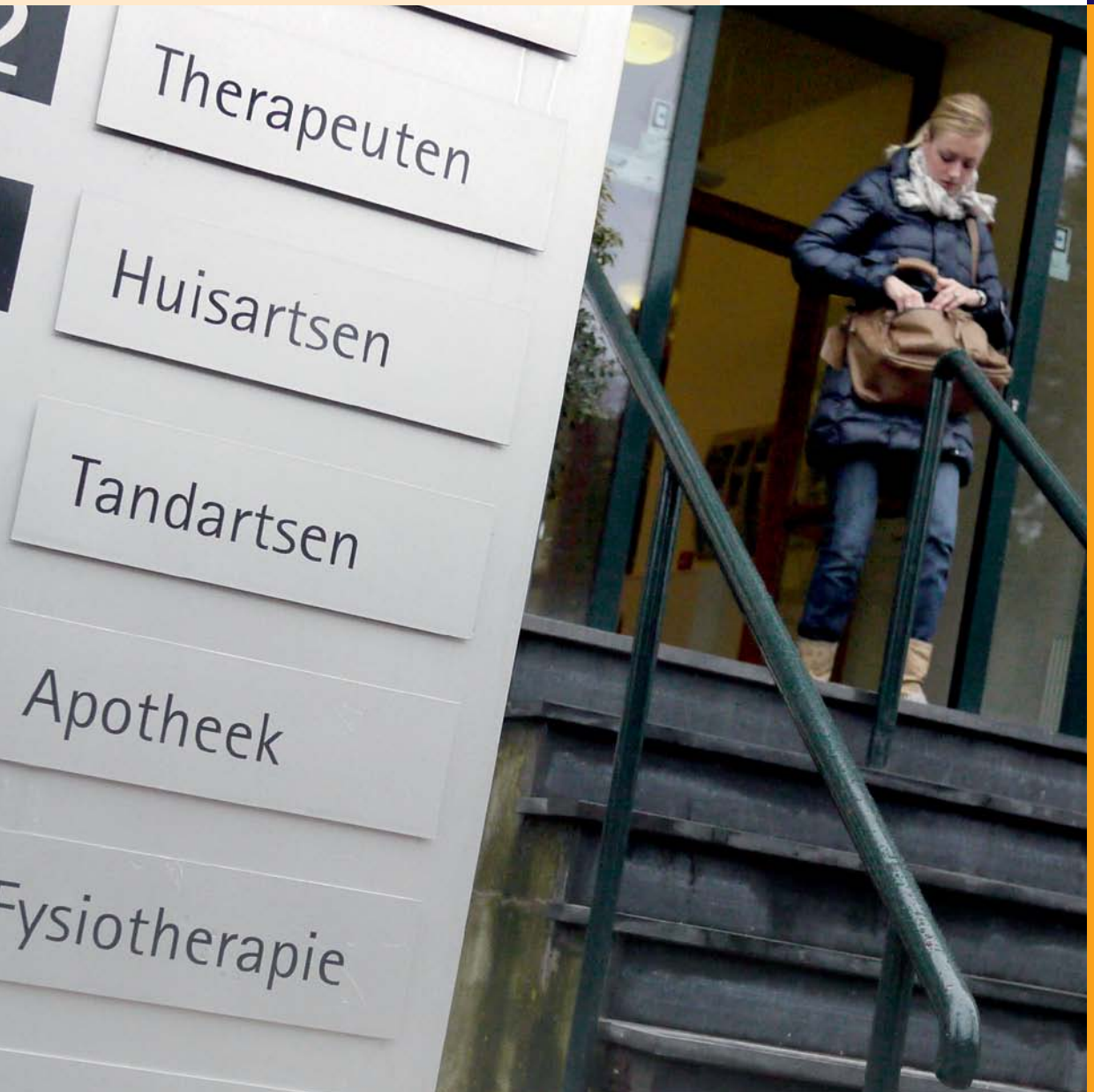


Ziekenhuislandschap 20/20: Niemandland of Droomland?

Achtergrondstudie



Raad voor de Volksgezondheid & Zorg



RVZ raad in gezondheidszorg

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg is een onafhankelijk adviesorgaan voor de regering en voor het parlement. Hij zet zich in voor de volksgezondheid en voor de kwaliteit en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Daarover brengt hij strategische beleidsadviezen uit. Die schrijft de Raad vanuit het perspectief van de burger. Durf, visie en realiteitszin kenmerken zijn adviezen.

Samenstelling Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Voorzitter

Prof. drs. M.H. (Rien) Meijerink

Leden

Mw. mr. A.M. van Blerck-Woerdman

Mr. H. Bosma

Mw. prof. dr. D.D.M. Braat

Mw. E.R. Carter, MBA

Prof. dr. W.N.J. Groot

Prof. dr. J.P. Mackenbach

Mw. drs. M. Sint

Prof. dr. D.L. Willems

Algemeen secretaris

Drs. P. Vos

Ziekenhuislandschap 20/20: Niemandland of Droomland?

drs. W.J. Bos

drs. H.P.J. Koevoets

dr. A. Oosterwaal



**Achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg bij het advies
Medisch-specialistische zorg in 2020**

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Postbus 19404
2500 CK Den Haag
Tel 070 340 50 60
Fax 070 340 75 75
E-mail mail@rvz.net
URL www.rvz.net

Colofon

Ontwerp: Broese en Peereboom
Fotografie: Zorgenbeeld / Frank Muller
Druk: Broese en Peereboom
Uitgave: 2011
ISBN: 978-90-5732-233-4

U kunt deze publicatie bestellen via onze website (www.rvz.net) of per mail bij de RVZ (mail@rvz.net) onder vermelding van publicatienummer 11/05.

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Managementsamenvatting

Demografische, sociaal economische en technologische ontwikkelingen in de Nederlandse samenleving zorgen ervoor dat het huidige ziekenhuislandschap onhoudbaar wordt. De toenemende vergrijzing en ontgroening zullen een ongekeerde impact hebben op de omvang en het type zorgvraag. De toenemende individualisering en diversiteit in de samenleving, in combinatie met de stijgende welvaart en de beschikbaarheid van informatie, leiden ertoe dat de zorgvraag verder stijgt en meer persoonsgericht wordt. Het zorgaanbod zal in toenemende mate afgestemd worden op deze persoonlijke wensen en door internationalisering en technologiegedreven innovaties stijgen de aanbodmogelijkheden.

Deze factoren leiden de komende jaren samen tot een verdere verwachte stijging van de zorgkosten met een groeivoet ver boven die van het nationale inkomen. Dit gaat vroeg of laat knellen in het licht van de beperkte beschikbare middelen: geld en arbeidskrachten.

De toenemende druk zal voor het ziekenhuislandschap verregaande consequenties hebben. Ziekenhuizen zullen hun financiële robuustheid moeten verbeteren en een bijdrage moeten leveren aan het beheersbaar houden van de zorgkosten. Tegelijkertijd, moeten ziekenhuizen voldoen aan een sterk veranderende zorgvraag in combinatie met steeds hoger wordende verwachtingen over de kwaliteit en transparantie van de zorg.

Overigens is deze situatie niet uniek voor Nederland. Een internationale vergelijking laat opvallende overeenkomsten zien met betrekking tot hoe landen op deze uitdagingen reageren: samenwerking tussen eerste en tweede lijn, zorg terug de buurt in, investeringen in e-health, meer transparantie over kwaliteit, een toename van privaat en commercieel aanbod, etc. Dit zijn ontwikkelingen die ook in Nederland al zichtbaar zijn of volgens velen te verwachten zijn.

Het Nederlandse ziekenhuislandschap 2020 als geheel (in aantallen, soorten, onderlinge afhankelijkheden) zal vooral bepaald worden door een drietal grote bewegingen:

1. Buurtgezondheidscentra: de verschuiving van derde en tweedelijnszorg naar zoveel mogelijk lokaal georganiseerde anderhalvelijnszorg. Deze beweging biedt grote voordelen op kwaliteit en kosten maar stuit in de praktijk ook op forse barrières.
2. Portfoliokeuzes: concentratie en spreiding van ziekenhuisvoorzieningen. Ook hier zijn zowel de mogelijkheden als de praktische belemmeringen groot. De huidige praktijk biedt echter niet veel perspectief.
3. Risicodragend kapitaal: er zal meer privaat kapitaal (middels eigen vermogen) de zorg instromen maar hoe en waar kan zeer verschillen. Verschillende investeerders hebben verschillende verdienmodellen die leiden tot verschillende investeringsopties. Wel is duidelijk dat naarmate het reguliere aanbod beter is georganiseerd, private investering minder aantrekkelijk wordt.

Deze bewegingen leiden tot een variëteit aan mogelijke landschappen. Afhankelijk van ontwikkelingen die zich sneller of langzamer zullen voordoen, rollen die actoren al dan niet op zich nemen, keuzes die al dan niet gemaakt worden zal zich een nieuw ziekenhuislandschap aandienen. Hoe dat landschap eruit ziet, hangt sterk af van het antwoord op de vraag of het lukt om een serieuze spreiding en concentratiebeweging in het ziekenhuislandschap op gang te brengen. Lukt

dit niet, dan wordt het bijzonder moeilijk om een hoge dichtheid aan buurtgezondheidscentra tot stand te laten komen, en zullen wij ons in een 'Niemandland' bevinden waar elke regie ontbreekt, samenwerking moeizaam is en risicodragend kapitaal wel eens de ordening aan zou kunnen brengen daar waar bestaande partijen verstek laten gaan. Zelfs als de wil en de capaciteit bij huisartsen bestaat om hun huisartsenpraktijk om te vormen tot een buurtgezondheidscentrum, als de ziekenhuissector niet meewerkt zal het resulterende landschap ('Eilanden') nauwelijks verschillen van 'Niemandland'. Het is niet ondenkbaar dat de spreiding van de zorg richting buurtgezondheidszorg mislukt, terwijl de ziekenhuiszorg zich wel degelijk geconcentreerder organiseert. Het resulterende landschap ('Verland') is weliswaar ordentelijk en doelmatig, maar mist de grote kansen die gepaard gaan met het dichterbij brengen van zorg bij de patiënt in zijn of haar buurt.

Als het lukt een serieuze spreiding en concentratiebeweging in het ziekenhuislandschap op gang te brengen en er een hoge dichtheid aan buurtgezondheidscentra tot stand kan worden gebracht, ontstaat 'Droomland'. In dit landschap staat de patiënt centraal en wordt deze omringd door een brede schil van buurtgezondheidszorg en geconcentreerde ziekenhuiszorg, beiden doelmatig georganiseerd en in staat transparante en een hoge kwaliteit zorg te leveren aan de patiënt.

Deze achtergrondstudie laat zien dat het huidige ziekenhuislandschap zal moeten veranderen om de zorg in de toekomst betaalbaar, toegankelijk en van hoge kwaliteit te houden. Welk landschap tot stand zal komen wordt bepaald door een aantal keuzes. Aan het slot van de studie zijn zeven concrete aanbevelingen opgenomen om deze keuzes te kunnen maken en om richting en snelheid aan de transformatie van het ziekenhuislandschap te kunnen geven.

Proloog

De zorgsector is sterk in beweging. Het bestaande stelsel staat door demografische, sociaal economische en technologische ontwikkelingen stevig onder druk. Een status quo van het huidige ziekenhuislandschap lijkt dan ook onhoudbaar. Maar hoe ziet het ziekenhuislandschap in 2020 en verder er dan uit?

De voorliggende achtergrondstudie Ziekenhuislandschap 2020 geeft een beeld van de ontwikkelingen die de komende jaren op de zorg in het algemeen en de ziekenhuizen in het bijzonder afkomen. Vervolgens wordt een doorkijk gemaakt naar mogelijke ziekenhuislandschappen die zich zouden kunnen voordoen. In deze studie veronderstellen we de inzet en richting van het overheidsbeleid als constant. We ontwikkelen geen scenario's op basis van de vraag waar ander beleid toe zal leiden, maar wel op basis van de vraag wat de verschillende manieren zijn waarop het overheidsbeleid in de praktijk wel of niet door partijen wordt opgepakt. We starten deze studie met een schets van het zorglandschap anno nu (hoofdstuk 1). Dit hoofdstuk kan door iemand die goed thuis is in de organisatie van de Nederlandse zorg wellicht worden overgeslagen. Vervolgens beschrijven we de belangrijkste demografische, sociaal economische en technologische ontwikkelingen in de samenleving en schetsen we de consequenties van deze ontwikkelingen voor de zorg (hoofdstuk 2). In hoofdstuk 3 worden vervolgens de consequenties in de zorg vertaald naar vier drijvende krachten die leidend zijn bij de transformatie van het ziekenhuislandschap. In hoofdstuk 4 geven we een inkijk in de ontwikkelingen en veranderingen in negen andere landen en vergelijken we deze met de ontwikkelingen in en rond de Nederlandse zorg. In hoofdstuk 5 beschrijven we een palet aan veranderingen in het ziekenhuislandschap, welke als bouwstenen dienen voor het ziekenhuislandschap 2020. In hoofdstuk 6 schetsen we, aan de hand van drie grote bewegingen, vier mogelijke ziekenhuislandschappen van de toekomst. We sluiten (in hoofdstuk 7) af met conclusies die uit deze achtergrondstudie getrokken kunnen worden en doen aanbevelingen rond aspecten van het ziekenhuislandschap die in de analyse naar boven kwamen als (mede) bepalend voor de vraag hoe het ziekenhuislandschap zal ontwikkelen.

De studie is door KPMG Advisory N.V. uitgevoerd in opdracht van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) en maakt deel uit van de voorbereidingen die de RVZ treft om te komen tot een advies aan het ministerie van VWS over het toekomstige ziekenhuislandschap.

Het onderzoek is gebaseerd op een veelheid aan bronnen, expertsessies, interviews, data-analyses en een internationale data uitvraag. Wij zijn iedereen die een bijdrage aan de totstandkoming van deze studie heeft geleverd zeer erkentelijk voor de waardevolle informatie en inspirerende gesprekken. Wij hopen dat deze studie de RVZ de informatie biedt die zij nodig heeft om te komen tot een gedegen doch inspirerend advies aan de minister.

Inhoudsopgave

Managementsamenvatting	3
Proloog	5
Hoofdstuk 1 Ziekenhuislandschap anno nu	9
Hoofdstuk 2 Ontwikkelingen rondom de zorg	23
Hoofdstuk 3 Drijvende krachten voor ziekenhuizen	32
Hoofdstuk 4 Wat zien we in het buitenland?	36
Hoofdstuk 5 Bouwstenen voor het ziekenhuislandschap 2020	43
Hoofdstuk 6 Ziekenhuislandschappen	60
Hoofdstuk 7 Conclusies en aanbevelingen	90
Bijlage I Internationale factsheets ziekenhuislandschap	98
Bijlage II Een terugblik op de RVZ studie: medisch-specialistische zorg in de toekomst, 2001	122
Bijlage III Overzicht: expertsessies en interviews	124
Bijlage IV Literatuurlijst	126

Hoofdstuk 1 Ziekenhuislandschap anno nu

Dit hoofdstuk geeft de lezer die minder goed bekend is met het Nederlandse zorgstelsel en ziekenhuislandschap een introductie en in vogelvlucht een overzicht van de voor deze achtergrondstudie relevante feiten. De lezers voor wie dit bekend terrein is, verwijzen wij door naar hoofdstuk 2.

We starten deze achtergrondstudie met een korte schets van het huidige ziekenhuislandschap. We beschrijven de huidige organisatie en de kosten van de zorg in Nederland. Vervolgens schetsen we een aantal ontwikkelingen die momenteel plaatsvinden en beschrijven we relevante onderwerpen van het huidige overheidsbeleid. Tot slot presenteren we de kenmerken en kerncijfers van de huidige eerste, tweede en derdelijnszorg.

1.1 Huidige organisatie van de zorg

1.1.1 *Driedeling in de gezondheidszorg*

De Nederlandse gezondheidszorg is opgebouwd uit drie echelons: de eerste-, tweede- en derdelijnszorg.¹ De relatie tussen de echelons wordt gezien vanuit de patiënt (Boot & Knapen, 2005). De eerstelijnszorg omvat alle zorg die voor iedere Nederlander rechtstreeks toegankelijk is. Voor deze zorg is geen verwijfsbrief nodig. Onder de eerstelijnszorg vallen: de huisarts, de tandarts, de thuiszorg, de eerstelijnspsycholoog, het consultatiebureau en de fysiotherapeut. Ook spoedeisende hulp (SEH) maakt onderdeel uit van de eerste lijn. Binnen de eerste lijn vervult de huisarts een bijzondere rol als poortwachter naar de tweede lijn. Onder de tweedelijnszorg valt alle zorg die alleen toegankelijk is met een verwijfsbrief vanuit de eerste lijn. Dit betekent dat een patiënt bijvoorbeeld via de tandarts naar een kaakchirurg kan worden doorverwezen en via het consultatiebureau naar een kinderarts. De derdelijnszorg omvat hooggespecialiseerde zorg. Professionele hulpverleners kunnen een beroep doen op de derdelijnszorg zoals gespecialiseerde laboratoria of een expertisecentrum van een academisch ziekenhuis.

In deze studie ligt het zwaartepunt bij het ziekenhuislandschap en dus bij de tweede en derdelijns ziekenhuiszorg. De eerste lijn beschrijven wij vooral daar waar deze samenhangt met de tweede en derde lijn.

1.1.2 **Verzekerd van zorg**

Iedere Nederlander heeft recht op veilige, toegankelijke en betaalbare zorg. De toegankelijkheid van de zorg wordt sinds 2006 geborgd door de basisverzekering, welke verankerd is in de Zorgverzekeringswet. De basisverzekering is een verplichte verzekering tegen de kosten van medische interventies. De basisverzekering wordt aangeboden door zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars hebben een acceptatieplicht die hen verplicht burgers als verzekerden onder de basisverzekering te accepteren, ongeacht leeftijd of gezondheidssituatie. Zorgverzekeraars zijn privaatrechtelijke organisaties, vaak coöperaties, die hun inkomsten ontvangen uit de premies die burgers en bedrijven betalen.

1.1.3 Verzekerde ziekenhuiszorg

Verzekerde ziekenhuiszorg wordt geleverd door ziekenhuisinstellingen met een vergunning en een contract met een of meerdere verzekeraars. Naast verzekerde zorg is er ook sprake van onverzekerde zorg. Deze zorg valt buiten de verplichte basisverzekering en dient door consumenten zelf betaald te worden al of niet door middel van een aanvullende verzekering. Zorg die buiten de basisverzekering valt wordt hoofdzakelijk geleverd door privéklinieken en in mindere mate Zelfstandige Behandel Centra (ZBC's).

Tabel 1.1 type ziekenhuizen: aanbod en aantal

Type	Aantal	Aanbod
Reguliere ziekenhuizen	128	
Waarvan		
Algemeen	60	Breed palet basispatiëntenzorg
Academisch	8	Breed palet basispatiëntenzorg, topklinische/top-referente zorg, Onderzoek, Opleiding
Categoriaal	32	Specifieke basispatiëntenzorg
Topklinisch	28	Breed palet basispatiëntenzorg, onderdelen van topklinische/top-referente zorg, Opleiding
Privéklinieken	97	Behandelingen buiten de basisverzekering
ZBC's	129	(Specifieke) behandelingen binnen en buiten de basisverzekering

1.1.4 Type ziekenhuizen

Ziekenhuizen in Nederland worden meestal onderscheiden in reguliere ziekenhuizen, zelfstandige behandelcentra en privéklinieken.

De reguliere ziekenhuizen (de grootste groep) worden gevormd door algemene, categorale, topklinische en academische ziekenhuizen. Algemene ziekenhuizen bieden een breed palet aan basispatiëntenzorg. Categorale ziekenhuizen zijn algemene ziekenhuizen die zich richten op een beperkt aantal aandoeningen, zoals het Oogziekenhuis in Rotterdam en Sint Maartenkliniek in Nijmegen. Topklinische ziekenhuizen verzorgen naast algemene patiëntenzorg op onderdelen ook topklinische en topreferente zorg. Daarnaast vervullen topklinische ziekenhuizen de opleidingsfunctie. Academische ziekenhuizen combineren basispatiëntenzorg met topklinische en topreferente zorg. Topklinische zorg is hooggespecialiseerde zorg (zoals hartchirurgie, neurochirurgie, IVF, etc.), waarvoor relatief dure en gespecialiseerde voorzieningen nodig zijn, veelal met een apart bekostigingskader. Deze zorg heeft doorgaans een bovenregionale functie. Topreferente zorg is hooggespecialiseerde zorg voor patiënten voor wie in beginsel geen doorverwijzing mogelijk was. Het gaat hier bijvoorbeeld om vormen van complexe oncologische chirurgie, cardiochirurgie, orthopedische/neurochirurgische rugchirurgie, brandwondenfunctie en interventietechnieken in de radiologie en neurochirurgie. Topreferente zorg wordt vooral verleend door universitaire medische centra. Aanvullend op de patiëntenzorg zijn de academische ziekenhuizen ook aangesteld als onderzoeks- en opleidingsinstelling.

Naast deze reguliere ziekenhuizen, zijn er ook zelfstandige behandelcentra (ZBC's) en privé-klinieken. Privéklinieken zijn commerciële centra in particuliere handen zonder overheids-

vergunning om (in het basispakket) verzekerde zorg te mogen bieden. Er werken niet noodzakelijkerwijs medisch specialisten. ZBC's hebben wel medisch specialisten in dienst en beschikken, in tegenstelling tot privéklinieken, wel over een overheidsvergunning om in het basispakket verzekerde zorg te mogen bieden. Deze vergunning is beperkt tot specifieke behandelingen. Daarnaast is een randvoorwaarde dat er altijd sprake dient te zijn van een poliklinische dagopname. ZBC's mogen net als ziekenhuizen geen winstoogmerk hebben voor wat betreft activiteiten die worden bekostigd door de basisverzekering.

1.2 Bekostiging en kosten van ziekenhuiszorg

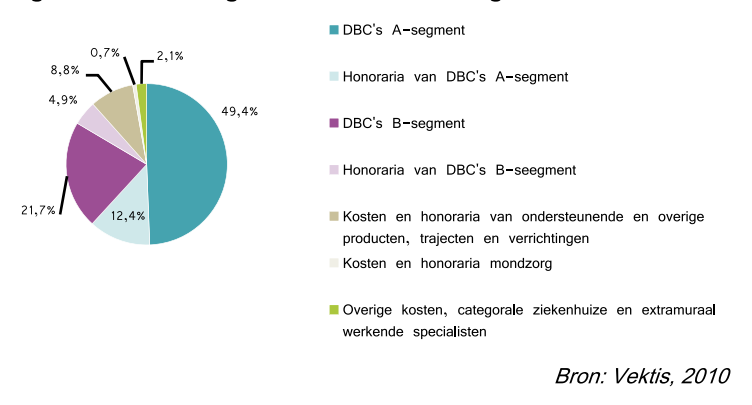
Ziekenhuizen worden momenteel op verschillende manieren bekostigd en gefinancierd. Bij financiering gaat het om het tijdelijk beschikbaar stellen van vermogen, terwijl het bij bekostiging gaat om het leveren van een financiële bijdrage ter dekking van de kosten die samenhangen met de geleverde prestatie.

De bekostiging van ziekenhuizen vindt voor het grootste gedeelte (nog steeds) plaats op basis van de Functiegerichte Budgettering², terwijl de financiering inmiddels via diagnose behandelingscombinaties (DBC's) gebeurt. Een DBC typeert het geheel van activiteiten en zorgactiviteiten van ziekenhuis en medisch specialist voortvloeiend uit de zorgvraag waarmee de patiënt de specialist van het ziekenhuis consulteert. De DBC is de declareerbare prestatie. De DBC wordt bepaald door de DBC componenten (specialisme, zorgtype, zorgvraag, diagnose en behandeling).

