondergebracht een aantal aanvullende voorwaarden van toepassing zijn. Zorginstellingen zouden dan bijvoorbeeld zelf kunnen beslissen of zij de toepasselijkheid van deze voorwaarden willen beperken door deze bijzondere vormen van zorg in een aparte rechtspersoon onder te brengen, dan wel het zware regime op al hun zorgactiviteiten van toepassing laten zijn.

Op deze wijze zou er bijvoorbeeld voor gekozen kunnen worden om voor rechtspersonen die bepaalde vormen van zorg aanbieden aanvullende kwaliteits- en solvabiliteitseisen te stellen als voorwaarde voor winstuitkering. Daarnaast kan voor dergelijke rechtspersonen financieel toezicht door de NZa mogelijk worden gemaakt. Ook zouden rechtspersonen die deze vormen van zorg aanbieden (vooralsnog) kunnen worden uitgezonderd van de mogelijkheid tot winstuitkering, indien de risico's daarvan te omvangrijk worden geacht (Plomp, 2012b). Ten slotte zou een dergelijke meer gedifferentieerde regeling voor academische ziekenhuizen de mogelijkheid kunnen bieden om – naast zorgactiviteiten die op basis van de beschikbaarheidsbijdrage voor academische zorg zijn gefinancierd – ook commerciële activiteiten te ontplooiën, waardoor het speelveld tussen academische en niet-academische instellingen minder ongelijk zou worden (Plomp, 2012b). De juridische uitwerking van een gedifferentieerde regeling zou eventueel kunnen worden vergemakkelijkt door – net als bijvoorbeeld bij instellingen voor (sociale) volkshuisvesting – aan te sluiten bij de regeling voor zogenaamde 'diensten van algemeen economisch belang' (DAEB's). Op rechtspersonen die vormen van zorg aanbieden en die door de overheid als DAEB zijn aangewezen, zou dan een zwaar regime van toepassing kunnen worden verklaard en op rechtspersonen die enkel niet-DAEB's aanbieden een licht regime (Plomp, 2012b).

CONCLUSIE

Er zijn belangrijke argumenten om ziekenhuizen en ZBC's vrij te stellen van het huidige verbod op winstuitkering. Niet alleen hebben deze instellingen door de toegenomen financiële risico's dringend behoefte aan meer eigen vermogen, maar ook kunnen private investeerders de concurrentie tussen zorgaanbieders bevorderen en bijdragen aan het gewenste ondernemerschap in de zorg. Om mogelijke negatieve gevolgen van het toestaan van winstuitkering te voorkomen is het verstandig om specifieke voorwaarden te stellen. Deze dienen de mogelijkheden voor winstuitkering echter niet onnodig te beperken. Voor een aantal onderdelen van het voorliggende wetsvoorstel geldt dat dit wel het geval is. Aan de andere kant schieten de gestelde voorwaarden tekort om het risico op contractfalen voldoende te verlagen. Door een gebrek aan differentiatie wordt onvoldoende recht gedaan aan de verschillen die tussen deelmarkten bestaan. Naarmate er minder sprake is van contractfalen en de door ziekenhuizen en ZBC's geleverde prestaties dus beter te controleren zijn, kunnen aan het toestaan van winstuitkering minder stringente voorwaarden worden gesteld.

De gestelde voorwaarden schieten tekort om het risico op contractfalen voldoende te verlagen

LITERATUUR

- Baarsma, B., M. Kerste en L. Kok (2012) *Winstuitkering ziekenhuizen welkom, met een paar aanpassingen*. Opinie op www.mejudice.nl, 20 april.
- BDO (2012) *BDO-Benchmark ziekenhuizen 2012*. Utrecht: BDO Accountants & Adviseurs.
- Berenschot (2011) *Second opinion. Ziekenhuisstrategieën tegen het licht*. Utrecht: Berenschot.
- Deloitte (2012) *Benchmarkonderzoek ziekenhuizen 2011. Uitkomsten*. Eindhoven: Deloitte.
- Dijkgraaf, E., S.A. van der Geest, M.C.W. Janssen, M. Varkevisser en B. Voogt (2006) *Winstuitkering: winst voor de publieke belangen? Een literatuurstudie*. Rotterdam: SEOR-ECRI.
- FD (2012) Meninge verdeeld over noodzaak winstuitkering. *Het Financieele Dagblad*, 14 april.
- Geest, S.A. van der en M. Varkevisser (2010) Winstverbod ziekenhuizen onder voorwaarden loslaten. *ESB*, 95(4580), 152–154.
- Hansmann, H.B. (1980) The role of nonprofit enterprise. *The Yale Law Journal*, 89(5), 835–901.
- Jeurissen, P.P.T. (2010) *For-profit hospitals. A comparative and longitudinal study of the for-profit hospital sector in four Western countries*. Proefschrift. Rotterdam: iBMG / Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Olsthoorn, S. (2012) Achmea ongerust om opgepompte cijfers. *Het Financieele Dagblad*, 9 juli.
- Phlippen, S. (2012) Vrijmarkt in de zorg. *ESB*, 97(4630), 129.
- Plomp, E. (2011) *Winst in de zorg: juridische aspecten van winstuitkering door zorginstellingen*. Proefschrift. Amsterdam/Den Haag: Universiteit van Amsterdam/Sdu.
- Plomp, E. (2012a) Wetsvoorstel voorwaarden voor winstuitkering aanbieders medisch-specialistische zorg. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, 36(7), 548–563.
- Plomp, E. (2012b) Verbod op winstuitkering door aanbieders van medisch-specialistische zorg op gespannen voet met Europees recht. *Tijdschrift voor Europees recht*, 2012(6), 202–210.
- Plomp, E. en M. Varkevisser (2013) Politiek moet mogelijkheden voor uitkering winst bij ziekenhuizen niet onnodig beperken. *Het Financieele Dagblad*, 8 mei.
- Rosenberg, E. en J. Wester (2012) Voor de hoogste bieder: ziekenhuis, in redelijke staat. *NRC Handelsblad*, 7 juli.
- Schut, F.T., M. Varkevisser en W.P.M.M. van de Ven (2011) Macrobudget ontkracht prijsconcurrentie ziekenhuizen. *ESB*, 96(4610), 294–297.
- Tweede Kamer (2012a) *Voorwaarden voor winstuitkering aanbieders medisch-specialistische zorg: voorstel van wet*. 33168(2).
- Tweede Kamer (2012b) *Voorwaarden voor winstuitkering aanbieders medisch-specialistische zorg: memorie van toelichting*. 33168(3).
- Tweede Kamer (2013) *Voorwaarden voor winstuitkering aanbieders medisch-specialistische zorg: nota van wijziging*. 33168(7).
- Varkevisser, M. (2008) Winst in de ziekenhuiszorg: wat leert de empirie ons? *VGE Bulletin*, 25(1), 12–17.
- Varkevisser, M., E.M.H. Loozen en F.T. Schut (2012) *Falend toezicht op ziekenhuisfusies brengt zorgstelsel in gevaar*. Opinie op www.mejudice.nl, 3 december.
- Visser, J. (2012) Durfkapitaal voor het ziekenhuis. *Medisch Contact*, 67(13), 761–764.

De auteur heeft verklaard dit artikel alleen te publiceren in ESB en niet elders te publiceren in wat voor medium dan ook. Het is wel toegestaan om het artikel voor eigen gebruik en voor publicatie op een intranet van de werkgever van de auteur aan te wenden.