Er wordt onderscheid gemaakt naar een A- en een B-segment ziekenhuiszorg. Het A-segment is het deel van de ziekenhuiszorg waarvoor vaste tarieven gelden. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) stelt de kostentarieven van de DBC's uit het A-segment jaarlijks vast. Het ziekenhuis moet deze tarieven hanteren en in rekening brengen (DBC Onderhoud, 2011). Het B-segment betreft het deel van de ziekenhuiszorg waarbij sprake is van marktwerking en vrije prijsvorming. Ziekenhuizen

bepalen voor deze DBC behandelingen zelf een eigen passantentarief. Daarnaast vinden er tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars onderhandelingen plaats over prijs en kwaliteit van DBC behandelingen in het B-segment (DBC Onderhoud, 2011). In 2005 is gestart met dit onderhandelbare deel van de ziekenhuiszorg. Het betrof toen 17 behandelingen die circa 10%

Figuur 1.1 Verdeling kosten ziekenhuiszorg



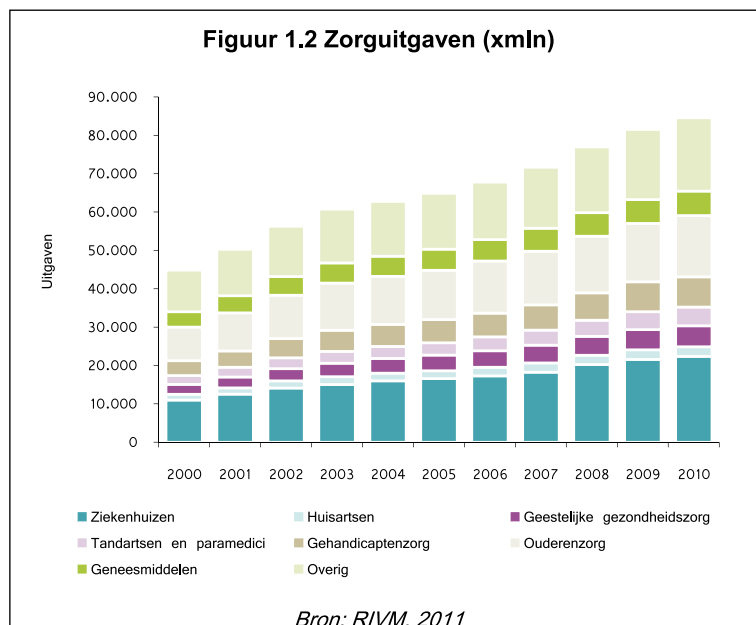
van de totale ziekenhuiskosten zouden bevatten. In 2008 zijn 27 behandelingen toegevoegd en steeg het aandeel van het B-segment naar circa 19%. De laatste uitbreiding vond plaats in 2009, na toevoeging van 16 nieuwe behandelingen en de overheveling van zeven bestaande B-segment aandoeningen die nog in het A-segment zaten. Op dit moment kunnen ziekenhuizen voor 34% van de totale ziekenhuiskosten afspraken maken met verzekeraars over prijs en volume (B-segment). In 2009 bleef het aandeel van het B-segment in de totale kosten wat achter bij de verwachte 34% (zie ook figuur 1.1) (Vektis, 2010).

Voor de medisch specialisten geldt tot 2012 nog een aparte bekostiging via de deelregulering medisch specialisten. Dit houdt in dat specialisten bekostigd worden op basis van een normtijd die voor een DBC staat en een hierbij geldend uurtarief. Vrijgevestigde specialisten krijgen dit rechtstreeks, terwijl dit bij specialisten in loondienst aan het budget van het ziekenhuis wordt toegevoegd en hier uiteindelijk het loon van betaald wordt (RVZ, 2011a).

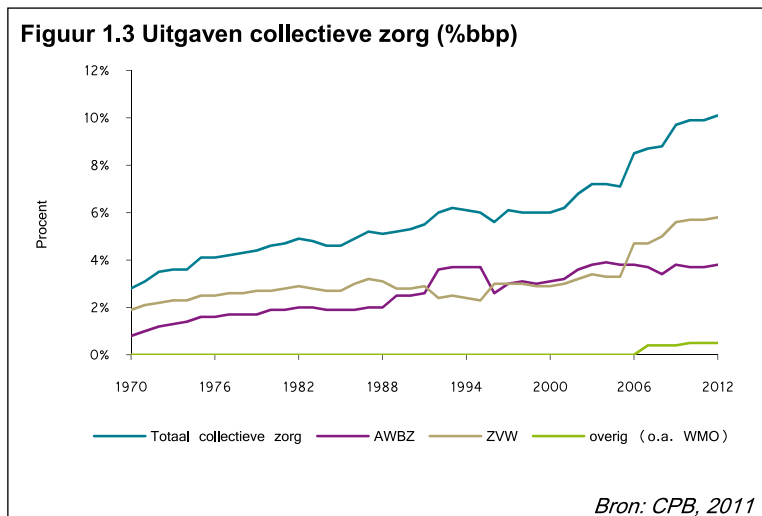
Zelfstandige Behandel Centra (ZBC's) krijgen in tegenstelling tot ziekenhuizen geen FB-bekostiging en worden volledig bekostigd via de DBC's, waarbij voor het gereguleerde A-segment maximale tarieven gelden. Ook voor ZBC's geldt de deelregulering medisch specialisten (RVZ, 2011a). De omzet van ZBC's was in 2009 € 335 miljoen. De zorgverlening van ZBC's valt uiteen in 57% A-segment, 34% B-segment en 9% niet in het basispakket verzekerde zorg (Boer & Croon, 2011).

1.2.3 Uitgaven collectieve zorg

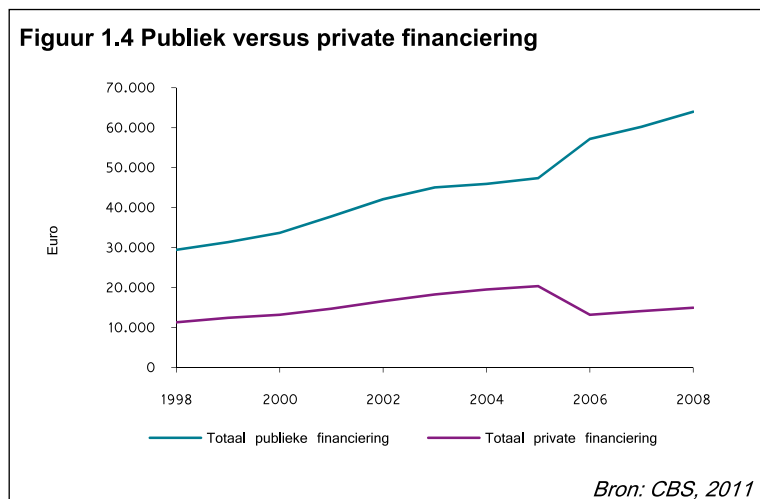
Volgens de Zorgrekeningen werd in 2010 € 87,6 miljard uitgegeven aan zorg en welzijn. Figuur 1.2 laat zien dat ruim een kwart (€ 22,4 miljard) van de uitgaven ziekenhuiszorg betreft (RIVM, 2011).



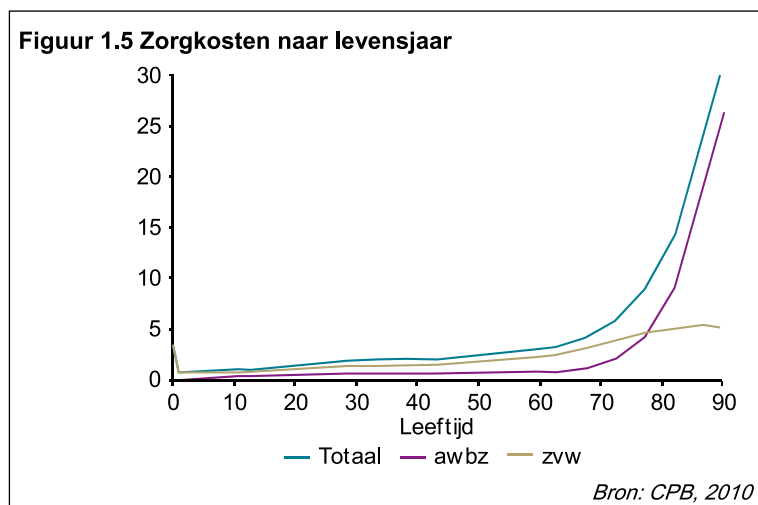
De totale uitgaven aan collectieve zorg, uitgedrukt als percentage van het BBP, zijn de afgelopen 40 jaar voortdurend gestegen (zie figuur 1.3).



Figuur 1.4 laat zien dat in de tien jaar na 1998 de publieke financiering van de totale zorg is verdubbeld, terwijl het private deel van de financiering nog rond het niveau van 1998 zit. Er heeft in 2006 een verschuiving van private naar publieke financiering plaatsgevonden. Dit effect is het resultaat van de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006, waarbij het verplicht verzekerde deel groter is geworden dan tijdens het ziekenfondsregime.



Figuur 1.5 laat zien hoe de zorgkosten meebewegen met de leeftijd van de Nederlander. Naarmate de leeftijd toeneemt, stijgen de kosten die vallen onder de ZVW gestaag; de kosten van de AWBZ stijgen vanaf het 70ste levensjaar exponentieel en daarmee ook de totale zorgkosten.



1.3 Ziekenhuislandschap in beweging

Het landschap van ziekenhuizen is momenteel sterk in beweging. Wij zien drie belangrijke trends: toenemende samenwerking, samensmelten van eerste- en tweedelijnszorg en groei van het aantal ZBC's en privéklinieken.

1.3.1 Samenwerking

Het zorglandschap was tot voor kort redelijk stabiel te noemen, echter de economische crisis laat ook haar sporen na in de zorgsector. Ziekenhuizen worden geconfronteerd met tekorten en maatregelen zijn onontkoombaar gebleken. Een aantal ziekenhuizen is in zwaar weer terecht gekomen wat een van de redenen is waarom ziekenhuizen zijn gaan samenwerken. Maar er zijn meer redenen om samenwerking te zoeken, zoals de krimp van de bevolking in de eigen regio, de (te verwachten) krapte op de arbeidsmarkt en het streven om de kwaliteit van zorg te verbeteren.

De Friesland Zorgverzekeraar herschikt alle medische voorzieningen in de provincie Friesland. Complexe ingrepen zullen voortaan nog maar in één ziekenhuis in de provincie worden uitgevoerd. Huisartsen moeten de zorg aan diabetes- of astmapatiënten overnemen van ziekenhuizen. Met dit ingrijpen wil De Friesland Zorgverzekeraar de kwaliteit van de zorg in de regio verhogen en de kosten van medische behandelingen in de provincie verlagen (bron: NRC, 2011).

In veel regio's vinden eerste verkenningen tot samenwerking plaats. Vooral in de zogenaamde krimpregio's, waar de bevolkingsomvang de komende jaren zal dalen, wordt samenwerking gezien als een van de mogelijkheden om ook in de betreffende regio kwalitatief goede zorg betaalbaar te kunnen blijven aanbieden. Deze discussie is dan ook actueel in onder meer Zeeuws-Vlaanderen en Zuid-Limburg.

In andere gebieden zien we voorbeelden van intensieve samenwerking op specifieke terreinen zoals gezamenlijke inkoop of een gezamenlijke laboratoriumfunctie. Maar we zien ook verdergaande verkenningen. Als voorbeeld is te noemen onder meer de A12 Coöperatie, waarin vier in de regio Haaglanden gesitueerde ziekenhuizen nauwe banden aan zijn gegaan. Een ander voorbeeld vormen zes topklinische ziekenhuizen die onder de naam Santeon samenwerken op tal van terreinen. Een derde voorbeeld is de inkoop- en logistieke combinatie Zorgservice XL, die wordt gevormd door het Haga Ziekenhuis uit Den Haag, het Reinier de Graaf Gasthuis uit Delft en het Rotterdamse SFG.

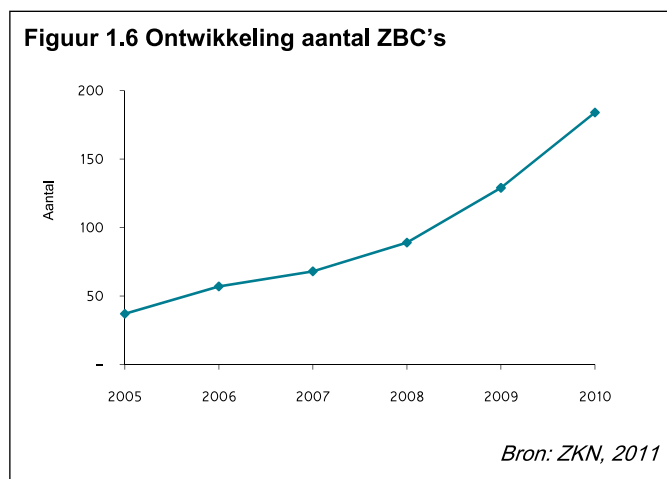
1.3.2 Samensmelten eerste en tweede lijn

Het onderscheid tussen de eerste en tweede lijn verdwijnt op een aantal plaatsen voorzichtig waarna een zogenaamde anderhalvelijnszorg ontstaat. Voorbeelden hiervan zijn te vinden in ondermeer Tiel, Schiedam en Vathorst, waar tweedelijns expertise wordt geïntegreerd met eerstelijns functies. Uitgangspunt is om zorg dichterbij de burger te organiseren, waarmee ook de zorgkosten kunnen worden gereduceerd. Dit wordt onder meer bereikt doordat spreekuren van huisartsen en medisch specialisten nauw op elkaar aan sluiten en er veel meer sprake is van kennisdeling dan in de setting waarin sprake is van de historisch gegroeide scheiding tussen de eerste en tweede lijn. De huidige wijze van financiering van beide lijnen is nog strikt gescheiden, waardoor samenwerkingsinitiatieven nog maar moeizaam tot stand komen.

1.3.3 Groei aantal ZBC's en privéklinieken

Het aantal ZBC's is de afgelopen jaren spectaculair gestegen. In tien jaar tijd is het aantal ZBC's verviervoudigd. De omzet van de ZBC's was in 2009 meer dan €35 miljoen. Verwacht wordt dat zelfs bij een gematigd groeiscenario de ZBC's in 2012 een gezamenlijke omvang van circa €50 miljoen hebben (Boer & Croon, 2011).

Ook het aantal privéklinieken stijgt al een aantal jaren. Op 1 januari 2005 werd het aantal privéklinieken op 70 geschat. In 2009 waren er 102 privéklinieken bekend bij de Inspectie voor de Volksgezondheid (dit betreffen het aantal locaties; sommige klinieken maken deel uit van een keten) (Dutch Hospital Data, 2010). Het zorgregister van het CIBG vermeldt in juni 2011



in totaal 97 geregistreerde privéklinieken. Recent heeft de minister van VWS aangegeven dat het is toegestaan voor een ziekenhuis en een maatschap om binnen een ziekenhuis een privékliniek op te zetten (Skipr, 2011).

1.4 Overheidsbeleid

In het huidige overheidsbeleid staat het belang van een kwalitatief hoogstaande, toegankelijke en betaalbare gezondheidszorg centraal. Om de zorg nog beter te maken en de kosten te kunnen beheersen, wordt ingezet op het organiseren van zorg zo dicht mogelijk bij de patiënt. Tegelijkertijd neemt de overheid verschillende initiatieven om de kwaliteit van zorg te verbeteren en de totale zorgkosten beheersbaar en betaalbaar te houden.

1.4.1 Invoering prestatiebekostiging

De overheid zet in op prestatiebekostiging ter vervanging van de huidige FB-systematiek. Hiermee wil de minister van VWS vraagsturing mogelijk maken en de negatieve effecten van de huidige aanbodsturing verminderen. Dit betekent dat ziekenhuizen nog maar voor een beperkt deel een vaste vergoeding krijgen (onder meer voor de academische component en de traumazorg). Voor het grootste deel van het budget zullen ziekenhuizen afspraken moeten maken met zorgverzekeraars over prijs en volume (RVZ, 2011).

1.4.2 Meer vrij onderhandelbare tarieven

Binnen het huidige stelsel streeft de overheid naar een verdere uitbreiding van het aantal onderhandelbare tarieven. In het vrije segment (B) gelden volledig vrije prijzen, voor het gereguleerde segment (A) gelden nog wel de door de NZa vastgestelde maximum tarieven. Waar ziekenhuizen en zorgverzekeraars momenteel over 34% van het budget vrij kunnen onderhandelen over prijzen, wordt dit aandeel met ingang van 2012 uitgebreid naar circa 70% (RVZ, 2011).

1.4.3 Uitbreiding reikwijdte Zvw

Steeds meer onderdelen van de zorg vallen onder de in 2006 ingevoerde Zorgverzekeringswet. Met ingang van 1 januari 2009 is de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ) overgeheveld van de Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ) naar de Zorgverzekeringswet.

Recent heeft de minister van VWS aangekondigd dat met ingang van 2013 de geriatrische revalidatiezorg ook wordt overgeheveld naar de zorgverzekeringswet. Hiermee wordt beoogd de kwaliteit en doelmatigheid van deze zorg te verbeteren. Zorgverzekeraars hebben straks de regie over de gehele keten van geriatrische zorg en hebben belang bij een kosteneffectieve inrichting van de keten. Via de inkoop van revalidatiezorg zullen zij zorgaanbieders prikkelen tot meer kwaliteit en doelmatigheid (VWS, 2011)

1.4.4 Meer risico's bij aanbieders en verzekeraars

De overheid is bereid de marktwerking in de zorg verder te stimuleren door de risico's in toenemende mate bij aanbieders en verzekeraars te leggen en hen hiervoor te compenseren door winstuitkering mogelijk te maken. Tot op heden was de overheid huiverig voor winstuitkering gezien de mogelijkheid dat geld bestemd voor de zorg aan de zorg kan worden onttrokken. De overheid is nu voornemens om met ingang van 2013 winstuitkering mogelijk te maken. Hier zitten wel een aantal voorwaarden aan vast. Zo dient er sprake te zijn van een positief advies van de IGZ over de kwaliteit van de zorg en mag er waarschijnlijk geen winst worden uitgekeerd gedurende de eerste drie jaar na het moment van investeren (RVZ, 2011).

Tevens wil de overheid de risicodragendheid van verzekeraars gefaseerd vergroten door in de periode 2012-2014 de ex-postverevening bijna volledig af te bouwen (RVZ, 2011).

1.4.5 Verbeteren transparantie kwaliteit van zorg

De overheid is voornemens meer werk te maken van de kwaliteit van zorg. Daartoe worden voorbereidingen getroffen om te komen tot een zogenaamd Kwaliteitsinstituut. Dit instituut gaat zorgen voor meer transparantie over de kwaliteit, de effectiviteit en het gepast gebruik van zorg in Nederland. Er zullen professionele (kwaliteits)standaarden worden ontwikkeld en transparantie wordt gecreëerd door het meten en vervolgens publiceren van resultaten. Uiteindelijk zal op termijn ook de relatie tussen de standaardkwaliteit van een verzekerd pakket en de bekostiging worden gelegd (Van Halder, 2011).

1.5 Eerste lijnsgezondheidszorg

In het kader van de toekomst van het ziekenhuislandschap neemt de eerste lijn een bijzondere positie in. In Nederland is een belangrijke rol weggelegd voor de huisarts als poortwachter voor de tweede lijn. Daarmee kan een verkenning van het ziekenhuislandschap niet los worden gezien van de huisartsenzorg. Daarnaast valt de SEH onder de eerstelijnszorg omdat men in Nederland ook zonder een verwijzing naar de spoedeisende hulp kan gaan (zogenaamde zelfverwijzers).

1.5.1 Huisartsen

Op 1 januari 2010 waren er in Nederland 7.833 zelfstandig gevestigde huisartsen en nog eens 1.099 huisartsen in dienst van een zelfstandig gevestigde huisarts. Van deze groep werkt 54% in deeltijd. Van de mannelijke huisartsen werkt 34% in deeltijd en van de vrouwelijke collega's 85% (Nivel, 2010). De kosten van de huisartsenzorg bedragen jaarlijks zo'n €5 miljard (Zorgrekeningen, 2011).

Tabel 1.2 kerncijfers huisartsen

Kerncijfers Huisartsen	1999	2004	2010
Totaal aantal huisartsen	7.606	8.298	8.921
- Waarvan zelfstandig gevestigd	7.095	7.461	7.833
- Waarvan HIDHA ^(a)	511	837	1.088
Aantal huisartspraktijken	4.727 ^(b)	4.569	4.088

Noot: (a) Huisarts in dienst van een huisarts

(b) Cijfer 2001

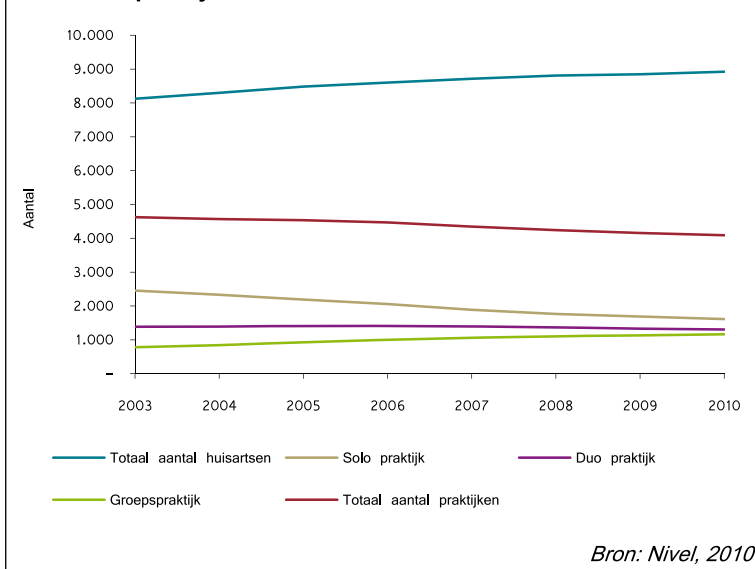
Ruim de helft van de zelfstandig gevestigde huisartsen en huisartsen in dienst van een huisarts (HIDHA's) werkt in een groepspraktijk, 28% in een duopraktijk en 18% in een solopraktijk. In vergelijking met het jaar 2000 neemt het aandeel solowerkende huisartsen ieder jaar af en het aandeel groepspraktijken toe (Nivel 2010). Regionaal constateert Nivel (2010) grote verschillen wat betreft de praktijkvorm: in de provincies Groningen, Friesland en Zeeland is een relatief groot deel van de huisartsen in een solopraktijk werkzaam, terwijl in Flevoland, Utrecht en Drenthe relatief veel huisartsen in een groepspraktijk werken.

De huisarts is dicht bij de burger gehuisvest. De regionale verschillen in huisartsendichtheid zijn niet groot. In 2010 was de huisartsendichtheid gemiddeld 2.340 inwoners per FTE (Nivel, 2010).

Door deze dichtheid wonen Nederlanders veelal binnen vijf tot zeven minuten van de dichtstbijzijnde huisartsenpraktijk.

In 2006 had 72,6% van de bevolking tenminste een keer contact met de huisarts (CBS Statline, 2011). Onderzoek uit 2006 laat zien dat Nederlanders in de leeftijd tot 44 jaar gemiddeld vijf keer per jaar contact met de huisarts hebben. Voor de groep 65-75 jarigen betreft dit zo'n 12 contacten per jaar en 75 plussers hebben gemiddeld bijna 20 keer per jaar contact met de huisarts (RIVM, 2011).

Figuur 1.7 ontwikkeling aantal huisartsen en huisartsenpraktijken

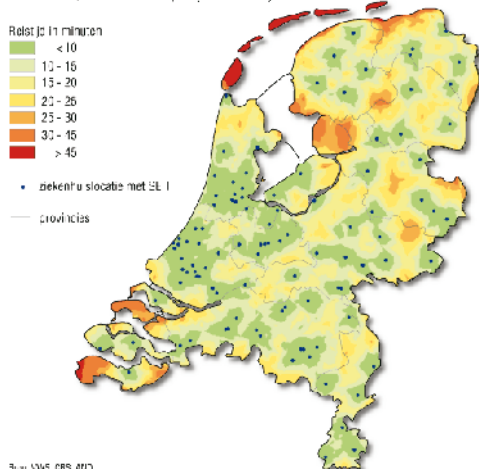


1.5.3 SEH

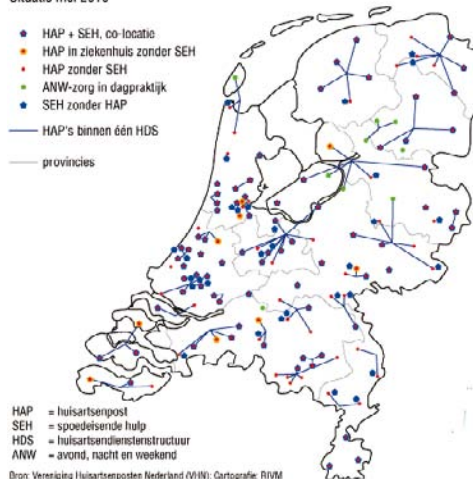
Spoeisende hulp (SEH) is acute zorg. Het betreft medische diagnostiek en behandeling en voorziet in een onmiddellijke en onvoorziene behoefte. Op een SEH moeten, ongeacht de vraag, hoogopgeleide specialisten en ander ziekenhuispersoneel paraat staan. Dat maakt een SEH-afdeling tot een kostbare zaak.

Op afdelingen spoedeisende hulp van ziekenhuizen hebben in de periode 2004-2008 gemiddeld 1,9 miljoen behandelingen per jaar plaatsgevonden. Dit zijn 116 behandelingen per 1.000 personen per jaar. Nederland kent 104 SEH's. Hiervan is een groot deel onderdeel van een ziekenhuis en een beperkt deel onderdeel van een huisartsenpost. De SEH's zijn over het land verdeeld met een sterke concentratie rondom de grote steden. In de grote steden kunnen Nederlanders binnen een beperkt aantal minuten terecht bij meerdere SEH's.

Reistijd tot dichtstbijzijnde ziekenhuis met SEH 2008 met de auto, SEH is 24 uur open (104 locaties)



Locaties huisartsenposten en spoedeisende hulp
Situatie mei 2010



De minister van VWS heeft een nota over basiszorg in voorbereiding. Deze nota gaat over de eerste- en anderhalvelijnszorg. De minister heeft aangegeven dat zij hecht aan een goede landelijke spreiding van SEH's waarbij er in het bijzonder aandacht moet zijn voor de kwetsbare gebieden. Daarbij geldt dat de SEH niet alleen van goede kwaliteit moet zijn, maar ook binnen 45 minuten na melding met een ambulance bereikbaar moet zijn (VWS, 2011).

1.6 Tweede en derde lijnsgezondheidszorg

De tweede- en derdelijnszorg omvat onder meer alle algemene en categorale ziekenhuizen en de ZBC's met een vergunning voor verzekerde zorg.

Kerncijfers medisch-specialistische zorg	1999	2004	2009 ^(a)
Zorgconsumptie			
Percentage personen dat contact heeft met specialist per jaar	37%	40%	43%
Aantal klinische opnamen per 10.000 inwoners	1.484	1.839	2.218
- Waarvan klinische opnames	955	1.013	1.121
- Waarvan dagnames	529	826	1.097
Aantal verpleegdagen ziekenhuis (x1.000)	13.023	11.583	11.182
Gemiddelde verpleegduur per ziekenhuisopname (dagen)	9,1	7,5	5,6
Aantal ziekenhuizen			
Totaal aantal ziekenhuizen	136	129	128
Algemene ziekenhuizen	101	89	88
Academische ziekenhuizen en UMC	8	8	8
Totaal categorale ziekenhuizen	27	32	32
Aantal ZBC's	-	37	129

Kerncijfers medisch-specialistische zorg	1999	2004	2009 ^(a)
Aantal bedden			
Totaal aantal bedden	57.224	52.165	51.296
Algemene ziekenhuizen	46.071	41.283	39.987
Academische ziekenhuizen en UMC	7.715	7.723	7.723
Totaal categorale ziekenhuizen	3.438	3.159	3.028
Personeel			
Fte medisch specialisten	15.307	16.249	19.073
Verpleegkundigen werkzaam in het ziekenhuis	-	81.779	94.130

Bron: CBS Statline

Noot: (a) Indien mogelijk (soms is het meest recente jaar 2007 of 2008)

1.6.1 Capaciteit

Het werkgebied van algemene ziekenhuizen is sinds 2005 met gemiddeld 1,4% per jaar gegroeid. In 2009, was de gemiddelde bevolkingsomvang per algemeen ziekenhuis 194.459 (Dutch Hospital Data, 2010).

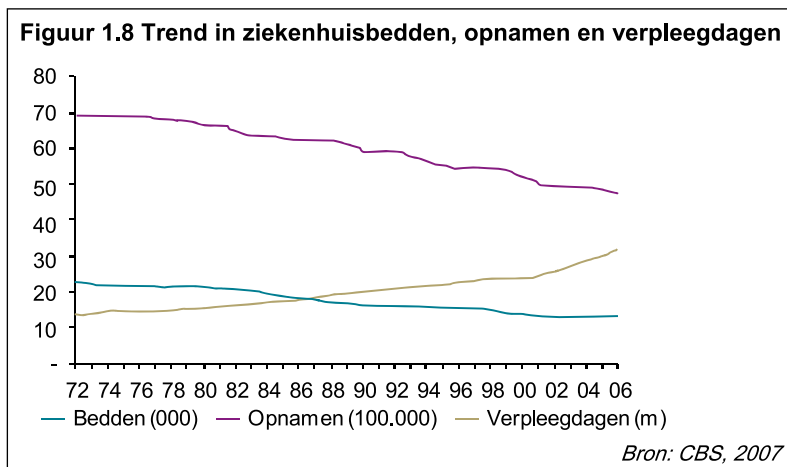
Het aantal ziekenhuisbedden kent het laatste decennia een dalende trend. Ook het aantal verpleegdagen kent een dergelijke beweging.

In het aantal opnamen zien we een stijgende trend met een sterkere stijging sinds de eeuwwisseling.

Het aantal ziekenhuisopnames zit al jaren in de lift: het aantal klinische opnames is in tien jaar tijd met 50% gestegen tot 2.218 opnames per 10.000 inwoners in 2009. Deze stijging kan voor een belangrijk deel verklaard worden door de stijging in het aantal 65-plussers en door het grote aantal klinische opnames in deze groep. Het gemiddeld aantal verpleegdagen is de afgelopen jaren wel gedaald (CBS, 2011).

Het aantal bedden per 10.000 inwoners is vrijwel constant gebleven over de jaren. In 1999 waren er per 10.000 inwoners 34 bedden evenals in 2009 (CBS, 2010). Verhoudingsgewijs heeft een academisch ziekenhuis tien keer zoveel bedden als een categorale instelling en twee keer zoveel als een algemeen ziekenhuis. Deze laatste verhouding was in 1999 niet anders.

Er is een grote variatie in het aantal bedden per ziekenhuis. Dutch Hospital Data heeft in 2010 het aantal bedden voor algemene ziekenhuizen op basis van het jaar 2009 becijferd. Van de 85 ziekenhuizen die betrokken zijn in het onderzoek, hadden er negen minder dan 200 bedden en 39 meer dan 400 bedden, waarvan 21 meer dan 600 bedden.



Tabel 1.3 Overzicht aantal bedden per ziekenhuis

Type	Aantal	Aantal bedden	Gemiddeld aantal bedden per ziekenhuis
Algemeen en topklinisch	88	39.987	454
Academisch	8	7.723	965
Categoriaal	32	3.028	95

1.6.1 Ziekenhuislandschap als lappendeken

Onderstaande illustraties laten zien dat vooral algemene ziekenhuizen landelijk gezien een sterke mate van spreiding kennen. Categoriele instellingen, ZBC's en privéklinieken zijn hoofdzakelijk rond de grote steden gehuisvest.

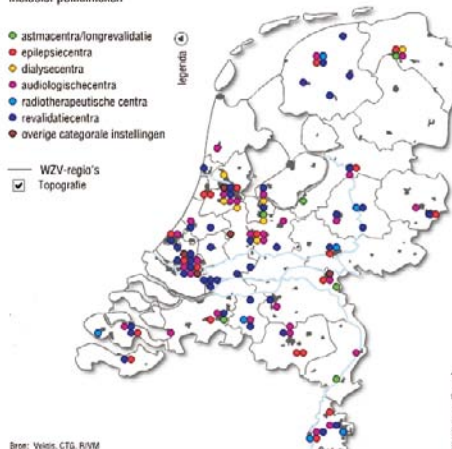
Locaties ziekenhuizen november 2010

academische en algemene ziekenhuizen inclusief buitenpoliklinieken

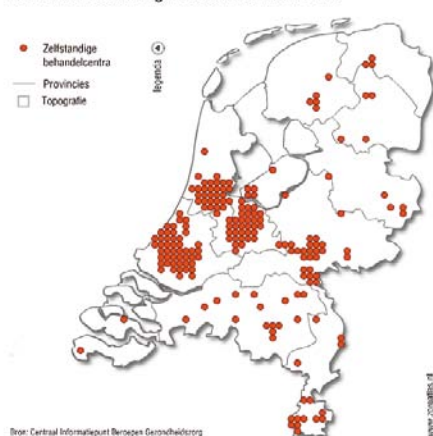


Locaties categoriale instellingen 2007

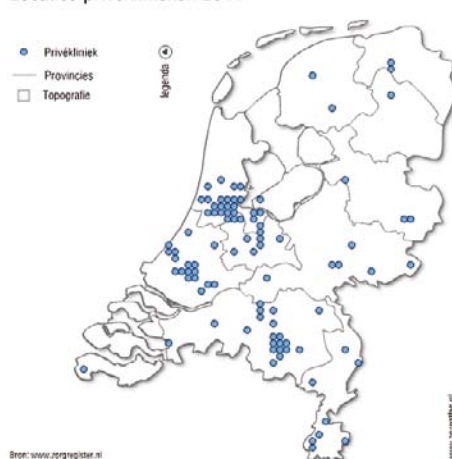
inclusief poliklinieken



Locaties zelfstandige behandelcentra 2009



Locaties privéklinieken 2011

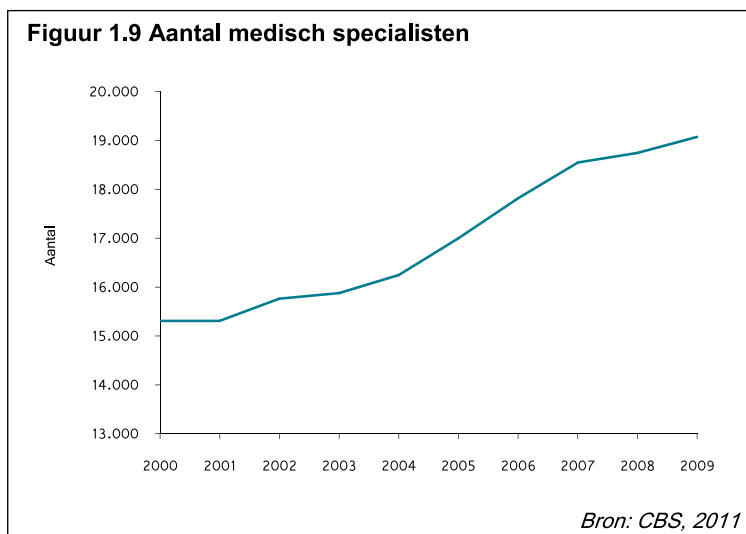


1.6.2 Medisch specialisten

De medisch specialisten leveren in Nederland de medisch-specialistische zorg. Het laatste decennium is het aantal medisch specialisten sterk gestegen. Per ziekenhuis (algemeen, academisch en categoriaal) zijn er gemiddeld 150 medisch specialisten; in 1999 waren dat er 112 (CBS, 2011).

In 2009 had ruim 43% van de totale bevolking tenminste een keer contact met een medisch specialist. In 1999 was dit nog 38% (CBS, 2011).

Figuur 1.9 Aantal medisch specialisten



1.7 Samenvatting en conclusies

Het Nederlandse zorglandschap is verkokerd en versnipperd. Er is sprake van een strikte scheiding tussen eerste- en tweede/derdelijnszorg. Huisartsen en medisch specialisten werken grotendeels in gescheiden werelden, zowel qua organisatie als financiering en bekostiging.

Ziekenhuizen leveren veelal een breed palet aan zorg waarop een steeds groter beroep wordt gedaan. Specialisatie komt met name voor in categoriale ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra. In de loop der jaren is het aantal algemene ziekenhuizen langzaam gedaald, het aantal categoriale ziekenhuizen, ZBC's en privéklinieken is echter hard gestegen.

De kosten van de zorg kennen een stijgende lijn, zowel in absolute zin, als in percentage van het BBP en als bedrag per hoofd van de bevolking.

Het overheidsbeleid is erop gericht de kwaliteit van zorg beter en transparanter te maken en de kosten te beheersen. De invoering van prestatiebekostiging en het stelselmatig overhevelen van meer risico's naar verzekeraars en zorgaanbieders zijn toonaangevende elementen van dit streven.

Hoofdstuk 2 Ontwikkelingen rondom de zorg

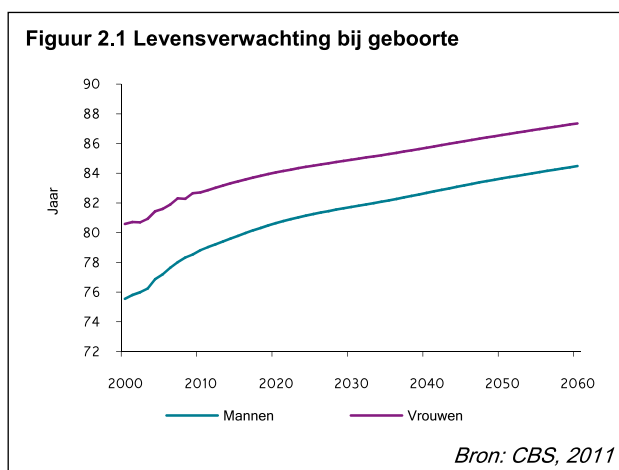
De Nederlandse samenleving verandert ingrijpend door demografische, sociaal- economische en technologische ontwikkelingen. Deze ontwikkelingen zetten het huidige zorglandschap onder druk. Dit hoofdstuk schetst de belangrijkste ontwikkelingen in de samenleving die van invloed zijn op de zorg en geeft tevens weer hoe deze ontwikkelingen leiden tot een toenemende druk op de Nederlandse gezondheidszorg.³

2.1 Ontwikkelingen in de Nederlandse samenleving

De Nederlandse samenleving verandert. De belangrijkste demografische, sociaal- economische en technologische ontwikkelingen worden geschetst.

2.1.1 Sterke vergrijzing en ontgroening

Demografische ontwikkelingen zorgen voor een ingrijpende verschuiving in de Nederlandse bevolkingssamenstelling. De Nederlandse samenleving vergrijst en ontgroent: een grotere groep Nederlanders wordt steeds ouder, terwijl het gemiddelde geboortecijfer daalt. De levensverwachting bij geboorte blijft stijgen (zie figuur 2.1) doordat een grotere groep Nederlanders steeds ouder wordt (CBS, 2011). De gezonde levensverwachting (het aantal jaren dat mensen in gezondheid leven) neemt echter minder sterk toe dan de totale levensverwachting. Van de jaren dat mensen langer leven (doordat de levensverwachting stijgt), wordt een deel van de jaren niet in goede gezondheid doorgebracht. Geschat wordt dat de helft van de stijging in levensjaren niet in gezondheid wordt doorgebracht (Europese commissie, 2009). Dit betekent dat er een toename is in het aantal jaar dat Nederlanders zorg nodig hebben.



Daarbij zorgt de vergrijzing en ontgroening voor een toenemende druk op de draagkracht van de Nederlandse bevolking. Een groter deel van de bevolking wordt steeds ouder, terwijl het geboortecijfer daalt. Dit leidt ertoe dat de potentiële beroepsbevolking sterk afneemt. Deze daling is in 2005 ingezet en zal de komende jaren versterkt doorzetten (CBS, 2011). In de periode 2011-2020 komen er meer dan een half miljoen 65-plussers bij en neemt het aantal mensen jonger dan 65 jaar sterk af. Figuur 2.2 geeft de verhouding weer tussen het aantal personen van 65 jaar of ouder en het aantal personen tussen 20 en 64 jaar. In 2009 zijn er per 65-plusser vier potentieel werkenden. In 2020 is dit afgenomen naar een op de drie en in 2040 is dit zelfs nog maar één op twee.

2.1.2 Toenemende diversiteit

Er is een toenemende diversiteit in de samenleving. De standaard kostwinnersamenleving, waarin de man veelal kostwinnaar was en het leven was ingedeeld langs vaste structuren van werken en rusten, is vervaagd (CPB, 2010). Daarmee is ook de mate van uniformiteit in de leefwijze, levensloop en behoeften van burgers afgenomen. De huidige samenleving kenmerkt zich in toenemende mate door diversiteit, waarin een grote verscheidenheid aan samenlevingsvormen, leefwijzen en behoeften bestaat (SCP, 2010). Zo zijn er bijvoorbeeld steeds meer eenpersoonshuishoudens (RIVM, 2011). Ook de diversiteit

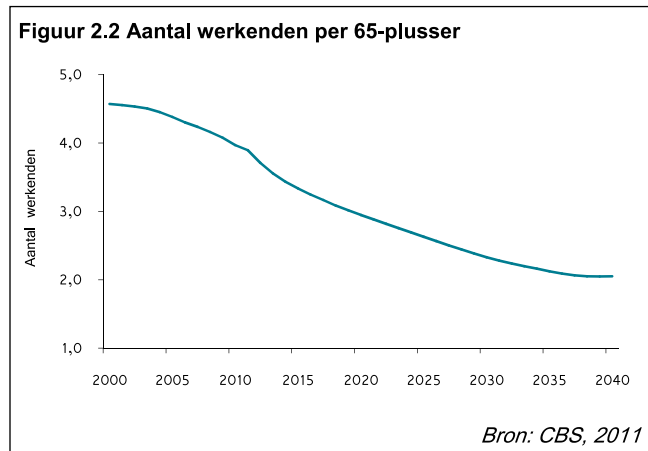
onder ouderen neemt sterk toe, zo gaat ouderdom steeds vaker gepaard met een hoog inkomen, terwijl er tegelijkertijd een zeer significante groep ouderen met een klein inkomen bestaat (SCP, 2010). Ook is er een grote diversiteit in etniciteit in de Nederlandse bevolking. In 2010 was meer dan 20 procent van de bevolking allochtoon (westers en niet-westers) en verwacht wordt dat dit percentage de komende jaren met een paar procent toeneemt tot ongeveer 22 procent in 2020 (CBS, 2008). Deze toenemende verscheidenheid in de bevolking leidt ertoe dat 'de burger' niet meer bestaat.

2.1.3 Individualisering

Deze toenemende diversiteit wordt versterkt door, en versterkt ook zelf weer, de al langer zichtbare ontwikkeling die geduid wordt met de term 'individualisering' (SCP, 2004). Nederlandse burgers zijn steeds minder geneigd en genoodzaakt in grote eenheden met elkaar samen te leven, conventies worden gemakkelijker ter discussie gesteld, gezag wordt uitgedaagd en saamhorigheid komt moeilijker tot stand of is moeilijker te organiseren. Steeds meer burgers worden veeleisender en willen zelfstandig hun keuzes maken in plaats van zich schikken naar collectieve verbanden en systemen. Het gevolg is dat de wensen van burgers een steeds centralere rol opeisen in hoe de samenleving wordt georganiseerd en in de invulling van de instituties en verschillende vormen van dienstverlening.

2.1.4 Toenemende welvaart

De trend van individualisering wordt versterkt doordat er een stijging is in het gemiddelde welvaartsniveau (CPB, 2010). Mensen hebben een toenemende behoefte aan een gevarieerd aanbod aan mogelijkheden, zullen beschikbaar aanbod kritischer beoordelen op kwaliteit en hebben zo nodig in toenemende mate voldoende eigen middelen om een alternatief te creëren of te kopen. Studies van het CPB laten zien dat de welvaart de komende jaren blijft stijgen, al wordt de stijging de komende jaren naar verwachting minder sterk (CPB, 2010).



2.1.5 *Internationalisering*

De grenzen tussen landen, organisaties, bedrijven en mensen vervagen, waardoor burgers en landen steeds intensiever met elkaar zijn verbonden. Deze internationalisering leidt tot een toename in de mogelijkheden voor burgers om zich te oriënteren op aanbod over de grens. Het aanbod over de grens is ook steeds beter beschikbaar voor burgers.

“Vanaf 24 april hebben alle burgers in Europa recht op zorg, ongeacht het land waar zij zich bevinden. Regeringen en zorgverzekeraars mogen niet weigeren hun ingezetenen of verzekerden te betalen als die zich in het buitenland bevinden. Voor het eerst heeft de EU een beslissing genomen over Volksgezondheid. Op 24 april is er een historische stap gezet.” (Neelie Kroes, WoHiT congres 2011).

2.1.6 *Stijging informatie beschikbaarheid*

De ICT mogelijkheden nemen sterk toe. Hierdoor neemt de toegankelijkheid van informatie toe. Burgers krijgen steeds meer inzicht in diverse dossiers, overeenkomsten, prijzen, producten en kwaliteit (SCP, 2005). Voor de zorg betekent dit dat informatie uitwisseling is toegenomen tussen onder andere ziekenhuizen, overheid, patiëntenverenigingen, zorgverzekeraars, burgers, medisch specialisten en huisartsen.

In januari 2010 is op initiatief van Diabetesvereniging Nederland het interactieve portal 'Mijn DVN' van start gegaan. Op het portal worden verschillende informatiebronnen en functies toegankelijk gemaakt binnen een eenvoudige en veilige omgeving. Door de portal kan iemand met diabetes de regie nemen over zijn of haar zorg. Hiermee wil DVN samen met de mensen met diabetes zelfmanagement beter mogelijk maken en de zorg optimaliseren. Sinds de oprichting is de portal van DVN een groot succes. De portal heeft 18.000 compleet geregistreerde gebruikers en in 2010 werd de site bijna een miljoen keer bezocht. Ook in 2011 zijn de bezoekersaantallen weer met tientallen procenten gestegen. (DVN, 2011)

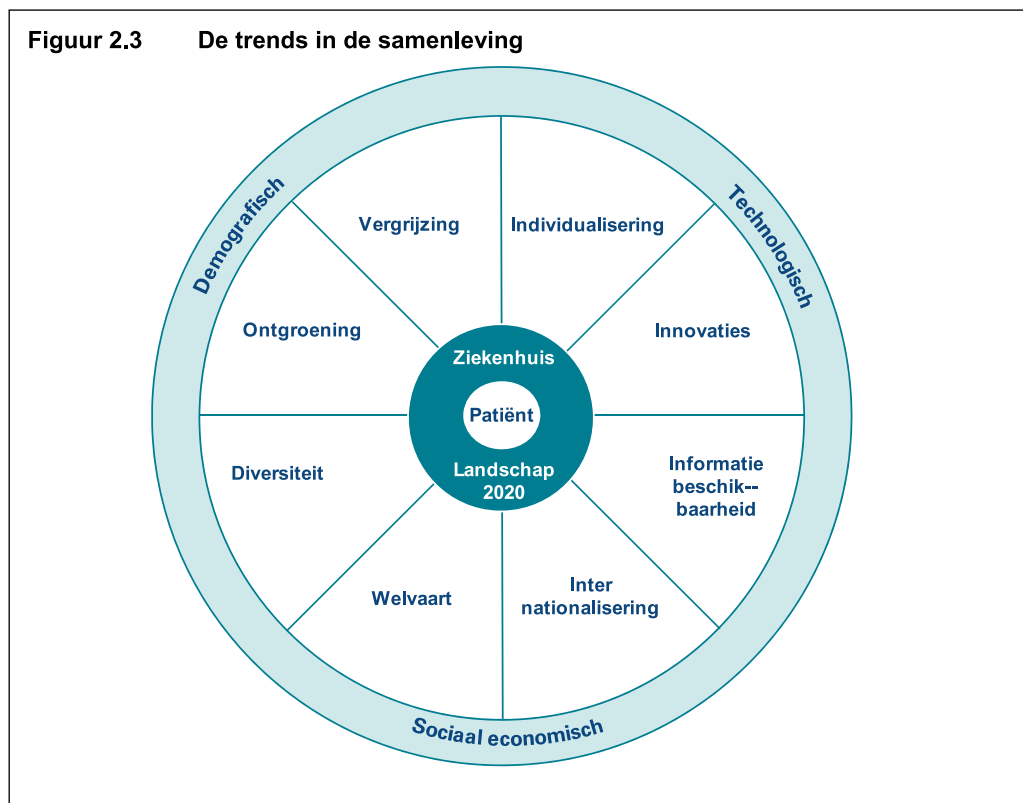
2.1.7 *Technologische innovaties*

Aangejaagd door de mogelijkheden van de informatie- en communicatietechnologie wordt onze maatschappij gekenmerkt door onophoudelijke uitbreiding van technologische mogelijkheden. Niet alleen wordt high tech apparatuur steeds geavanceerder, ook de mobiliteit van apparatuur neemt toe. Binnen de zorg volgen de technologische ontwikkelingen elkaar eveneens in hoog tempo op (LSJ, 2011). Grofweg kunnen we hier een onderscheid maken tussen ontwikkelingen op het gebied van 'gezondheid 2.0' en vooruitgang in medische technologie en technieken (inclusief farmacie). Uiteraard is er ook sprake van kruisverbanden. De ontwikkelingen op het gebied van gezondheid 2.0 en telehealth, telemedicine en telecare zijn veelbelovend (KPMG Advisory, 2011). Door de intrede van telehealth is het mogelijk om patiënten op afstand thuis te monitoren en bijvoorbeeld hulp aan te bieden via online consulten. De opkomst van telemedicine geeft patiënten de mogelijkheid om thuis controles uit te voeren. Een voorbeeld hiervan is de Health Buddy, een apparaat bij de patiënt thuis waarmee gegevens van de patiënt dagelijks uitgewisseld kunnen worden met de behandelend arts. Telecare bevordert de onafhankelijkheid van patiënten, onder andere door videotelefonie en personenalarmering (PAS). Dit type ontwikkeling maakt zorg makkelijker, toegankelijker en mobieler en maakt het mogelijk dat de patiënt zijn zorg in eigen hand neemt.

Tegelijkertijd zijn er ontwikkelingen die met name de medicus ondersteunen en werk uit handen nemen. Dat gaat deels om ontwikkelingen in 'conventionele' medische technologie, maar echt spectaculair zijn de ontwikkelingen in bijvoorbeeld robotica en genetica (LSJ, 2011). De opkomst van genetica maakt het niet alleen mogelijk om het DNA van burgers te testen op een veelheid van erfelijke aandoeningen, maar biedt tevens zicht op nieuwe behandelmethoden en

nieuwe geneesmiddelen die veel beter zijn toegesneden op de behoefte van de individuele patiënt: ‘individualised medicine’. Dit is niet uniek voor genetica, ook ontwikkelingen in ‘conventionele’ medische technologie leiden nog altijd tot nieuwe of betere behandelmethoden.

In onderstaande figuur 2.3 hebben wij de trends in de samenleving samengevat.



2.2 Gevolgen voor de zorg

De geschetste demografische, sociaal economische en technologische ontwikkelingen in de samenleving hebben grote gevolgen voor de zorg. De belangrijkste gevolgen worden hieronder geschetst.

2.2.1 Individualisering zorgvraag

Er is een trend ingezet richting vraaggestuurde zorg, waarbij de patiënt centraal staat. De ontwikkelingen in de samenleving leiden er echter toe dat 'de patiënt' niet meer bestaat. Zo neemt door de vergrijzing en ontgroening van de bevolking onder andere comorbiditeit onder (chronische) patiënten de komende jaren sterk toe (RIVM, 2007). Hierdoor wordt de zorgvraag van patiënten meer divers en complex. Daarnaast neemt, door de toenemende diversiteit onder burgers, de

individualisering, de toenemende welvaart, de toegankelijkheid van internationaal zorgaanbod en de oriëntatiemogelijkheden op het internet ook de eenvormigheid van de zorgvraag af: de zorgvraag individualiseert (Motivaction, 2009). De ‘one size fits all’ benadering wordt hierdoor steeds minder houdbaar.

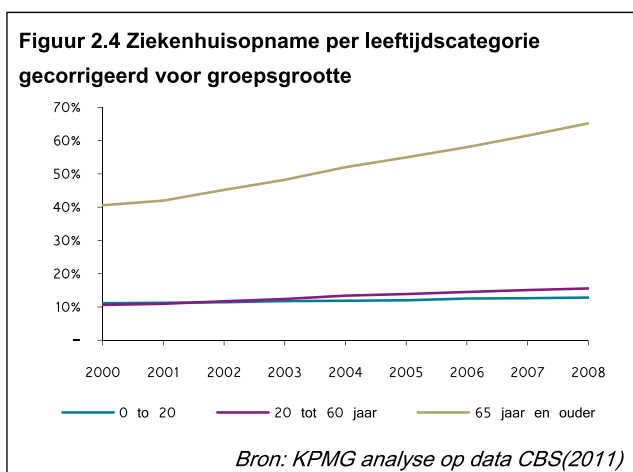
Motivaction (2009) onderscheidt drie typen burgers: 1. minder zelfredzame; 2. pragmatische ; 3. maatschappijkritische. De minder zelfredzame burgers hebben een relatief hoge zorgvraag die vooral lokaal georiënteerd is. Ze hebben een passieve houding ten aanzien van de zorg en de betalingsbereidheid voor extra's in de zorg is relatief laag. De pragmatische burger is zelfredzaam en veeleisend en wil gebruik kunnen maken van de nieuwste medische technologieën. Hij is bereid meer te betalen voor extra's in de zorg. De maatschappijkritische burger is kritisch en mondig maar tegelijk een tegenstander van te veel individualisering in de zorg. Hij heeft een gezonde levensstijl en zoekt naar betrouwbare en verdiepende informatie. De betalingsbereidheid voor extra's in de zorg is bij deze groep laag tot gemiddeld. Elk type burger vraagt om een ander type dienstverlening. (Motivaction, 2009)

2.2.2 Individualisering zorgaanbod

Naast de individualisering van de zorgvraag, is er ook een beweging richting individualisering van het zorgaanbod. Het ‘one size fits all’ aanbod wordt steeds vaker door maatwerk vervangen, mede doordat medisch-technologische ontwikkelingen het mogelijk maken om steeds vaker patiëntspecifieke zorg aan te bieden (LSJ, 2011), onder andere door de innovaties in de zelfdiagnostiek door patiënten. Een andere ontwikkeling die de patiëntspecifieke behandelmogelijkheden kan vergroten, is de opkomst van genomics. De ontwikkelingen op gebied van genterapie zouden het op den duur mogelijk kunnen maken dat elke patiënt een uniek (potentieel) ziekteprofiel krijgt. De technologische mogelijkheden om conform dat profiel passende zorg te leveren zullen ook toenemen. Daarmee zal het ‘one size fits all’ aanbod van de zorg naar de achtergrond verdwijnen (LSJ, 2011).

2.2.3 Sterke toename aanbodmogelijkheden

Er is een sterke toename in het zorgaanbod. Vooral de ontwikkelingen in de medische technologie leiden tot een toename van het mogelijk zorgaanbod. Er is een toename in behandelingsmogelijkheden, variërend van betere diagnostiek via DNA-testen en scans, tot aan uitbreiding in de behandelingsmogelijkheden in onder andere de oncologie en cardiologie. Door deze nieuwe medische technologieën kunnen ziektes eerder en beter opgespoord, is een groter aantal ziekten beter te behandelen en kunnen veel ziekten ook langer behandeld worden (LSJ, 2011). Het aanbod van interventiemogelijkheden in de zorg zal blijven toenemen.



2.2.4 Explosief stijgende zorgvraag

De ontwikkelingen in de samenleving hebben een ingrijpende impact op de zorgvraag. De vergrijzing in combinatie met de relatief langzamer stijgende gezonde levensverwachting ten opzichte van de totale levensverwachting leidt tot een explosieve stijging in de vraag naar zorg. Ook de technologische ontwikkelingen leiden tot een stijgende zorgvraag, onder andere door de toename in behandelmogelijkheden (CPB, 2007). Indien nieuwe technologieën en behandelmethoden beschikbaar zijn, dan willen burgers daar ook gebruik van maken. Figuur 2.4 laat zien dat vooral 65-plussers de afgelopen jaren meer zorg zijn gaan gebruiken. De grafiek laat zien dat het aantal ziekenhuisopnames voor 65-plussers, gecorrigeerd voor de toename in omvang, de afgelopen acht jaar ongeveer 20 procent is gestegen. Dit in tegenstelling tot de andere leeftijdscategorieën, die een vrijwel stabiele trend vertonen. Gegeven het feit dat het aantal 65-plussers op de totale bevolking relatief en absoluut de komende jaren toeneemt, zal dit de komende jaren leiden tot een explosief stijgende zorgvraag.

Technologie: de keerzijde van de medaille.

Technologische ontwikkelingen brengen de medische wetenschap in snel tempo naar een hoger plan: ziekten zijn steeds beter te behandelen, digitalisering zet sterk door en diagnoses worden steeds preciezer. De keerzijde van de medaille is echter dat de technologische ontwikkelingen tevens leiden tot een toename in het zorgaanbod en daarmee voor een toename in de zorgvraag en zorgkosten. (CPB, 2011). Dit komt ten eerste doordat door medische ontwikkelingen steeds meer behandelingen mogelijk zijn. Gezondheid gaat daarbij boven alles: indien behandelingen mogelijk zijn, dan willen burgers de behandeling ook. Meer behandelingen leiden daarbij tot een hogere zorgvraag. Ten tweede zorgen technologische ontwikkelingen ervoor dat ziekten die voorheen levensbedreigend waren, nu te behandelen zijn en tot de chronische ziekten zijn gaan behoren. De keerzijde is dat de zorgvraag hierdoor sterk toeneemt. Ten derde zorgen ontwikkelingen (onder andere in de genetica) ervoor dat we in een steeds vroeger stadium inzicht krijgen in de potentiële ziekten die iemand kan krijgen. Het voordeel hierbij is dat ziekten in een steeds vroeger stadium kunnen worden bestreden. Keerzijde is dat ook hierdoor de zorgvraag en zorgkosten sterk zullen stijgen. Resumerend: technologische ontwikkelingen leveren heel veel voordelen en mogelijkheden op. Keerzijde: deze technologische ontwikkelingen zorgen vaak voor een explosieve stijging in de zorgkosten. (Tedx, 2011)

2.2.5 Beperkte middelen

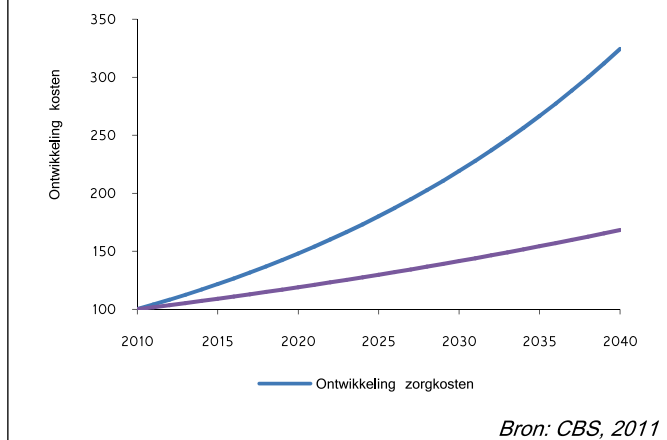
De explosief stijgende vraag en aanbod van zorg heeft ingrijpende gevolgen voor de zorgkosten en de vraag naar zorgpersoneel. Op dit moment groeien de zorgkosten jaarlijks met 4% (CBS, 2011; Zorgvisie, 2011c). Deze groei in zorgkosten wordt deels verklaard door de welvaarts-groei. Het volume van zorguitgaven groeit mee met de stijging in welvaart: mensen worden rijker, stellen hogere eisen en het aanbod past zich aan. Daarbij stijgen de lonen mee met de welvaart, en daarmee dus de kosten.

Een ander belangrijk deel van de stijging in zorgkosten wordt echter verklaard door de sterke vergrijzing en technologische ontwikkelingen en daarmee gepaard gaande groei in de zorgvraag en -aanbod. Een essentieel probleem bij deze stijgende zorgkosten is dat de inkomens-groei minder

Koekoeksjong

De groei van de collectieve zorguitgaven loopt op de lange termijn uit de hand. De zorgkosten zullen de komende jaren sterk doorgroeien. Volgens Flip de Kam gaat deze groei ten koste van de bestedingsruimte van andere collectieve uitgaven. Hij vergelijkt de collectieve zorguitgaven hierbij met een koekoeksjong dat andere overheidstaken uit het nest gooit, met gevolgen voor onder andere de beschikbare budgetten voor onderwijs, infrastructuur en veiligheid (Zorgvisie, 2009).

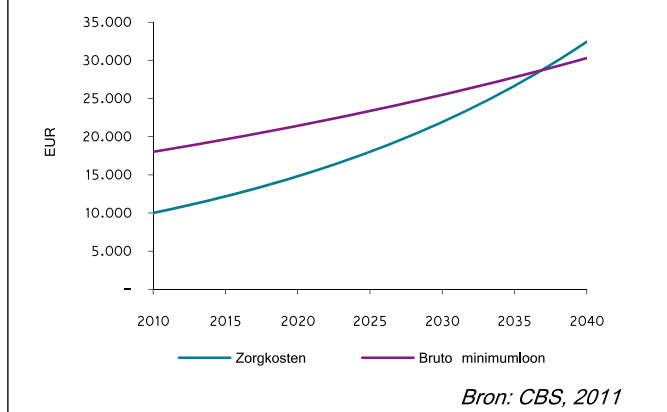
Figuur 2.5 Ontwikkeling zorgkosten op 100 puntschaal



hard stijgt dan de zorgkosten. Deze discrepantie in trends is zo groot, dat over 30 jaar de zorgkosten zijn verdriedubbeld terwijl de inkomensgroei achterblijft. Figuur 2.5 illustreert dat de zorgkosten naar verwachting veel harder zullen stijgen dan het BBP, wat betekent dat een steeds groter deel van ons nationaal inkomen aan zorg zal moeten worden besteed of, bij gelijkblijvende lastendruk, andere uitgaven zullen moeten worden vermindert. De stijgende zorgkosten kunnen tevens

een drukkend effect op het BBP hebben, doordat deze deels gefinancierd worden uit verplichte collectieve premies.

Figuur 2.6 Huishouden met één minimuminkomen en twee volwassenen

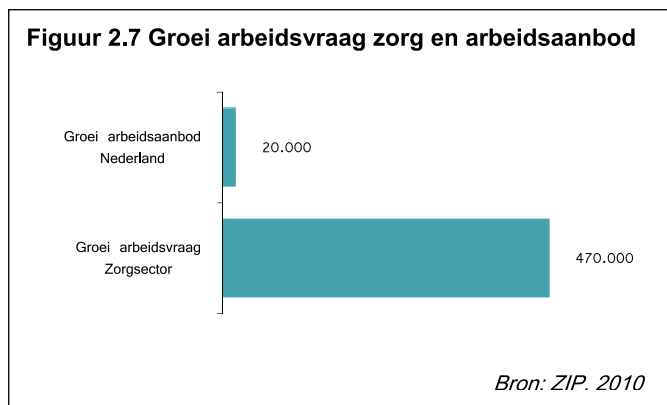


Naast deze effecten op het BBP, treedt er ook een noodzaak tot verdere herverdeling op waarvoor het steeds moeilijker zal zijn om draagvlak te organiseren. De zorgkosten per gezin stijgen harder dan de inkomsten per gezin. Voor lagere inkomens kan dit zelfs betekenen dat de premiedruk groter wordt dan het gezinsinkomen, zoals geïllustreerd in figuur 2.6. Uit de figuur blijkt dat op termijn de gemiddelde zorgkosten voor een huishouden met een minimuminkomen met

twee volwassenen zelfs het inkomen zal overstijgen. Om deze zorgkosten te dekken zullen andere groepen in de samenleving moeten bijspringen.

Naast de sterk stijgende kosten, neemt door de sterk stijgende vraag naar zorg, ook de vraag naar zorgpersoneel drastisch toe. De sector zorg en welzijn is een van de grootste arbeidssectoren in Nederland met ruim een miljoen banen (16% van de totale werkgelegenheid) en heeft de grootste volumegroei (drie keer groter dan het landelijk gemiddelde) (ZIP, 2010). Onderzoeken van CBS en Prismant voorspellen dat in 2025 een kwart van de bevolking werkzaam moet zijn in de zorg om te voldoen aan de stijgende zorgvraag (Prismant, 2008). De aanwas van de beroepsbevolking stagneert

echter door de ontgroening. Tegelijkertijd stroomt door de vergrijzing een groot deel van de arbeidskrachten in korte tijd uit. Dit lijkt dan ook te leiden tot een sterke krapte op de zorgarbeidsmarkt. Figuur 2.7 geeft een overzicht van de groei van het arbeidsaanbod in Nederland en de groei van de arbeidsvraag in de zorg tot 2025.



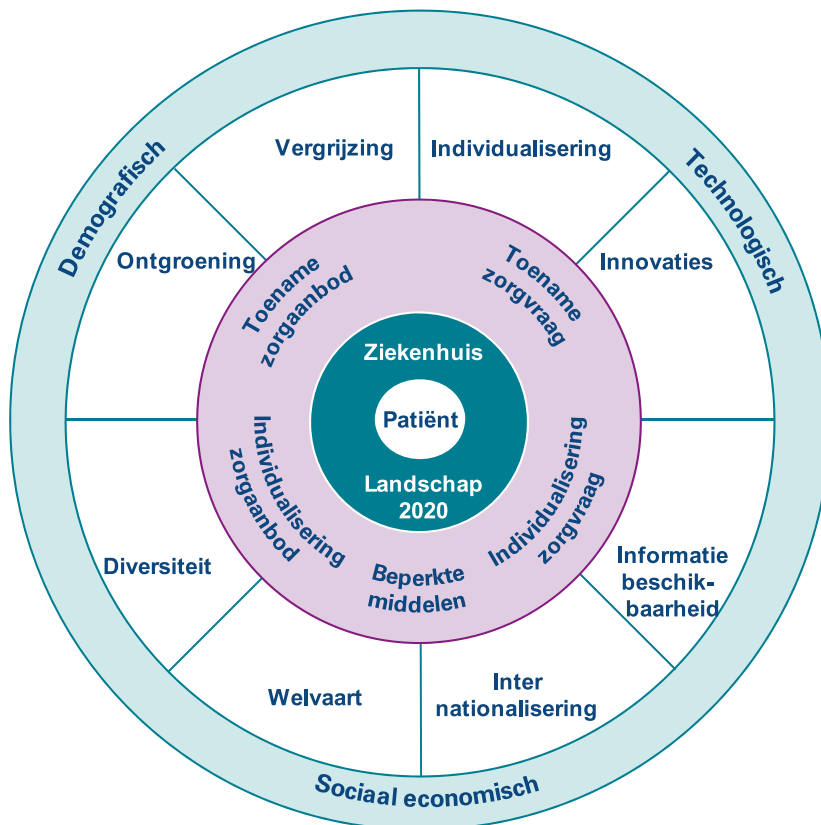
Deels zal dit gat tussen vraag en aanbod opgevuld worden door ontwikkelingen die door de krapte op de arbeidsmarkt in gang worden gezet. Zo zullen de tekorten in de zorg waarschijnlijk leiden tot een stijging in de lonen. Deze stijging in lonen vergroot de noodzaak tot arbeidsbesparende innovaties. Gevolg is dat door de arbeidsbesparende innovaties de vraag naar arbeidskrachten weer af zal nemen. De potentiële stijging in de lonen kan bovendien leiden tot een stimulans voor artsen om langer te werken (substitutie-effect). De stijgende lonen kunnen echter ook leiden tot een inkomenseffect (hoger loon leidt tot minder werken waardoor hetzelfde inkomen wordt behouden).

2.3 Samenvatting en conclusies

De demografische, sociaal-economische en technologische ontwikkelingen in de samenleving hebben grote gevolgen voor de zorg. In de toekomst zal de zorgvraag sterk individualiseren en stijgen. Ook het aanbod zal steeds meer op de persoon zijn toegesneden en qua mogelijkheden stijgen. Deze factoren leiden de komende jaren samen tot een verdere verwachte stijging van de zorgkosten, met een groeivoet ver boven die van het nationale inkomen. Dit gaat vroeg of laat knellen ten opzichte van de beperkte beschikbare middelen: geld en arbeidskrachten. Daarmee bouwt een druk op die binnen het zorglandschap en ziekenhuislandschap noopt tot grote veranderingen om te kunnen voldoen aan de toekomstige zorgvraag.

In onderstaande figuur 2.8 hebben wij de in hoofdstuk 2 beschreven trends in de samenleving en de gevolgen voor de zorg samengevat.

Figuur 2.8 Het huidige zorglandschap onder druk



Hoofdstuk 3 Drijvende krachten voor ziekenhuizen

Hoofdstuk 2 maakt duidelijk dat de demografische, technologische en sociaal- economische ontwikkelingen in de samenleving zorgen voor een toenemende druk op de zorgsector. Dat laat natuurlijk ook de ziekenhuizen niet onberoerd. De samenleving verandert, de zorg verandert, dus de ziekenhuizen moeten ook veranderen. In dit hoofdstuk wijzen wij op vier drijvende krachten die leidend zijn bij de transformaties in, bij en tussen ziekenhuizen.⁴

3.1 Kwaliteit en transparantie

In hoofdstuk 2 is beschreven hoe technologische ontwikkelingen er voor zorgen dat burgers steeds beter inzicht krijgen in het aanbod van zorg en in de geleverde kwaliteit van zorg. Daarbij is beschreven dat burgers door de toegenomen welvaart en internationalisering zich steeds meer bewust worden van de kwaliteit van de geleverde zorg en daarmee ook de behoefte aan kwalitatief hoogwaardige zorg toeneemt. Samen met de trend dat burgers zich steeds beter organiseren resulteert dit in een toenemende druk op de kwaliteit

en transparantie van ziekenhuizen: *“de burger/patiënt ontwikkelt zich tot een kritische consument en heeft meer uitgesproken wensen ten aanzien van de aard en kwaliteit van de geboden zorg”* (Kamerstuk 2001: 22). Ook zorgverzekeraars drijven de druk op kwaliteit en transparantie op. Indien ziekenhuizen niet voldoen aan de kwaliteitseisen heeft dit steeds grotere gevolgen voor ziekenhuizen, onder andere voor de contracten met zorgverzekeraars en voor de keuzes die patiënten maken met betrekking tot hun zorgaanbieder. Tegelijkertijd wordt van ziekenhuizen steeds meer verwacht dat zij tegenover patiënten, verzekeraars en overheid transparant zijn over de kwaliteit en kosten van de geleverde zorg.

CZ sluit tien ziekenhuizen uit voor blaaskankerzorg

31 mei 2011. Zorgverzekeraar CZ zal bij tien ziekenhuizen volgend jaar geen blaaskankerzorg meer inkopen. Deze ziekenhuizen bieden onvoldoende zorg bij blaaskanker en voeren de operaties niet vaak genoeg uit. Dat laat CZ weten bij de presentatie van de kwaliteitsnormen voor blaasverwijderingsoperaties. Op basis daarvan heeft CZ een lijst gemaakt met een indeling van ziekenhuizen variërend van beste ziekenhuizen tot niet gecontracteerd. (Zorgvisie, 2011)

Publiek belang. De kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg staat voorop in de Nederlandse gezondheidszorg. De borging van deze publieke belangen zijn randvoorwaarden waaraan moet worden voldaan bij de transformaties in het ziekenhuislandschap. Met name de borging van de kwaliteit is de afgelopen jaren steeds belangrijker geworden en de verwachting is dat ook in de toekomst de kwaliteit van de zorg in toenemende mate belangrijk wordt. Doordat de kwaliteit steeds belangrijker wordt geacht, eist dit van het ziekenhuislandschap dat zij steeds hogere kwaliteit gaan leveren. Door de toenemende druk op ziekenhuizen, vergt dit van ziekenhuizen een transformatie om aan deze toenemende kwaliteitseisen te blijven voldoen. (o.a. RVZ, 2011)

3.2 Flexibiliteit en aanpassing

Zoals in hoofdstuk 2 is beschreven wordt, onder andere door de vergrijzing, de individualisering, de toenemende welvaart en toenemende diversiteit, de zorgvraag van burgers meer divers. Zo neemt onder andere de comorbiditeit en het aantal chronisch zieken sterk toe. Tegelijkertijd zorgen de technologische ontwikkelingen er voor dat de mogelijkheden om patiëntspecifieke zorg aan te bieden sterk toenemen. Dit vraagt om een inrichting van het ziekenhuislandschap dat kan voldoen aan de individualisering van de zorgvraag en -aanbod. Het ziekenhuis moet in toenemende mate kunnen inspelen op complexe en patiëntspecifieke zorgvragen. Naast de toenemende variëteit in ziekten, neemt ook de variëteit in vraag naar type dienstverlening toe (Motivaction, 2009). Samen met de trend richting vraaggerichte zorg, vraagt dit van ziekenhuizen dat zij inspelen op de grote verscheidenheid aan type zorgbehoeften van patiënten en dat zij ook in de verdere toekomst een constante en grote aanpassingsbereidheid hebben.

Op weg naar individuele kankerbehandeling.

Utrecht, 18 juni 2008. Met de aanschaf van een nieuwe DNA-sequencer zet het Cancer Center van het UMC Utrecht de eerste stap op weg naar individuele behandeling van kanker. DNA analyse van tumoren maakt het mogelijk de behandeling af te stemmen op de eigenschappen daarvan. Het DNA kan bijvoorbeeld laten zien dat de tumor kwaadaardig wordt en een agressievere aanpak behoeft. Volgens prof. dr. Emile Voest (hoogleraar medische oncologie) is individuele kankerbehandeling de toekomst van de oncologie. *"Ik verwacht dat oncologen binnen vijf tot acht jaar standaard biopten nemen van tumoren om de genetische opmaak te bepalen en te komen tot een individuele behandeling."* (Zorgvisie, 2011)

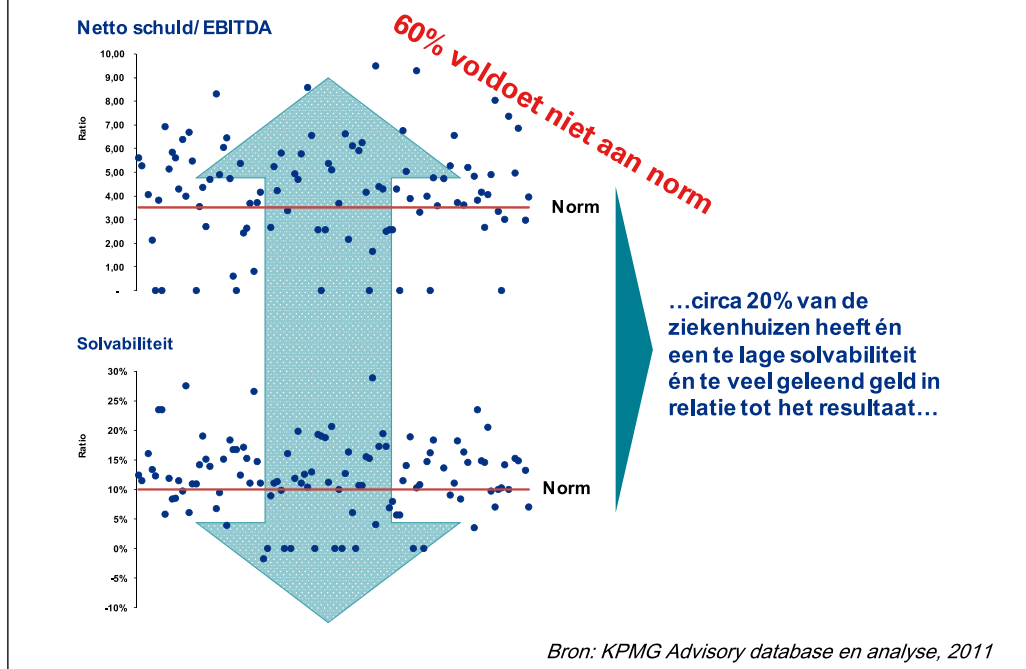
3.3 Macro: doelmatigheid

De zorgkosten zullen verder stijgen, onder andere ten gevolge van de vergrijzing, de toenemende welvaart en technologische veranderingen. Zoals beschreven in hoofdstuk 2 stijgen de zorgkosten harder dan het BBP, waardoor de grens in zicht komt voor beschikbare financiering uit de collectieve middelen. Dit zet een constante druk op de doelmatigheid in de zorg. Voor ziekenhuizen betekent dit eveneens dat zij een doelmatigheidsslag moeten maken. Zij zullen constant de druk voelen meer zorg aan te moeten bieden tegen minder kosten. Deze druk op doelmatigheid wordt versterkt door de toenemende krapte op de arbeidsmarkt. De beperkte beschikbaarheid van arbeidskrachten in de zorg leidt er toe dat ziekenhuizen genoodzaakt zijn om organisatie en werkprocessen efficiënter inrichten.

3.4 Micro: financiële robuustheid

Niet alle ziekenhuizen staan er financieel even goed voor. Veel ziekenhuizen verkeren in financieel zwaar weer. Circa 20% van de ziekenhuizen heeft én een te lage solvabiliteit én teveel geleend geld in relatie tot het resultaat (KPMG Advisory analyse, database jaarrekeningen zorginstellingen, 2009). Minimaal twintig ziekenhuizen denken dat in 2011 gedwongen ontslagen onvermijdelijk zijn en het faillissement van nog eens twintig ziekenhuizen dreigt (Volkskrant, 2010). Figuur 3.1 laat zien dat de solvabiliteit van veel ziekenhuizen onder de norm is.

Figuur 3.1 Ziekenhuizen in financieel zwaar weer



Tegelijkertijd is ook de netto schuld van een groot aantal ziekenhuizen boven de toegestane norm. Een oorzaak voor deze problemen is onder andere terug te voeren op de overgang van het bouwregime naar normatieve vergoedingen in 2008. Sinds de afschaffing van het bouwregime dienen ziekenhuizen zelf de financiering van het zorgvastgoed terug te verdienen in plaats van dat zij een gegarandeerde nacalculatie vanuit de overheid ontvangen. Een groot gedeelte van de vergoeding voor kapitaallasten dient met de zorgverzekeraar te worden onderhandeld, waardoor onzekerheid ontstaat over de hoogte en continuïteit van deze vergoeding. Door deze overgang hebben een aantal ziekenhuizen te maken met bijzondere waardevermindering van hun bezittingen, waardoor ze te kampen kunnen krijgen met vermogensschade. De toekomstige vrije kasstromen zijn onvoldoende om het vastgoed terug te verdienen. Daarnaast hebben een aantal ziekenhuizen zoveel geld geleend in relatie tot hun brutowinst dat extra bancaire financiering bovenop de bestaande schuld erg lastig zal worden. Het gevolg hiervan is dat bepaalde noodzakelijke investeringen uitgesteld dienen te worden. Het niet doen van deze investeringen kan leiden tot een afname in winstgevendheid.

Er is dus een groot aantal ziekenhuizen dat niet alleen onder druk staat om een bijdrage te leveren aan het verbeteren van de macro doelmatigheid van de zorg, maar allereerst ook goed op de eigen financiële robuustheid moet letten. Deze groep ziekenhuizen zal als gevolg van de blijvende en toenemende financiële druk op de sector, al dan niet via budgetkorting, alleen maar groter worden en het is de vraag of ze het zullen redden. Daarbij kunnen vooral schaal, krimp van de bevolking in het adherentiegebied en kapitaallasten een grote rol spelen. Het valt te voorzien dat voor een

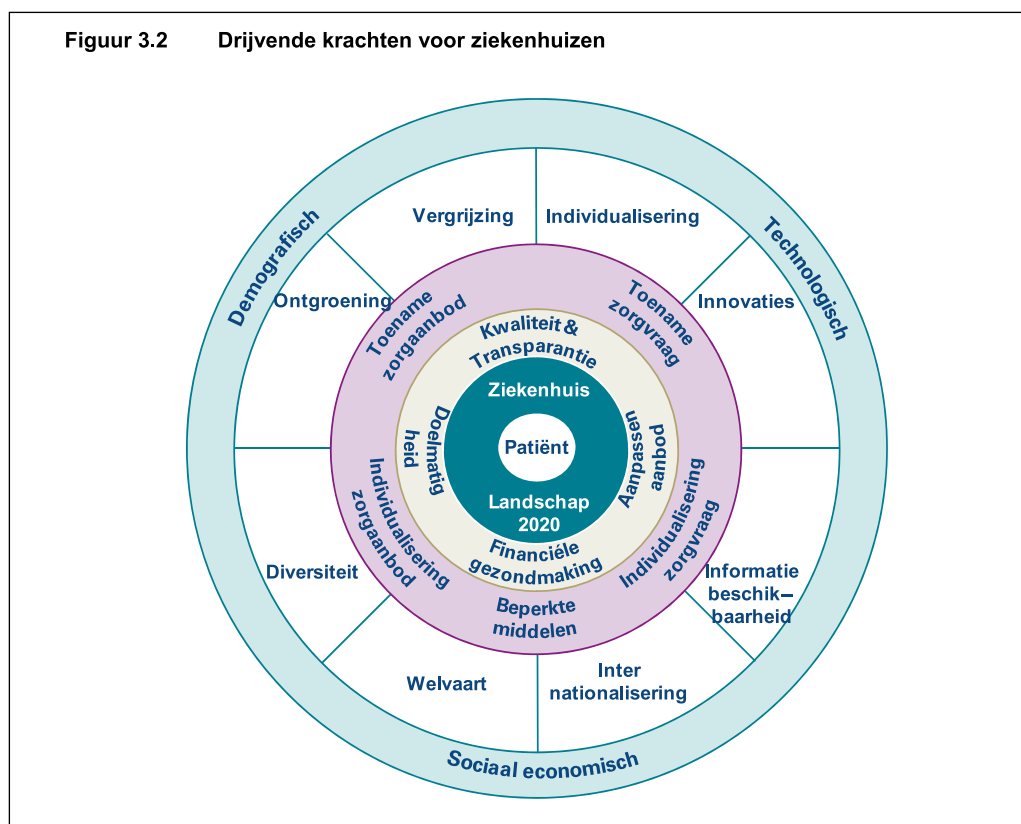
groeiend aantal ziekenhuizen de komende jaren de keuze opdoemt tussen samenwerken, fusie, overname of faillissement.

3.5 Samenvatting en conclusies

De druk op ziekenhuizen om te veranderen is enorm. Ziekenhuizen zullen onder moeilijke omstandigheden hun financiële robuustheid moeten verbeteren en een bijdrage moeten leveren aan het verlagen van (de stijging van) de kosten van de totale zorg. Ze moeten tegelijkertijd aan steeds hogere verwachtingen op het gebied van kwaliteit en transparantie van zorgconsumenten, overheden en zorgverzekeraars voldoen. En de toename in diversiteit aan verwachtingen en eisen van burgers vergt van ziekenhuizen dat ze zo georganiseerd moeten zijn dat ze ook daaraan kunnen voldoen.

Dit zijn de drijvende krachten achter veranderingen in het ziekenhuislandschap. Ziekenhuizen zullen hun financiële robuustheid moeten verbeteren, doelmatiger moeten presteren, aan hogere kwaliteitsverwachtingen voldoen, constant in moeten spelen op steeds weer veranderende vraag en over dat alles maximale transparantie en verantwoording betrachten.

In onderstaande figuur 3.2 hebben wij de beschreven drijvende krachten samengevat.



Hoofdstuk 4 Wat zien we in het buitenland?

Het vorige hoofdstuk laat de drijvende krachten zien in het ziekenhuislandschap in Nederland en schetst de mogelijke veranderingen in het ziekenhuislandschap. We vergelijken in dit hoofdstuk deze drijvende krachten met de ontwikkelingen die we in het buitenland zien en welke veranderingen zich daar voordoen of verwacht worden. De inzichten in dit hoofdstuk zijn mede gebaseerd op een informatie-uitvraag binnen het netwerk van aangesloten KPMG-firma's onder de volgende negen landen: Australië, Canada, Verenigde Staten, Japan, Verenigd Koninkrijk, Duitsland, Spanje, Zweden en Zwitserland. Daarnaast hebben wij gebruik gemaakt van openbare bronnen, literatuur, KPMG rapportages uit andere landen en gevoerde gesprekken.

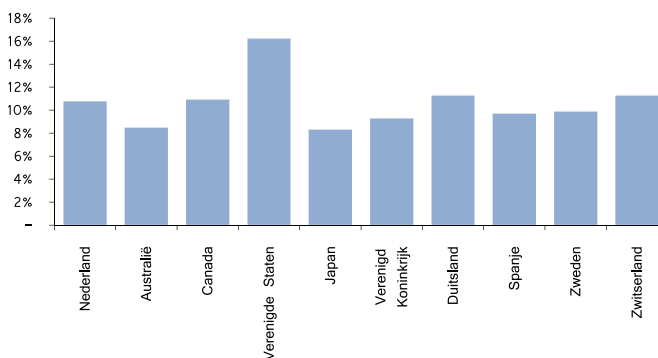
4.1 Uitdagingen

In Europa is sprake van een sterke vergrijzing: de verwachting is dat het aandeel 65-plussers in de Europese bevolking van 17% in 2007, tot 21% in 2010 naar 28% in 2020 stijgt. Ook in de niet-Europese landen in deze studie is sprake van vergrijzing waarbij vooral Japan geconfronteerd wordt met een zeer sterke toename van het aantal 65-plussers. (CBS, statline, 2011). Aangezien ouderen relatief gezien meer gebruik maken van ziekenhuiszorg (zie hoofdstuk 2, figuur 2.4) en dit zijn weerslag heeft op de beroepsbevolking is ook in andere landen dan Nederland een verbetering van de doelmatigheid van ziekenhuizen onvermijdelijk. De weerslag van de vergrijzing op de beroepsbevolking en het ontstaan van tekorten op de arbeidsmarkt wordt door alle landen herkend. Het is de vraag of de arbeidsmarktproblematiek met een stijging van de loonkosten opgevangen kan worden of dat andere maatregelen getroffen moeten worden.

De internationale vergelijking laat verder zien dat er verschillen zijn in het percentage van het bruto binnenlands product (BBP) dat uitgegeven wordt aan de gezondheidszorg in brede zin (zie figuur 4.1). In Nederland ligt dit in 2009

Japan heeft binnen bepaalde specialismen, zoals gynaecologie en kindergeneeskunde, een serieus tekort aan artsen. Artsen binden zich in Japan meer aan stedelijke gebieden dan aan het platteland. In Duitsland speelt dit ook en is er vooral een tekort aan artsen in de poliklinische zorg op het platteland. Veel Zweedse artsen zijn werkzaam in Noorwegen. (KPMG factsheets, 2011)

Figuur 4.1 Totale zorgkosten als % BBP, 2009

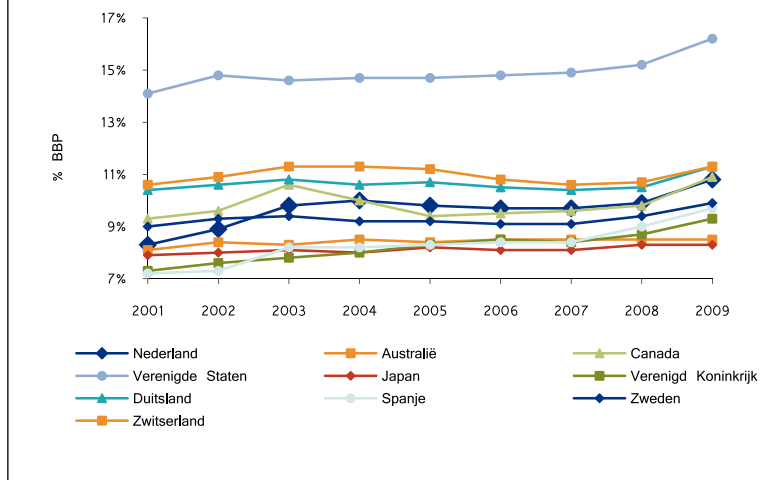


Bron: WHO Statistics, 2009

met 10,8% net iets boven het gemiddelde van 10,6% van de negen landen in deze vergelijking.⁵ De zorgkosten als percentage van het BBP zijn het hoogst in de Verenigde Staten.

De zorgkosten van de landen in de internationale vergelijking zijn de afgelopen jaren evenals in Nederland gestegen. Echter de mate waarin deze als percentage van het BBP gestegen zijn verschilt sterk per land (zie figuur 4.2). In Nederland is het percentage in de periode 2001 tot en met 2009 na Spanje het snelst gestegen.

Figuur 4.2 Totale zorgkosten als % BBP, 2001 -2009



De verwachting is dat de stijging van de zorgkosten de komende jaren door zal zetten. Deze trend in de stijging van zorgkosten in het buitenland onderstreept het belang om de doelmatigheid van ziekenhuizen ook daar te verbeteren. Al geven enkele landen (onder andere Australië) aan een stijging van de zorgkosten te

verwachten die in lijn is met de stijging van het BBP, waardoor de zorgkosten als percentage van het BBP niet stijgen.

4.2 Veranderingen in het internationale ziekenhuislandschap

De meest opvallende uitkomst van de internationale vergelijking is de grote overeenkomst tussen de trends en drijvende krachten die wij voor de Nederlandse situatie hebben geïdentificeerd en dat wat er in andere landen aan de hand is. Hieronder gaan we in op een aantal van de gevolgen die dat heeft voor de ziekenhuizen in de negen landen die we in deze vergelijking hebben betrokken. De ontwikkelingen per land zijn in een factsheet per land uitgewerkt en opgenomen in bijlage I.

4.2.1 Samenwerking

Bijna alle landen die we hebben meegenomen in de internationale vergelijking, willen de samenwerking tussen verschillende vormen van zorg verbeteren. Het gaat hierbij vooral om het verbeteren van de samenwerking tussen de eerstelijnszorg en de tweedelijnszorg voorafgaand aan de ziekenhuisopname en verbetering van de samenwerking met zorgaanbieders in de care sector na ziekenhuisopname. Het doel is om door een betere integratie van de eerstelijnszorg en het managen van chronische ziektes in de eerste lijn het aantal opnames in ziekenhuizen te verminderen en de zorguitkomsten te verbeteren.

In Australië is het inrichten van eerstelijns organisaties (Medicare Locals) onderdeel van de hervormingen in de gezondheidszorg. Deze Medicare Locals zullen de samenwerking tussen bevorderen en nauw samen zullen werken met lokale ziekenhuizen.

In Japan wil de overheid de ziekenhuiszorg verplaatsen naar de huisarts en thuiszorg in de lokale gemeenschap en ligt de

focus vooral op preventie. In Spanje worden eerstelijns gezondheidscentra en gespecialiseerde centra geïntegreerd. In Zweden vindt een verschuiving plaats van de tweede naar de eerste lijn om

zorgkosten te reduceren.

In Zwitserland vindt meer samenwerking plaats tussen de tweede lijn en de eerste lijn voorafgaand aan de ziekenhuisopname en met partners uit de care sector na afloop van de ziekenhuisopname.

Geisinger Health System in Pennsylvania in de Verenigde Staten biedt sinds 2006 een innovatieve en geïntegreerde service van de eerste en tweede lijn met 24-uurs toegang tot zorg, ondersteund door een zorgteam. Het programma kent financiële incentives voor artsen en hun praktijk op patiënten outcome. Het programma richt zich op toekomstige grootgebruikers van de zorg door middel van preventieve behandeling en het 'real time; thuis monitoren van patiënten. Er wordt gebruik gemaakt van de meest recente technologie om deze 'Medical Homes' in te richten. Het programma heeft geleid tot een afname van het aantal ziekenhuisopnames met 20%. Zie ook: KPMG (2010) A better pill to swallow. A global view of what works in healthcare.

Per 1 juli 2011 gaan de eerste 'Medicare Locals' in Australië van start, als onderdeel van het National Health Reform programma. De Medicare Locals zijn onderdeel van een nationaal netwerk van aanbieders in de eerste lijn en verantwoordelijk voor de lokale eerstelijnszorg. Het is de bedoeling hen goed te equiperen zodat zij in kunnen spelen op de lokale vraag, bijvoorbeeld door de aanbieders (op termijn) flexibeler te financieren zodat zij diensten die goed aansluiten op de lokale problematiek ook gefinancierd krijgen. De Medicare Locals moeten bijdragen aan het verbeteren van de huisartsenzorg buiten kantooruren en het lokaal beschikbaar stellen van informatie over de eerstelijnszorg (openingstijden, beschikbaarheid van diensten, gezondheidsinformatie inwoners). Onderdeel van de Medicare Locals is het continue trainen van huisartsen en praktijk ondersteuners. Zie ook www.yourhealth.gov.au. (KPMG factsheets, 2011)

4.2.2 Zorg dichtbij

Veel landen streven er naar de zorg ook geografisch steeds dichterbij de patiënt aan te bieden. Deze ontwikkeling is nauw verweven met de hiervoor beschreven toenemende samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn. Zo zijn de hervormingen in Australië er mede op gericht de ziekenhuiszorg te decentraliseren en nauwer samen te laten werken met de lokale gemeenschap en zorgprofessionals. De toegang tot zorg en de aansluiting bij de lokale zorgvraag moet hiermee verbeteren. Ook in andere landen is de laatste jaren de overgang naar meer buurtzorg zichtbaar (bijvoorbeeld in Canada en Verenigd Koninkrijk). Daarnaast zien we dat door de inzet van e-health er meer zorg op afstand kan worden geleverd waardoor de patiënt zoveel mogelijk in de thuissituatie begeleid wordt.

4.2.3 E-health

Evenals in Nederland zien we dat in het buitenland e-health toepassingen vaker ingezet (zullen) worden. Daarbij is meestal het doel de kosten te reduceren, arbeidskrachten uit te sparen en het ondersteunen van de hierboven beschreven ontwikkelingen zoals de samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn en het organiseren van zorg dichterbij de burger.

E-health wordt ingezet als middel om de overdracht van gegevens tussen zorgverleners onderling en zorgverlener en patiënt mogelijk te maken. In Australië wordt een nationaal e-health systeem ontwikkeld, waaronder een door de patiënt gecontroleerd elektronisch patiëntendossier (EPD). In andere landen vindt op ziekenhuisniveau uitwisseling plaats tussen zorgverleners middels een EPD (bijvoorbeeld Duitsland). Eveneens in Duitsland wordt naar verwachting in 2011 een chipkaart met medische gegevens ingevoerd.

Europese ziekenhuizen lopen achter met het gebruik van e-health, volgens een onderzoek van de Europese Commissie onder ruim 900 ziekenhuizen in Europa. Hoewel de ziekenhuizen meer dan collega's buiten Europa informatie over patiënten uitwisselen lopen ze achter in het toepassen van e-health bij bijvoorbeeld het beoordelen van labuitslagen en medisch beeldmateriaal. De Scandinavische landen zouden binnen Europa voorop lopen. Zweden stimuleert het gebruik van e-health en heeft een nationaal centrum voor e-health opgericht. (KPMG factsheets, 2011)

Ook wordt e-health ingezet als middel om op afstand zorg te leveren. Zo wordt in de Verenigde Staten radiodiagnostisch materiaal beoordeeld door artsen in India, Israel en Australië (nighthawking). Ook in Japan wordt teleradiologie ingezet. In meerdere landen stimuleert de overheid het gebruik van e-health door de oprichting van een fonds of nationaal centrum. Binnen Europa streeft de Europese Unie naar een 'Europese e-health-ruimte' waarin maatregelen op het gebied van e-health worden gecoördineerd en interactie tussen betrokkenen wordt bevorderd.

In de Verenigde Staten bouwt Stanford Hospitals aan een nieuw innovatief ziekenhuis in samenwerking met Apple, eBay, Oracle en HP waarbij patiëntgerichte en technologisch geavanceerde zorg centraal staat. De samenwerkende bedrijven investeren hierin in de komende tien jaar USD150 miljoen. Het nieuw te bouwen ziekenhuis zal 600 bedden krijgen en het ziekenhuis kent onder meer een multidisciplinair platform waarin radiologie, chirurgie en spoedeisende hulp bij elkaar geplaatst zijn en waarbij gebruik gemaakt zal worden van 'state of the art' beeldvormingstechnieken. Bovenal is het idee om in het samenwerkingsverband de meest innovatieve en vooruitstrevende bedrijven uit Silicon Valley samen te laten werken met het Nieuwe Stanford Hospital om zodoende te komen tot nieuwe methoden voor patiëntenzorg die niet eerder bedacht zijn. (KPMG factsheets, 2011)

In het Verenigd Koninkrijk wordt in het programma Whole Systems Demonstrator de effecten onderzocht van het aanbieden van geïntegreerde zorg ondersteund door geavanceerde technologieën zoals telehealth en telecare. Aan het programma doen 6.000 patiënten met chronische aandoeningen zoals COPD en diabetes mee op drie locaties (Newham, Cornwall en Kent) en vindt evaluatie plaats op vijf gebieden, waaronder de impact op de patiënt, de professionals en kosteneffectiviteit. De resultaten van het programma zijn naar verwachting op korte termijn bekend. Zie ook: KPMG (2010), Switch On! The case for telehealth.

4.2.4 Arbeidskrachten in de zorg

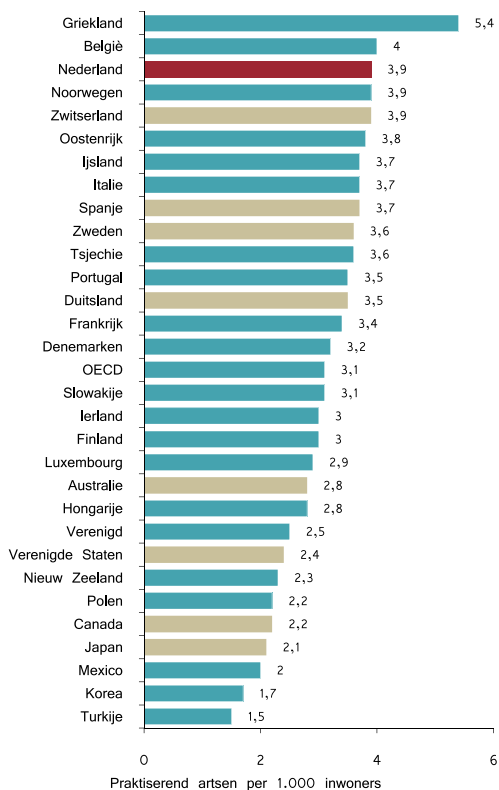
Nederland kent verhoudingsgewijs een hoog aantal artsen per 1.000 inwoners ten opzichte van de andere landen in deze vergelijking (zie figuur 4.3). Naar verwachting zal het tekort aan zorgpersoneel hier toenemen. Eerder is beschreven dat meerdere landen tekorten op de arbeidsmarkt verwachten.

Magnet Hospitals zijn ziekenhuizen in de Verenigde Staten die de personeelstekorten aanpakken door imagoverbetering bij (potentiële) werknemers. Deze ziekenhuizen met een aanzuigende werking kennen een hoger dan gemiddelde arbeidstevredenheid bij verpleegkundigen. Ziekenhuizen die het 'Magnet' certificaat verworven hebben, scoren daardoor significant beter op kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid. (KPMG factsheets, 2011)

Zoals beschreven kan e-health hier een oplossing bieden; dat is ook in veel landen terug te zien. Daarnaast kiezen veel landen voor functiedifferentiatie om de problematiek op de arbeidsmarkt op te vangen. Hierbij worden er vooral taken overgedragen aan verpleegkundigen om de werklust van artsen te reduceren. In de Verenigde Staten is door het invoeren van deze functiedifferentiatie het aantal nurse practitioners de afgelopen vijf jaar met bijna 40% toegenomen. Ook bepaalde taken van verpleegkundigen kunnen vervolgens worden overgedragen aan minder gekwalificeerd personeel (bijvoorbeeld huishoudelijke verzorging).

Naast functiedifferentiatie zorgen overheden maar ook ziekenhuizen zelf voor het vergroten van de aantrekkingskracht van het werken in de zorg. In een aantal landen worden artsen uit het buitenland ingezet om tekorten op te vangen (bijvoorbeeld Zweden). In Spanje heeft de overheid als reactie op het tekort aan zorgpersoneel betere arbeidsvoorwaarden gecreëerd om het werken in de zorg aantrekkelijker te maken. Overigens ziet men in Spanje door de economische crisis de tekorten kleiner worden.

Figuur 4.3 Praktiserend artsen per 1.000 inwoners, 2007



Bron: OECD Health Data, 2009

4.2.5 Toename aantal commerciële ziekenhuizen

In een aantal landen is de verwachting dat het aandeel van de commerciële ziekenhuizen ten opzichte van het totaal aantal ziekenhuizen toeneemt. Dit is niet in alle landen zichtbaar, met name vanwege de directe relatie met het zorgstelsel en het overheidsbeleid in het land. In Duitsland is in de periode 1991 tot 2007 het aandeel van private ziekenhuizen verdubbeld en het aantal publieke ziekenhuizen gedaald. Onder meer door de outputbesteding en de onzekere economie verwacht men hier dat het publieke aandeel in ziekenhuizen zal afnemen en privaat kapitaal zal worden ingezet. De verwachting is dat het aandeel van private commerciële zorgaanbieders zal toenemen en het totaal aantal ziekenhuizen zal afnemen. Ook in het

In Zweden worden enkele ziekenhuizen door commerciële zorgaanbieders gerund. Het vastgoed van de ziekenhuizen blijft daarbij vaak in handen van de overheid. Een voorbeeld hiervan is het Capio St. Göran ziekenhuis. In dit ziekenhuis kan zorg tegen lagere kosten worden aangeboden. Het Capio St. Göran heeft hiermee een impuls gegeven aan andere ziekenhuizen in Stockholm om de zorgkosten te verlagen. (KPMG factsheets, 2011)

Verenigd Koninkrijk is de verwachting dat de opening van nieuwe, privaat gefinancierde afdelingen voor patiënten zal toenemen. Dit hangt nauw samen met het voorgenomen overheidsbeleid om de bovengrens van private inkomsten af te schaffen. In Duitsland en Verenigd Koninkrijk is het toegestaan om winst uit te keren. In Canada echter wordt een groei van private ziekenhuizen met winsttoegmerk door de overheid tegen gehouden.

Hoewel ziekenhuizen in Nederland niet in publieke handen zijn (het zijn private stichtingen), kent Nederland in vergelijking met andere landen weinig ziekenhuizen die met risicodragend kapitaal gefinancierd zijn. Het uitkeren van winst is in Nederland niet toegestaan. De verwachting dat het uitkeren van winst op gespannen voet staat met investeringen in de zorg kan vooralsnog niet gestaafd worden met onderzoek. Er bestaan in de landen die wij onderzocht hebben weinig aanwijzingen dat winstuitkeringen ten koste gaan van investeringen in de zorg of publieke belangen in de zorg. De betrokken commerciële ziekenhuizen werken binnen de publieke voorwaarden van het desbetreffende zorgstelsel. Een mogelijke verklaring dat er weinig aanwijzingen zijn voor schade aan de publieke belangen, is gelegen in de samenhang tussen de lange termijn winstgevendheid van een ziekenhuis en de kwaliteit van de geleverde zorg. Investerings in de zorg zijn daarom noodzakelijk om de winstgevendheid en kwaliteit ook in de toekomst te behouden.

4.2.6 Toename aandacht voor kwaliteit en transparantie

We zien ook in het buitenland een toenemende focus op kwaliteit van zorg. De noodzaak om kwalitatief hoogwaardige zorg te leveren en dit transparant te maken zien we in bijna alle negen landen. De ziekenhuizen in de meerderheid van de landen rapporteren op kwaliteitsindicatoren, soms onder druk van financiers (zorgverzekeraars of de overheid) soms uit eigen beweging. Of ziekenhuizen de gegevens voor iedereen openbaar maken verschilt per land. In veel landen wordt dit gedaan om de keuzevrijheid van patiënten te bevorderen. De aanname is dat het publiceren van kwaliteitsgegevens zorgt voor meer concurrentie en hiermee leidt tot een verbetering van de ziekenhuiszorg en efficiency.

In andere landen zijn de gegevens niet openbaar voor patiënten maar uitsluitend voor financiers.

In Australië wordt via de My Hospitals website inzicht geboden in de kwaliteit van ziekenhuizen. Een onafhankelijke autoriteit is in oprichting (National Health Performance Authority) en gaat in de toekomst de prestatie indicatoren vaststellen. In Spanje worden prestatie indicatoren met behulp van patiëntenquêtes vastgesteld door de financiers. Deze gegevens worden niet openbaar gemaakt voor patiënten. In Zwitserland loopt de grootste private ziekenhuisgroep Hirslanden voorop in het publiceren van kwaliteitsgegevens maar zijn er landelijk geen formele afspraken gemaakt over het publiceren van kwaliteitsgegevens. (KPMG factsheets, 2011)

4.2.7 Financiële gezondheid ziekenhuizen

De stijgende zorgkosten en toenemende druk op de arbeidsmarkt maken dat ook in het buitenland sprake is van een toenemende druk op ziekenhuizen en de noodzaak doelmatiger te werken. In sommige landen komen ziekenhuizen in de financiële problemen. Het aantal fallissementen van ziekenhuizen in het buitenland is echter zeer beperkt, we zien dit alleen in de Verenigde Staten. In andere landen, zoals Canada en het Verenigd Koninkrijk, komen we wel vormen van warme sanering tegen. In hoofdstuk 6 werken we een voorbeeld uit van ziekenhuizen in Ontario waar zich warme sanering heeft voorgedaan.

4.2.8 Zorgtoerisme

Zorgtoerisme is een verschijnsel in opkomst: de combinatie van een relatief goedkope bestemming waar kwalitatief hoogwaardige zorg geleverd wordt, zorgt voor een toenemend aantal zorgtoeristen. De verwachting is dat zorgtoerisme niet alleen toeneemt bij relatief simpele ingrepen met een korte hersteltijd (bijvoorbeeld cosmetische chirurgie), maar zich ook voor zal doen bij de meer complexe ingrepen (heupoperaties, cardiovasculaire chirurgie, vruchtbaarheidsbehandelingen). Wereldwijd neemt de zorgtoerisme industrie jaarlijks toe met ongeveer 20 tot 30%. Er zijn voorbeelden dat in sommige gevallen patiënten tot 80% goedkoper uit zijn indien zij kiezen voor een behandeling in het buitenland. We zien dat landen initiatieven ontplooiën om vormen van zorgtoerisme aan te bieden. Door de zorg- en toerismesector te versterken verwachten landen economische groei te stimuleren en mogelijkheden op de arbeidsmarkt te creëren.

Azië is de dominante speler in zorgtoerisme. De inschatting is dat in 2010 meer dan 4,3 miljoen zorgtoeristen Azië hebben bezocht en de verwachting is dat dit in 2012 oploopt tot 5,6 miljoen. Binnen Azië zijn Singapore en India de koplopers. In India bevindt zich bijvoorbeeld het Apollo Hospital. Apollo hospital is een keten van ongeveer 53 ziekenhuizen en de grootste private aanbieder van ziekenhuiszorg in Azië. De kosten van zorg in India zijn relatief laag, terwijl veel artsen in het buitenland hebben gestudeerd en gewerkt. In Singapore zijn 15 ziekenhuizen ingericht om buitenlandse patiënten te behandelen en de overheid werkt hier hard aan het aantrekken van artsen en wetenschappers uit de hele wereld om het zorgtoerisme te vergroten (KPMG factsheets, 2011). Zie ook: KPMG (2011) Issues monitor. Sharing Knowledge on Topical Issues in the Healthcare Sector.

4.3 Samenvatting en conclusies

Ontwikkelingen in andere landen blijken zeer vergelijkbaar te zijn met de trends en drijvende krachten die wij voor de Nederlandse situatie hebben geïdentificeerd. Dit bevestigt onze aanname dat het hier gaat om fundamentele krachten in ons type samenleving die slechts in geringe mate afhankelijk zijn van specifieke lokale of politieke omstandigheden. De grote uitzondering hierop betreft de manier waarop in verschillende landen wel of geen ruimte geboden wordt aan risicodragend kapitaal (eigen vermogen) in de zorg en commercieel optreden van ziekenhuizen. Hoewel het algemene beeld is dat hier steeds meer ruimte voor komt, verschilt dit enorm van land tot land. Daarbij valt het op dat er geen negatief verband valt te ontdekken tussen de mate waarin winstuitkering in de zorg mogelijk is en eventuele schade aan de publieke belangen in de zorg (kwaliteit, beschikbaarheid, betaalbaarheid). Integendeel, op het gebied van kwaliteit en kosten zijn er juist indicaties dat commerciële ziekenhuizen het beter kunnen doen dan niet-commerciële instellingen. Dit is onderzocht in landen met gemengde stelsels, zoals Nederland; het ligt duidelijk anders in een land als de Verenigde Staten (vóór de Health Reform).

Hoofdstuk 5 Bouwstenen voor het ziekenhuislandschap 2020

De geschetste drijvende krachten zijn zo fundamenteel voor ziekenhuizen en zo met de ontwikkeling van de samenleving als geheel verbonden dat ze linksom of rechtsom, ongeacht de politieke kleur van opeenvolgende kabinetten, hun sporen zullen na laten in het ziekenhuislandschap. Om in de (nabije) toekomst zorg veilig, toegankelijk en betaalbaar te kunnen blijven aanbieden is het dan ook onvermijdelijk dat er veranderingen plaatsvinden in het ziekenhuislandschap. De gehouden expertsessies, de interviews, de internationale vergelijking en de (inter)nationale literatuur onderstrepen dit beeld en geven een veelheid aan ideeën en mogelijkheden over de te verwachten ontwikkelingen in het Nederlandse ziekenhuislandschap. Het is bij geen van deze ontwikkelingen zeker of deze zich ook daadwerkelijk zullen voordoen, en wat de effecten zullen zijn van deze ontwikkelingen. Dit hoofdstuk is dus ook vooral een bloemlezing van inschattingen en analyses van experts en betrokkenen uit het veld. Soms zijn dat extrapolaties van trends, soms mogelijke gevolgen van bepaalde ontwikkelingen en soms mogelijke reacties op ontwikkelingen. Samen vormen zij de bouwstenen van het ziekenhuislandschap van de toekomst.

5.1 Een bloemlezing: Mogelijke ontwikkelingen in het ziekenhuislandschap

In het palet aan mogelijke ontwikkelingen die genoemd worden in het veld, zijn drie groepen te onderscheiden. De eerste groep betreft de ontwikkelingen in en rond ziekenhuizen. De tweede groep omvat de te verwachten ontwikkelingen in en rond huisartsen. De derde groep behelst de ontwikkelingen die betrekking hebben op de zorgprofessionals en patiënten. Om de mogelijke impact van elke ontwikkeling in kaart te brengen, worden de geschetste ontwikkelingen bekeken aan de hand van de vier drijvende krachten zoals geschetst in hoofdstuk drie. De gedachte hierachter is dat de mate van waarschijnlijkheid waarmee de veranderingen zich zullen voordoen mede afgelezen kan worden aan de mate waarin de ontwikkelingen gezien kunnen worden als een reactie op deze drijvende krachten. Het scoren van ontwikkelingen wordt vormgegeven langs zeven criteria.

De drijvende kracht 'Kwaliteit en transparantie' wordt uitgewerkt naar twee criteria:

- Wordt de kwaliteit verhoogd? (1)
- Wordt de transparantie over de kwaliteit verhoogd? (2)

De bijdrage van de ontwikkeling aan de 'Flexibiliteit en aanpassing' wordt uitgewerkt naar een criterium:

- Wordt het makkelijker om het aanbod zich te laten richten op de veranderende en zich differentiërende vraag? (3)

De bijdrage aan de 'Doelmatigheid' wordt uitgewerkt naar drie criteria:

- Gaan de totale kosten van de zorg omlaag, gegeven de kwaliteit en productie? (4)
- Gaan de kosten van de verplicht verzekerde zorg omlaag en dus de verplichte premie, gegeven de kwaliteit en productie? (5)
- Wordt de arbeidsmarktproblematiek verlicht, gegeven de kwaliteit en productie? (6)

De 'Financiële robuustheid' wordt uitgewerkt naar één criterium:

- Biedt dit een oplossing voor instellingen in financiële problemen? (7)

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de mogelijke ontwikkelingen en de score op bovengenoemde criteria. Deze score is een inschatting die wij maken, mede op basis van informatie aangedragen door de experts en partijen uit het veld. De donkergroene kleur geeft aan dat de geschetste ontwikkeling goed aansluit bij de criteria, bij lichtgroen minder, bij wit niet. De verwachte bijdrages zijn gebaseerd op een nationale en internationale literatuurstudie, diverse expertsessies met onder andere huisartsen, medisch specialisten, ziekenhuisbestuurders, zorgverzekeraars en patiëntenverenigingen, en interviews met private investeerders en wetenschappers. Hier is dus zondermeer sprake van een zekere subjectiviteit, maar bij elkaar geeft het schema wel inzicht in wat er, groot en klein, de komende jaren mogelijk te gebeuren staat. Bij het scoren van de ontwikkelingen gaan we uit van de mogelijke effecten indien de ontwikkelingen geïsoleerd plaatsvinden. We zijn ons hierbij van bewust dat in werkelijkheid de ontwikkelingen interacties vertonen, waarbij losse effecten kunnen worden versterkt of juist kunnen worden verminderd.

	Verhoging Kwaliteit	Verlaging Kosten	Verlaging Verplichte Premie	Verlichting Arbeidsmarkt Problematiek	Verhoging Transparantie	Vergroting Aanpassings Vermogen	Financiële robuustheid
1. Scherpere portfoliokeuzes							
2. Opkomst focusklinieken							
3. Meer categorale ziekenhuizen							
4. Meer samenwerking tussen ziekenhuizen							
5. Netwerken van ziekenhuizen							
6. Fusies van ziekenhuizen							
7. Minder algemene ziekenhuizen							
8. Ziekenhuizen gesteund door regionale overheden							
9. Meer faillissementen van ziekenhuizen							
10. Uitbesteden							
11. Shared service centers van back offices							
12. Offshoring in Polen of India							

	Verhoging Kwaliteit	Verlaging Kosten	Verlaging Verplichte Premie	Verlichting Arbeidsmarkt Problematiek	Verhoging Transparantie	Verhoging Aanpassings Vermogen	Financiële robuustheid
13. Locaties van Nederlandse ziekenhuizen in buitenland							
14. Zorgmiddelen inkoop door verzekeraars							
15. E-health investeringen							
16. Het virtuele ziekenhuis							
17. Alle ziekenhuizen op zelfde ICT							
18. Invoering landelijk EPD							
19. Risicodragend kapitaal in verzekerde zorg							
20. Meer commerciële ziekenhuizen							
21. Meer ZBC's							
22. Meer privé klinieken							
23. Franchise ketens specialistische zorg							
24. Meer gemengde ziekenhuizen							
25. Meer buurtgezondheid centra							
26. Specialistische diagnose in buurt gezondheids centra							
27. Medisch specialist in buurtgezondheid centra							
28. Meer risicodragend kapitaal in buurtgezondheidszorg							
29. Meer verzekeraars kapitaal in buurtgezondheidszorg							
30. Einde van de maatschap							

	Verhoging Kwaliteit	Verlaging Kosten	Verlaging Verplichte Premie	Verlichting Arbeidsmarkt Problematiek	Verhoging Transparantie	Vergroting Aanpassings Vermogen	Financiële robuustheid
31. Medisch specialist als mede eigenaar van ziekenhuis							
32. Reizende specialistenteams							
33. Kwaliteits rapportages over medisch specialisten							
34. Functie differentiatie							
35. Nederlandse opleiding voor verpleegkundigen in buitenland							
36. Samenwerken patiëntvereniging en zorgverzekeraars							
37. Samenwerken patiëntvereniging en ziekenhuizen							
38. Keurmerken ziekenhuizen door patiëntvereniging							
39. Zorgtoerisme naar buitenland							
40. Opkomst zorgmakelaar							
41. Toename zorghotels							
42. Familie neemt zorgtaken over in laatste levensfase							
43. Kwaliteits verantwoordings monitor in media							

5.2 Mogelijke ontwikkelingen in en rond ziekenhuizen

Deze paragraaf schetst de mogelijke ontwikkelingen in en rond ziekenhuizen, geeft verwachte scores op ontwikkelingen weer en licht de scores op de criteria toe. Omwille van het overzicht worden een aantal ontwikkelingen gebundeld en vervolgens per criterium toegelicht.

5.2.1 Scherpere focus

	Verhoging Kwaliteit	Verlaging Kosten	Verlaging Verplichte Premie	Verlichting Arbeidsmarkt Problematiek	Verhoging Transparantie	Vergroting Aanpassings Vermogen	Financiële robuustheid
42. Familie neemt zorgtaken over in laatste levensfase							
43. Kwaliteits verantwoordings monitor in media							

Het is de verwachting dat ziekenhuizen keuzes zullen gaan maken in hun zorgportfolio (1). Op dit moment verlenen ziekenhuizen een breed palet aan zorgbehandelingen. Dit vraagt een brede inrichting van de organisatie qua specialisten, kennis en voorzieningen. Andere hiermee samenhangende ontwikkelingen betreffen de opkomst van focusklinieken (2) en de toename in categorale ziekenhuizen (3).

Diverse nationale en internationale onderzoeken tonen aan dat de kwaliteit van zorg wordt vergroot door focus aan te brengen in de zorgportfolio of door de toename van focusklinieken of categorale ziekenhuizen. Dit positieve effect op kwaliteit is een gevolg van bundeling van expertise en voorzieningen en van grotere volumes per behandeling (onder andere IGZ, 2011; NHS, 2010; NVZ, 2010).

Verwacht wordt dat deze volumestijging niet alleen zal leiden tot kwaliteitsverhoging, maar ook tot kostenverlaging. De kostenverlaging kan worden gerealiseerd door de bundeling van expertise en apparatuur en door de toename in mogelijkheden om zorgprocessen te standaardiseren (onder andere IGZ, 2011; NVZ, 2010). De toename in kwaliteit en efficiëntie kan tevens leiden tot een verlichting van de arbeidsmarktproblematiek.

De toename van categorale ziekenhuizen, focusklinieken en het maken van portfoliokeuzes komt tevens tegemoet aan de wens tot grotere transparantie. Het is te verwachten dat de toename in categorale ziekenhuizen en focusklinieken een prikkel geeft tot het verhogen van de transparantie, doordat zij hoger scoren op de kwaliteit en daarmee kunnen proberen te concurreren met andere instellingen.

Ook wordt verwacht dat het aanbrengen van focus een positief effect zal hebben op de mogelijkheden om patiëntgerichte zorg aan te bieden. De kennis en voorzieningen zijn gebundeld per specialisatie, waardoor er makkelijker ingesprongen kan worden op patiëntspecifieke en/of zeldzame zorgvragen. Tevens kan in zowel categorale ziekenhuizen als focusklinieken de flexibiliteit van het aanbod binnen een specialisatie worden vergroot. Zo kunnen astmaklinieken bijvoorbeeld aandacht besteden aan de verschillende eisen van patiënten ten aanzien van zorgverlening, zelfzorg en informatievoorziening. Wel heeft de indeling in categorale ziekenhuizen en focusklinieken mogelijk een nadeel voor het aanpassingsvermogen ten aanzien van de complexe zorgvraag. Categorale ziekenhuizen zullen minder makkelijk kunnen inspringen op de behandeling voor patiënten met een zeldzame complexe zorgvraag, waarbij een verbinding tussen specialisaties moet

worden gelegd die niet veel voorkomt. Hetzelfde geldt voor patiënten waarbij sprake is van multi- of comorbiditeit. In de algemene ziekenhuizen zou op deze complexe zorgvragen kunnen worden ingesprongen door de verbinding te leggen met andere afdelingen. Bij categorale ziekenhuizen en focusklinieken moet deze verbinding dan buiten het ziekenhuis worden gezocht.

Focusklinieken. Een focuskliniek is een variant op een zogenaamde focused factory, een begrip uit de productie-industrie. Focusklinieken richten zich met name op de hoogvolume electieve zorg met een zorgproces dat in hoge mate voorspelbaar en evidence based is. Het uitgangspunt van concentratie in focus factories is het verhogen van kwaliteit en verlagen van kosten door routine, standaardisatie en keuze. Het Shouldice Hospital in Toronto is een voorbeeld van een focuskliniek waarbij het verhelpen van specifieke hernia's centraal staat. Resultaten uit onder andere Toronto laten een optimalisatie van het proces zien (halvering van de ligduur), een verkleining van de complicaties met een factor 10 en een kostenoptimalisatie door maximaal gebruik van apparatuur, bedden en personeel (Schippers et al, 2011).

Wat betreft de financiële robuustheid van een zorginstelling, lijkt het maken van portfolio-keuzes en de groei van het aantal focusklinieken en categorale ziekenhuizen eveneens een positief effect te sorteren. Dit door de toename in efficiëntie en standaardisatie. Ook de focus op een beperkt aantal aandoeningen en daarmee de mogelijkheid om minder winstgevende of verliesgevende behandelingen voor een bepaald ziekenhuis te laten vervallen, kan bijdragen aan een verbetering van de financiële robuustheid van een ziekenhuis.

5.2.2 Sterkere verbinding

Sterkere verbinding	Verhoging Kwaliteit	Verlaging Kosten	Verlaging Verplichte Premie	Verlichting Arbeidsmarkt Problematiek	Verhoging Transparantie	Vergroting Aanpassings Vermogen	Financiële robuustheid
4. Meer samenwerking tussen ziekenhuizen							
5. Netwerken van ziekenhuizen							
6. Fusies van ziekenhuizen							
7. Minder algemene ziekenhuizen							

Een andere ontwikkeling die al voor een deel is ingezet betreft de sterkere verbinding tussen ziekenhuizen via samenwerking (4), netwerken van zorg (5) en fusies (6). De opkomst van netwerken van zorg betreft de samenwerking over de grenzen van de eigen organisatie heen. Netwerkworg omvat een nieuw systeem van zorg, waarin de verschillende zorginstellingen en zorgfuncties met elkaar in verbinding staan en beter op elkaar kunnen worden afgestemd. Fusies zijn veelal een reactie op de toenemende druk op kwaliteit, doelmatigheid en de financiële gezondmaking.

Verwacht wordt dat een intensievere samenwerking en netwerkvorming tussen ziekenhuizen ertoe leidt dat er een selectie van zorgaanbod plaats kan vinden per ziekenhuis, maar er tegelijkertijd in gezamenlijkheid een compleet palet aan zorg kan worden aangeboden. Zo wordt het voordeel van keuzes in zorgaanbod benut, zonder de breedte van het zorgaanbod te verliezen. Dit kan leiden tot

een verhoging van de kwaliteit op en een verlaging van de totale zorgkosten en de verplichte premie. Ook fusies kunnen bijdragen aan een verbetering van de kwaliteit, doordat het volume kan worden vergroot en voorzieningen en kennis gekoppeld kunnen worden. Tevens kunnen de kosten worden verlaagd: door de bundeling van voorzieningen kan bijvoorbeeld bespaard worden op apparatuur en back office voorzieningen. Tevens kan door verhoging van de kwaliteit (minder herstelbehandelingen) en efficiëntie (minder arbeidskrachten nodig per behandeling) de arbeidsmarktproblematiek worden verlicht. Overigens moet hier bedacht worden dat dit allemaal alleen geldt als de fusie slaagt en voldoet aan de vooraf uitgesproken verwachtingen. In de gezondheidszorg blijkt het effectief realiseren van de beoogde voordelen van een fusie in de praktijk net zo moeilijk als in menig andere sector.

Vier ziekenhuizen in de regio Den Haag zijn bezig een verregaande samenwerking op te zetten om zichzelf toekomstbestendig te maken. Het gaat om het MC Haaglanden en het Bronovo Ziekenhuis in Den Haag, het Lange Land Ziekenhuis in Zoetermeer en het Groene Hart Ziekenhuis in Gouda. De vier ziekenhuizen hebben de A12-coöperatie opgericht.

Over de gevolgen voor de transparantie van de geboden zorg zijn de geluiden in het veld minder duidelijk. Samenwerking is complex en complexiteit kan ten koste gaan van transparantie. Ook kan de marktmacht van de nieuwe combinaties toenemen waardoor zij zich wellicht minder genoodzaakt voelen transparant te moeten zijn. Anderzijds kan het leiden tot een toename in transparantie: doordat zorginstellingen met elkaar in verbinding komen te staan, ontstaat meer uitwisseling van gegevens over patiënten en van resultaten van behandelingen. Het aanpassingsvermogen wordt door de verbinding van ziekenhuizen tevens vergroot, doordat bij complexe zorgvragen de verbinding met andere zorginstellingen makkelijker en sneller kan worden gelegd. Hierdoor kan de flexibiliteit ten aanzien van de meer complexere zorgvraag worden vergroot. Tevens kan de verbinding tussen ziekenhuizen zorgen voor een vergroting van de financiële robuustheid, door de standaardisatie van processen, bundeling van voorzieningen en doordat de efficiëntie wordt vergroot.

Tot slot kan een toename van samenwerking en fusies tussen ziekenhuizen tot gevolg hebben dat het aantal algemene ziekenhuizen zal afnemen (7). De afname in algemene ziekenhuizen heeft tot gevolg dat het volume van de behandelingen die in de (overgebleven) algemene ziekenhuizen plaatsvinden wordt verhoogd. Er wordt verwacht dat dit kan leiden tot een verhoging van de kwaliteit en een verlaging van de kosten.

5.2.3 Financiële ontwikkelingen

Financiële doorslag	Verhoging Kwaliteit	Verlaging Kosten	Verlaging Verplichte Premie	Verlichting Arbeidsmarkt Problematiek	Verhoging Transparantie	Vergroting Aanpassings Vermogen	Financiële robuustheid
8. Ziekenhuizen gesteund door regionale overheden							
9. Faillissement van ziekenhuizen mogelijk							

Steeds meer ziekenhuizen verkeren in financieel zwaar weer (Volkskrant, 2010). Een mogelijke ontwikkeling die zou kunnen plaatsvinden in reactie op de toenemende financiële druk, is dat regionale overheden de ziekenhuizen gaan steunen om zo faillissement te voorkomen (8). Op korte termijn kan dit voorkomen dat een ziekenhuis failliet gaat, wat de continuïteit van de zorg op die locatie ten goede komt. Anderzijds kan overheidssteun, of het perspectief daarop, de prikkel ontnemen om te optimaliseren (qua kwaliteit en kosten). Dit kan verhinderen dat ziekenhuizen structureel verbeteren. Wel kan dit een positieve bijdrage leveren aan de transparantie, doordat de regionale overheden meer inzicht zouden kunnen eisen in de kwaliteit en kosten van de ziekenhuizen die zij financieel ondersteunen.

Een ander mogelijk gevolg van de financiële druk is dat faillissementen van ziekenhuizen gaan plaatsvinden (9). De mogelijkheid tot faillissement kan voor ziekenhuizen indirect een prikkel geven om de bedrijfsvoering te optimaliseren, qua kosten, aanpassingsvermogen, financiële robuustheid en kwaliteit van de zorg. De prikkel voor financiële robuustheid ontstaat doordat het risico op voortbestaan wordt bedreigd indien ziekenhuizen het huis niet op orde hebben. Dit kan ertoe leiden dat de kwaliteit inderdaad wordt verhoogd, de kosten per zorgbehandeling worden verlaagd, het aanpassingsvermogen wordt vergroot en de financiële robuustheid van ziekenhuizen wordt verbeterd.

5.2.4 Uitbesteden en shared service centers

Uitbesteden en shared services	Verhoging Kwaliteit	Verlaging Kosten	Verlaging Verplichte Premie	Verlichting Arbeidsmarkt Problematiek	Verhoging Transparantie	Vergroting Aanpassings Vermogen	Financiële robuustheid
10. Uitbesteden							
11. Shared service centers van back offices							
12. Offshores in Polen of India							
13. Locaties van Nederlandse ziekenhuizen in buitenland							
14. Zorgmiddelen inkoop door verzekeraars							

Een andere ontwikkeling die genoemd wordt als reactie op de toenemende druk op ziekenhuizen is het uitbesteden van de back office en ondersteunende medische diensten, zoals röntgenfoto analyse, laboratoriumdiensten en sterilisatie van instrumenten (10), om zo kosten te besparen. Ook het samenvoegen van back office taken in shared service centres (11) is een te verwachte ontwikkeling. Offshoren naar het buitenland (12) behoort hierbij ook tot de mogelijkheden, waarbij een deel van de taken buiten de organisatie wordt geplaatst in het buitenland.

Een andere mogelijke ontwikkeling betreft het opzetten van locaties van Nederlandse ziekenhuizen in het buitenland (13). Zo kan bijvoorbeeld een deel van de nazorg worden uitbesteed aan een dependance in Afrika of Azië, om zo goedkoper zorg aan te kunnen bieden, ver weg van de

Nederlandse arbeidsmarktproblemen en wellicht in combinatie met toeristische activiteiten. Wie wil er nou niet revalideren van een heupoperatie in een wildpark?

Een andere ontwikkeling betreft de inkoop van zorgmiddelen voor ziekenhuizen door zorgverzekeraars (14). De schaalvergroting en marktmacht die daarmee gepaard zou gaan kan mogelijk tot een aanzienlijke kostenverlaging leiden.

Zorgservice XL. De inkoop en logistieke activiteiten van drie ziekenhuizen zijn ondergebracht in een nieuw bedrijf in Delfgauw: Zorgservice XL. De organisatie is een vereniging en heeft geen winstoogmerk. De verwachte besparingen lopen op tot € 10 miljoen over vijf jaar. Dit wordt bereikt door bundeling van inkoopvolumes en door integratie van logistieke activiteiten en factuurstromen.

5.2.5 Technologie en informatie

Technologie en informatie	Verhoging Kwaliteit	Verlaging Kosten	Verlaging Verplichte Premie	Verlichting Arbeidsmarkt Problematiek	Verhoging Transparantie	Vergroting Aanpassings Vermogen	Financiële robuustheid
15. E-health investeringen							
16. Het virtuele ziekenhuis							
17. Alle ziekenhuizen op zelfde ICT							
18. Invoering landelijk EPD							

E-health wordt gezien als een belangrijke schakel om in te spelen op de toenemende zorgvraag en zorgkosten. Een voor de hand liggende ontwikkeling is dan ook langdurige investeringen in e-health (15) mogelijkheden en innovaties, om zo de zorgkosten terug te dringen, kwaliteit te verbeteren, arbeid te besparen en in te kunnen springen op de veranderende vraag. Zo kan door e-health de zorg in toenemende mate op afstand worden uitgevoerd. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de anamnese door de patiënt zelf, consultatie via e-counseling en bediening van diagnostische apparatuur op afstand. Ook toediening van medicatie kan steeds beter op afstand plaatsvinden, onder andere via een infuus thuis. Ook telechirurgie en e-monitoring zijn in opkomst.

Een andere verwachte ontwikkeling betreft de opkomst van het virtuele ziekenhuis, waarin arts en patiënt niet via een gebouw, maar via internet en applicaties met elkaar in verbinding staan (16). Ook op gebied van ICT zijn veel ontwikkelingen mogelijk. Zo is het denkbaar dat de ICT faciliteiten van ziekenhuizen samengevoegd worden op een integraal ICT systeem en dat het elektronisch patiëntdossier landelijk wordt ingevoerd (17). Dit kan mede gestimuleerd worden door de toenemende samenwerking tussen ziekenhuizen. Het gevolg hiervan is dat de kwaliteit van zorg vergroot kan worden, doordat communicatie tussen zorginstellingen en de mogelijkheden voor het uitwisselen van gegevens tussen ziekenhuizen verbeteren.

Een groter gebruik van e-health kan leiden tot kostenbesparingen. Het tegenovergestelde is echter ook goed mogelijk. Met name de toename van zelfdiagnostiek kan met zich meebrengen dat mensen vaker naar de arts gaan omdat ze vaker en sneller weten (of denken te weten) of er iets mis met ze is.

De invoering van het landelijk EPD wordt eveneens verwacht (18). Het landelijk EPD kan de communicatie tussen de ziekenhuizen en over de echelons heen vergroten. Dit kan een positief gevolg hebben voor de kwaliteit en patiëntgerichtheid van de zorg. Tevens vergroot de invoering van het landelijke EPD de transparantie tussen ziekenhuizen en tussen ziekenhuis en patiënt.

Het EPD. Ondanks dat de Eerste Kamer op 5 april 2011 niet heeft ingestemd met het wetsvoorstel om het landelijk elektronisch patiëntdossier in te voeren, zijn de meeste experts ervan overtuigd dat het slechts een kwestie van tijd is dat het EPD alsnog ingevoerd zal worden.

5.2.6 Opkomst risicodragend kapitaal

Privaat kapitaal	Verhoging Kwaliteit	Verlaging Kosten	Verlaging Verplichte Premie	Verlichting Arbeidsmarkt Problematiek	Verhoging Transparantie	Vergroting Aanpassings Vermogen	Financiële robuustheid
19. Risicodragend kapitaal in verzekerde zorg							
20. Meer commerciële ziekenhuizen							
21. Meer ZBC's							
22. Meer privé klinieken							
23. Franchise ketens specialistische zorg							
24. Meer gemengde ziekenhuizen							

Een andere belangrijke te verwachten ontwikkeling is de opkomst van risicodragend kapitaal (eigen vermogen) in de zorg. Zoals in hoofdstuk 2 en 3 is uiteengezet zijn er grenzen aan de publieke bekostiging, is er toenemende druk op kwaliteit, een toenemende behoefte aan patiëntspecifieke zorg en verkeren veel ziekenhuizen in een lastige financiële positie. Tegelijkertijd biedt de zorg aantrekkelijke investeringsmogelijkheden, onder andere doordat de vraag naar zorg sterk blijft stijgen, door de stabiele returns, door de omvang van vastgoed en kapitaal in de zorg en door de te verwachten rendementsverbeteringen. Een te verwachten reactie hierop is dat privaat risicodragend kapitaal zich in de zorg gaat mengen (19). Zoals in hoofdstuk 4 beschreven, is dit een trend die ook in het buitenland plaatsvindt. In hoofdstuk 6 gaan we hier verder op in.

Een gevolg van de toename van risicodragend kapitaal (eigen vermogen) is dat de prikkel en noodzaak toeneemt om kosten te besparen, efficiënt te werken en de kwaliteit te verhogen om zo het marktaandeel te vergroten. Verwacht wordt dat daardoor de kosten per behandeling worden verlaagd. Tegelijkertijd kan dit een prikkel geven tot stijging van volume. Met andere woorden, de zorgvraag blijkt toe te nemen in reactie op een uitbreiding in het zorgaanbod (NZa, 2011). Dit wordt mede mogelijk gemaakt, doordat de eindgebruiker van zorg (die de vraag uitoeft) geen directe prijsprikkel ervaart die zijn vraag afremt. De verzekeraar speelt in de huidige constellatie (nog) niet de rol van disciplinerende kracht vanuit de vraagzijde. Hierdoor is het onzeker of ook de totale zorgkosten (al dan niet collectief) worden verlaagd. Tegelijkertijd wordt ook verwacht dat de

kwaliteit en transparantie worden verhoogd. Ook is te verwachten dat zorginstellingen onder druk van private investeerders meer in gaan spelen op de specifieke zorgvraag van patiënten, om zo het marktaandeel verder uit te bouwen. Ook zal privaat kapitaal een bijdrage leveren aan de financiële gezondmaking van ziekenhuizen, door de rendementseisen die risicodragende investeerders aan een ziekenhuis zullen stellen. Tevens verbetert de verhouding eigen vermogen versus vreemd vermogen.

Het is de verwachting dat de ruimte toeneemt voor commerciële ziekenhuizen, zeker als zij hun claim van hogere kwaliteit tegen lagere kosten gestand kunnen doen (20). Een mogelijke keerzijde is echter dat het volume van zorg toeneemt langs lijnen als hierboven beschreven.

Ook wordt verwacht dat het aantal privéklinieken en ZBC's (21 en 22) toe zal nemen. Die trend is al een paar jaar zichtbaar. Verwacht wordt dat dit een positieve bijdrage levert aan de kwaliteit van zorg, mede door de toename in volume per behandeling en dat dit de kosten per behandeling verlaagt. Door de toename in efficiëntie, kunnen de zorgkosten worden verlaagd. Bij ZBC's omvat dit tevens een kostenverlaging in de collectieve zorg. Tegelijkertijd kan er ook een volume effect optreden, waardoor de totale zorgkosten niet dalen, ondanks dat de kosten per behandeling verlaagd zou kunnen worden (Boer & Croon, 2011). De ZBC's leveren ook een positieve bijdrage aan de transparantie over kosten en kwaliteit van de geleverde zorg (NZa, 2011). De groei van ZBC's kan concurrentiedruk zetten op andere ziekenhuizen. Dat kan de situatie verslechteren bij ziekenhuizen die er financieel al slecht aan toe zijn. Voor ziekenhuizen waar het aantal behandelingen niet toeneemt, maar de complexiteit per behandeling wel toeneemt (doordat ZBC's veelal de laagcomplex behandelingen uitvoeren), betekent dit dat de zorg voor ziekenhuizen per behandeling minder oplevert, terwijl de kosten toenemen. Dit kan de financiële positie van ziekenhuizen bemoeilijken. Tegelijkertijd kan de opkomst van ZBC's ziekenhuizen wel 'disciplineren' en in die zin een prikkel zijn voor efficiëntie en samenwerking en dus tot lagere kosten (per verrichting) leiden. Ook kunnen kostenbesparende (proces)innovaties die in ZBC's worden uitgedacht, uiteindelijk hun weg vinden naar de (algemene) ziekenhuizen.

Een andere mogelijke ontwikkeling betreft de opkomst van franchiseketens van specialistische zorg, zowel binnen Nederland als over de grens (23). Hiervan wordt een eenzelfde effect verwacht als van de ZBC's, waarbij de kwaliteit en transparantie zal toenemen. Ook de kosten per behandeling zullen dalen, door de toename in efficiëntie. De gevolgen voor volume zijn minder duidelijk, het zou kunnen dat het volume van behandelingen wordt vergroot en dit kan leiden tot een stijging van de totale zorgkosten.

Ook wordt verwacht dat, doordat de publieke zorgkosten steeds lastiger betaalbaar blijken (zie ook hoofdstuk 3), een groter deel van de nu nog publiek bekostigde zorg in de toekomst privaat gefinancierd zal gaan worden, dat wil zeggen niet uit het basispakket bekostigd zal worden. Een mogelijk gevolg is dat er meer gemengde ziekenhuizen zullen ontstaan (24), die zowel zorg uit het basispakket als aanvullende verzekerde en onverzekerde zorg aanbieden. Deze ontwikkeling kan voor ziekenhuizen aantrekkelijk zijn als zij, door het verlenen van niet uit het basispakket bekostigde zorg, extra inkomsten kunnen genereren en zo hun financiële positie kunnen verbeteren. De veronderstelling is dan dat de marges bij zorg uit het basispakket kleiner zijn dan bij andere zorg.

5.3 Ontwikkelingen in en rond huisartsen

Deze paragraaf schetst mogelijke ontwikkelingen in en rond huisartsen, geeft verwachte scores op de ontwikkelingen weer en licht de scores op de criteria toe. De ontwikkelingen worden gebundeld in ontwikkelingen rondom de opkomst van buurtgezondheidscentra en ontwikkelingen rondom de opkomst van privaat kapitaal in de huisartsenzorg.

5.3.1 Opkomst buurtgezondheidscentra

Opkomst buurt gezondheids centra	Verhoging Kwaliteit	Verlaging Kosten	Verlaging Verplichte Premie	Verlichting Arbeidsmarkt Problematiek	Verhoging Transparantie	Vergroting Aanpassings Vermogen	Financiële robuustheid
25. Meer buurtgezondheidscentra							
26. Specialistische diagnose in buurt gezondheidscentra							
27. Medisch specialist in buurtgezondheidscentra							

Tijdens de expertsessies bleek dat verwacht wordt, dat door de toenemende druk op kwaliteitsverhoging en kostenverlaging, maar zeker ook om in toenemende mate te voldoen aan de behoefte van patiënten om hun zorg dichtbij huis te kunnen ontvangen (en de voordelen in kosten en kwaliteit die dit biedt), er meer zorgtaken vanuit het ziekenhuis verplaatst worden naar de eerste lijn (25). Dit proces wordt mede versterkt door ontwikkelingen in de medische technologie, waardoor huisartsenpraktijken in toenemende mate in staat zijn om zorgtaken die nu nog in het ziekenhuis worden uitgevoerd over te nemen. Door meer zorgtaken te verplaatsen vanuit het ziekenhuis naar buurtgezondheidscentra, kan de zorgvraag voor ziekenhuizen worden verlicht en kan zorg dichterbij, meer patiëntgericht en goedkoper worden aangeboden (RVZ, 2010).

Een andere mogelijke ontwikkeling is de komst van specialistische diagnosecentra in buurtgezondheidscentra (27). Hierdoor kan de diagnose, ook bij specialistische behandelingen, worden losgekoppeld van de behandeling. Het gevolg hiervan is dat de poortwachterfunctie wordt vergroot, waardoor de zorgvraag bij ziekenhuizen wordt verlaagd. De verwachte lagere kosten van specialistische diagnose in buurtgezondheidscentra heeft tevens een verlaging van de zorgkosten tot gevolg. Door het verlagen van de zorgvraag bij ziekenhuizen en het verschuiven van zorgtaken over het zorgpersoneel wordt tevens de arbeidsmarktproblematiek voor medisch specialisten verlicht.

De mogelijke verschuiving in zorgtaken naar huisartsen, qua diagnose en behandeling, leidt ook tot de behoefte aan medisch specialisten in buurtgezondheidscentra (28). De huisarts heeft op dit moment vooral generalistische kennis, waardoor de huisarts in staat is om een breed scala aan laagcomplexe diagnoses en behandelingen te verrichten. De behandeling en diagnose van hoogcomplexe aandoeningen behoeft vaak de kennis en expertise van een medisch specialist. De komst van de medisch specialist in de buurtgezondheidscentra kan de kwaliteit van de geboden zorg verhogen. Wel kan dit leiden tot een toename in de vraag naar medisch specialisten. Ook

kan dit de zorg in buurtgezondheidscentra duurder maken, omdat het qua personeelsbestand en organisatie iets meer op een ziekenhuis gaat lijken. De precieze per saldo effecten op de kosten zijn daarmee onduidelijk.

5.3.2 Verandering in bekostiging van buurtgezondheidscentra

Kapitaal in buurt gezondheids Centra	Verhoging Kwaliteit	Verlaging Kosten	Verlaging Verplichte Premie	Verlichting Arbeidsmarkt Problematiek	Verhoging Transparantie	Vergroting Aanpassings Vermogen	Financiële robuustheid
28. Meer risicodragend kapitaal in buurtgezondheidszorg							
29. Meer verzekeraars kapitaal in buurtgezondheidszorg							

Een andere mogelijke ontwikkeling betreft de opkomst van risicodragend kapitaal (eigen vermogen) in buurtgezondheidszorg (28). De te verwachten effecten van risicodragend kapitaal in de buurtgezondheidszorg zijn vergelijkbaar met de effecten van risicodragend kapitaal in ziekenhuizen. Zo wordt verwacht dat door de toename van risicodragend kapitaal de prikkel om kosten te besparen toeneemt. Verwacht wordt dat risicodragend kapitaal leidt tot meer efficiëntie en tot een verhoging van de kwaliteit van de geboden zorg. Ook is te verwachten dat private investeerders inspelen op de specifieke zorgvraag van patiënten, om zo het marktaandeel verder uit te bouwen. De effecten van risicodragend kapitaal in buurtgezondheidscentra op de financiële gezondmaking van ziekenhuizen is onbekend. Het is mogelijk dat door de komst van risicodragend kapitaal de buurtgezondheidscentra voornamelijk de zorg met hoge winstmarges zullen gaan uitvoeren, waardoor voor ziekenhuizen de zorgbehandelingen met lage winstmarges overblijven. Indien dit gebeurt dan heeft dat een negatief effect op de financiële robuustheid van ziekenhuizen.

Ook verzekeraars zouden kunnen besluiten geld te steken in buurtgezondheidscentra (29), sommige doen dat al. Een belangrijk motief kan zijn dat op die manier de managementcapaciteit bij zo'n complex gezondheidscentrum versterkt wordt. Een ander motief zou gelegen kunnen liggen in het behalen van kwaliteitswinst en kostenverlaging door ketenintegratie. In hoofdstuk 6 besteden wij hier meer aandacht aan.

5.4 Ontwikkelingen met betrekking tot zorgprofessionals en patiënten

Deze paragraaf schetst de mogelijke ontwikkelingen met betrekking tot de mensen in de zorg, geeft scores op de ontwikkelingen weer en licht de scores op de criteria toe. De ontwikkelingen worden gebundeld in ontwikkelingen rondom zorgprofessionals en ontwikkelingen rondom patiënten(verenigingen).

5.4.1 Ontwikkelingen rondom zorgprofessionals

Ontwikkelingen rondom medisch specialisten	Verhoging Kwaliteit	Verlaging Kosten	Verlaging Verplichte Premie	Verlichting Arbeidsmarkt Problematiek	Verhoging Transparantie	Vergroting Aanpassings Vermogen	Financiële robuustheid
30. Einde van de maatschap							
31. Medisch specialist als mede eigenaar van ziekenhuis							
32. Reizende specialistenteams							
33. Kwaliteit rapportages over medisch specialisten							
34. Functie differentiatie							
35. Nederlandse opleiding voor verpleegkundigen in buitenland							

Uit de expertsessies met medisch specialisten en ziekenhuizen bleek dat verwacht wordt dat de maatschapstructuur binnen het ziekenhuis zal verdwijnen (30). Als belangrijkste reden werd de feminisering van het specialistenberoep genoemd en de daarmee gepaard gaande toenemende diversiteit aan te accommoderen dienstverbanden. Ook private investeerders zijn niet enthousiast over de maatschap ('een bedrijf binnen een bedrijf'). Een andere mogelijke ontwikkeling is de opkomst van de medisch specialist als mede-eigenaar van het ziekenhuis (31). De betrokkenheid van medisch specialisten bij de organisatie en bestuur van het ziekenhuis wordt zo vergroot, waardoor het belang van kwaliteit en efficiëntie onder medisch specialisten kan toenemen. Dit kan positieve gevolgen hebben voor de kwaliteit, patiëntgerichtheid en kosten van zorg (Zorgvisie, 2009; Medisch contact, 2011). Met name bij potentiële private investeerders is dit een veel voorkomende gedachte. Verwacht mag echter worden dat specialisten op deze manier weliswaar belang hebben bij grote doelmatigheid, maar ook bij hoge volumes. Het effect op de macrokosten is daarmee onzeker.

Een andere verwachte ontwikkeling rondom medisch specialisten betreft de opkomst van reizende zorgteams (32). Reizende zorgteams zijn teams van medisch specialisten die op verschillende locaties werkzaam zijn. Het voordeel hiervan is dat de zorg naar de patiënt toe komt, waardoor de patiënt minder hoeft te verplaatsen. Tegelijkertijd leveren de reizende zorgteams een efficiëntievoordeel op, doordat specialistische voorzieningen kunnen worden gebundeld en de samenwerking tussen ziekenhuizen zo kan worden bevorderd. Wel dient er voldoende capaciteit en kennis in de desbetreffende ziekenhuislocaties te zijn, om eventuele complicaties te kunnen behandelen en nazorg te kunnen leveren.

Een mogelijk gevolg van de toenemende druk op kwaliteit en transparantie is de opkomst van kwaliteitsrapportages over individuele medisch specialisten (33). Het verwachte gevolg is dat de

kwaliteit van de zorg stijgt, doordat er meer inzicht in kwaliteit komt, waardoor bij te lage kwaliteit de zorgvraag en zorginkoop kan teruglopen. De toename in kwaliteit zal vervolgens leiden tot een reductie in de zorgkosten, doordat het aantal benodigde herstelbehandelingen afneemt.

Tot slot wordt in het licht van de toenemende krapte op de arbeidsmarkt en het stijgende zorgaanbod en de stijgende zorgvraag een verschuiving van zorgtaken onvermijdelijk geacht (34). Door middel van functiedifferentiatie worden taken gesplitst en ontstaan nieuwe functies, waardoor een verdeling van de werkdruk ontstaat en waardoor de krapte op de arbeidsmarkt kan worden verlicht. Zo zorgt de opkomst van de nurse practitioner en physician assistant voor een afname van de werklust van artsen doordat de nurse practitioner taken van de arts overneemt. Hierdoor kunnen artsen meer aandacht besteden aan de meer complexe zorgvragen van patiënten. Tevens krijgen verpleegkundigen hierdoor doorgroeimogelijkheden, waardoor uitstroom kan worden verminderd. Ook de taken van de verpleegkundige kunnen worden gesplitst, waarbij de meer huishoudelijke taken door anders gekwalificeerde medewerkers kunnen worden uitgevoerd. Hierdoor zijn er minder verpleegkundigen nodig, wordt de druk op de arbeidsmarkt verlicht en kunnen de zorgkosten verlaagd worden.

De opkomst van verpleegkundige opleidingen in het buitenland (35) is tevens een verwachte ontwikkeling. Door mensen uit bijvoorbeeld India of de Filippijnen in hun eigen land op te leiden tot verpleegkundige naar Nederlandse standaard wordt mogelijk het afbreukrisico verlaagd dat nu vaak aan de orde is bij het naar Nederland halen van buitenlandse verpleegkundigen. In andere sectoren zijn hier voorbeelden van; zo staat er een opleiding voor musicalsterren in Manilla, die in perfect Engels hun liedjes in het buitenland moeten kunnen zingen. Als het werkt, kan dit leiden tot een verlichting van de arbeidsmarktproblematiek.

5.4.2 Ontwikkelingen rondom patiënten (verenigingen)

Ontwikkelingen rondom patiënten (verenigingen)	Verhoging Kwaliteit	Verlaging Kosten	Verlaging Verplichte Premie	Verlichting Arbeidsmarkt Problematiek	Verhoging Transparantie	Vergroting Aanpassings Vermogen	Financiële robuustheid
36. Samenwerken patiënt-vereniging en zorg-verzekeraars							
37. Samenwerken patiënt-vereniging en ziekenhuizen							
38. Keurmerken van patiënt-vereniging voor ziekenhuizen							
39. Zorgtoerisme naar buitenland							
40. Zorgmakelaar							
41. Zorghotels							
42. Familie neemt zorgtaken over in laatste levensfase							

Ontwikkelingen rondom patiënten (verenigingen)	Verhoging Kwaliteit	Verlaging Kosten	Verlaging Verplichte Premie	Verlichting Arbeidsmarkt Problematiek	Verhoging Transparantie	Vergroting Aanpassings Vermogen	Financiële robuustheid
43. Kwaliteits verantwoordingsmonitor in media							

Ook rondom patiënten worden belangrijke ontwikkelingen verwacht. Zo wordt verwacht dat patiëntenverenigingen meer gaan samenwerken met zorgverzekeraars (36), onder andere voor het opstellen van kwaliteitseisen en voor het waarborgen van een patiëntgestuurde zorginkoop. Gevolg hiervan is dat de druk op zorgverzekeraars toeneemt om kwalitatief hoogwaardige zorg te leveren. Het is lastig in te schatten in hoeverre patiëntenverenigingen ook een boodschap zullen hebben aan verantwoorde kostenontwikkeling. Tevens kan deze ontwikkeling leiden tot een verhoging van de transparantie van ziekenhuizen en tot een vergroting van het aanpassingsvermogen en patiëntgestuurde zorg.

Eveneens wordt verwacht dat patiëntenverenigingen gaan samenwerken met zorgaanbieders (37), om zo een verhoging van de kwaliteit, patiëntgerichtheid en transparantie van zorg te realiseren.

De toenemende rol van patiëntenverenigingen wordt ook verwacht bij het opstellen van kwaliteitskeurmerken voor ziekenhuizen (38). Kwaliteit wordt steeds belangrijker voor patiënten en door de toenemende informatievoorziening beseft de patiënt steeds meer dat de kwaliteit van zorg tussen zorginstellingen verschilt. Patiëntenverenigingen zullen in toenemende mate kennis over kwaliteit van behandelingen bundelen en waarderen om zo hun leden te voorzien in informatie over de kwaliteit van zorg. Dit leidt tot een toenemende druk op ziekenhuizen om de kwaliteit van zorg te optimaliseren. Een potentieel neveneffect hiervan is dat de kwaliteit selectief zal toenemen bij veelvoorkomende behandelingen waar patiëntenverenigingen actief en invloedrijk zijn.

Een andere verwachte ontwikkeling ten gevolge van de toenemende wens van kwaliteit, in combinatie met de internationalisering en mogelijke toename van het aandeel onverzekerde zorg, is dat patiënten in toenemende mate zorg in het buitenland zullen gaan halen (39). Dit wordt ook wel aangeduid als zorgtoerisme. Het gevolg van zorgtoerisme is dat de druk op Nederlandse ziekenhuizen ten gevolge van de zorgvraag zal afnemen. De kwaliteitseisen en druk op patiëntgerichte zorg zullen voor Nederlandse ziekenhuizen door de vergelijkingen met het buitenland juist toenemen.

Andere mogelijke ontwikkelingen betreffen de opkomst van zorgmakelaars (40) en zorghotels (41). De zorgmakelaar is een partij, anders dan de zorgverzekeraar, die tussen de patiënt en zorgaanbieder in staat. Met de toenemende keuzemogelijkheden tussen zorgaanbieders hebben patiënten meer behoefte aan een 'makelaar' die voor hem/haar zorg inkoop en daarbij rekening houdt met de prijs en kwaliteit, zonder dat de

Filippijnen zetten in op medisch toerisme

Januari 2011. De Filippijnen gaan het makkelijker maken voor toeristen om medische ingrepen in het land te ondergaan. Een speciaal visum zorgt er voor dat buitenlanders zes maanden in het land kunnen blijven, zonder dat ze in de tussentijd verlenging van hun papieren hoeven aan te vragen. Dit visum zal de Filippijnen helpen een concurrerende positie in te nemen in de lucratieve markt voor medisch toerisme in Azië. Vooral Taiwan, Singapore en Thailand verdienen momenteel flink aan westerse toeristen die zich in Azië laten opereren (Zorgvisie, 2011).

patiënt via bijvoorbeeld een premie de makelaar betaalt. De selectievere zorgkeuze met behulp van een zorgmakelaar kan leiden tot een verhoging van de kwaliteit, de patiëntgerichtheid en verlaging van de prijs. Tevens kan dit leiden tot meer transparantie in de zorg, doordat de zorgmakelaar de druk op transparantie op kan voeren.

De opkomst van zorghotels is al ingezet. De combinatie tussen wonen en zorg biedt de mogelijkheid om de ligduur in het ziekenhuis te verkorten en tegelijkertijd de servicegerichtheid te vergroten, door de nazorg te verplaatsen naar buiten het ziekenhuis. Tevens leidt deze verplaatsing van (na)zorg tot een afname in de vraag naar arbeidskrachten in ziekenhuizen.

Deze zorghotels kunnen zich in Nederland bevinden, maar ook het gebruik van zorghotels over de grens is aannemelijk. Vooral behandelingen waarbij een langer verblijf noodzakelijk is, maakt het qua kosten en tijdsinvestering in het reizen, de moeite waard om zorghotels over de grens op te zoeken.

Van der Valk wil zorghotel in Groningen. De hotelketen heeft plannen voor een combinatie van zorg en dienstverlening naast Van der Valk in Zuidbroek die naar een zorghotel annex hersteloord kan uitgroeien. Van der Valk wil hotelkamers inrichten voor patiënten die een ingreep hebben ondergaan, maar nog niet naar huis kunnen. Ook hun familie kan er onderdak krijgen. (Zorgvisie, 2011)

Een andere mogelijke ontwikkeling betreft het overnemen van zorgtaken in de laatste levensjaren door familie (42). Deze ontwikkeling zien we ook in andere landen, waaronder Duitsland. De laatste levensjaren zijn voor de zorg de grootste kostenpost, met name in de AWBZ. Indien familieleden deze zorgtaken overnemen, kan dit een enorme besparing voor de zorg opleveren, zowel qua totale zorgkosten als voor de verplicht verzekerde zorg.

Tot slot wordt verwacht dat de zichtbaarheid van kwaliteitsscores in de media toe zal nemen (43). De trend richting publicatie over kwaliteitsprestaties is reeds ingezet. Verwacht wordt dat de media een steeds belangrijker rol zullen gaan spelen in deze druk richting kwaliteitsverbetering. Via de media wordt voor burgers in toenemende mate inzichtelijk welke ziekenhuizen een behandeling van hoge kwaliteit aanbieden. Dit zal de kwaliteit van zorg vergroten en tevens de patiëntgerichtheid. Daarmee groeit ook het noodzakelijke aanpassingsvermogen om op de veranderende en diverse vraag in te spelen.

5.5 Samenvatting en conclusies

Het ziekenhuislandschap gaat onvermijdelijk veranderen. De in dit hoofdstuk geschetste ontwikkelingen geven een breed palet weer aan mogelijke veranderingen door de ogen van experts en betrokkenen. Bij alle partijen in de zorg leven daarover redelijk gelijkgestemde verwachtingen die in verschillende mate te relateren vallen aan de drijvende krachten achter deze veranderingen: de toenemende eisen aan kwaliteit en transparantie, de noodzaak het aanbod constant aan te kunnen passen aan de veranderende vraag, de noodzaak doelmatiger te werken en de noodzaak het ziekenhuis financieel gezond te maken en te houden. Ondanks deze gelijkgestemdheid over de richting van mogelijke ontwikkelingen, bestaat er een niveau dieper ook veel onzekerheid over hoe een en ander in de praktijk precies zal uitpakken. Die vraag speelt met name rond ontwikkelingen die bijdragen aan scherpere portefeuillekeuzes van ziekenhuizen, ontwikkelingen die het mogelijk maken dat steeds meer zorg dicht bij huis wordt geleverd en de precieze rol van risicodragend kapitaal. Op al deze factoren zullen we in het volgende hoofdstuk nader in gaan.

Hoofdstuk 6 Ziekenhuislandschappen

6.1 Inleiding

Niemand kan de toekomst voorspellen, wij ook niet. Alle ontwikkelingen, fenomenen, gedragingen, initiatieven en reacties zoals beschreven in hoofdstuk 5 kunnen zich in meerdere of mindere mate voordoen. Ze zullen bepalend zijn voor hoe individuele ziekenhuizen zich de komende jaren zullen opstellen en ontwikkelen, maar ze zullen niet allemaal even veel invloed hebben op het landschap als geheel. Het ziekenhuislandschap als geheel (aantallen, soorten, onderlinge afhankelijkheden) zal vooral bepaald worden door een drietal grote bewegingen die al eerder aan bod kwamen en hieronder nader uitgewerkt zullen worden:

1. Buurtgezondheidscentra: de verschuiving van derde- en tweedelijnszorg naar zoveel mogelijk lokaal georganiseerde anderhalvelijnszorg. Het welslagen van deze beweging bepaalt in hoge mate hoeveel ziekenhuiszorg er in de tweede en derde lijn 'over' blijft.
2. Portfoliokeuzes: concentratie en spreiding van ziekenhuisvoorzieningen.⁷ Deze beweging bepaalt in hoge mate hoe de ziekenhuiszorg die 'over' blijft zal worden georganiseerd.
3. Risicodragend kapitaal: er gaat meer risicodragend kapitaal de zorg instromen. Maar hoe en waar kan van landschap tot landschap zeer verschillen.

Bij al deze ontwikkelingen is het niet eens zo moeilijk om te schetsen hoe de ideale wereld er uit ziet. Dat zullen we ook doen. Maar de echte uitdaging ligt in de analyse van de minder perfecte wereld. Wat vragen deze transformaties van de verschillende partijen? Wat gebeurt er als ze die rol niet waar kunnen of willen maken? Wat zijn dan nog de beslis- of keuzemomenten waarop ontwikkelingen gestuurd kunnen worden? En wie zit er dan aan het stuur?

In dit hoofdstuk willen we bovenstaande drie bewegingen op hun implicaties en variaties analyseren, uitmondend in vier mogelijke landschappen. In het volgende, afsluitende, hoofdstuk gaan we in op de vraag naar de grote transformatievragen die bij de ontwikkeling naar het ene dan wel het andere landschap een rol spelen, welke voorwaarden vervuld moeten zijn, welke keuzes aan de orde zijn om, indien gewenst, de ontwikkeling richting het ene dan wel het andere landschap nog te kunnen beïnvloeden.

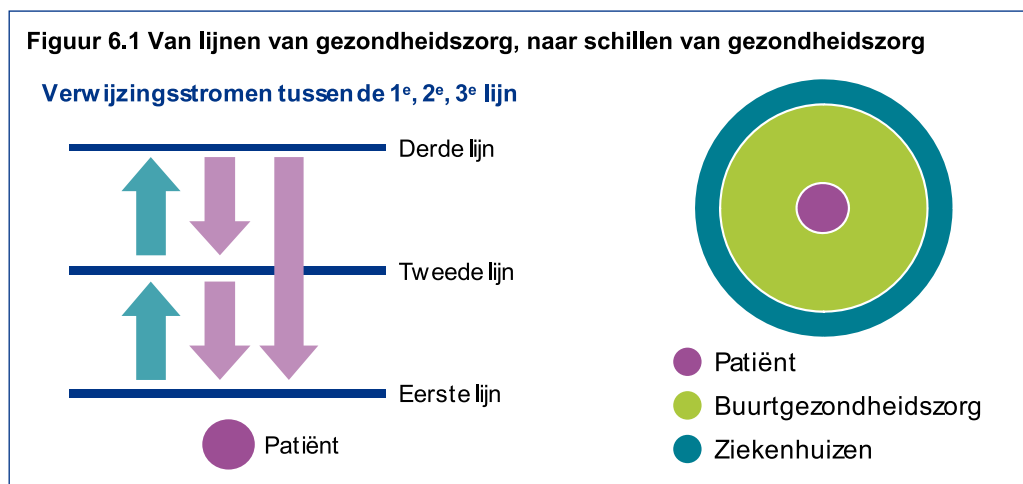
6.2 Buurtgezondheidscentra

Zowel verwachtingen, beleid als feitelijke ontwikkelingen wijzen in één en dezelfde ontwikkeling: het verschuiven van zoveel mogelijk laagcomplex tweedelijnszorg naar eerstelijnszorg en het zodanig verbeteren van de eerstelijnszorg dat verwijzing naar de tweede lijn niet nodig is. Met name de chronische zorg zou op deze manier veel dichterbij de patiënt beschikbaar komen. Wij duiden deze ontwikkeling gemakshalve aan als een ontwikkeling richting buurtgezondheidscentra⁸. In deze buurtgezondheidscentra speelt de huisarts een centrale rol, wordt op buurtniveau zoveel mogelijk de integratie gezocht tussen 'care' en 'cure' en bestaat ook de mogelijkheid om aansluiting te zoeken bij niet medische voorzieningen zoals het maatschappelijk werk, de jeugdzorg en de WMO. Deze integratie en aansluiting zijn in het ideale geval ook fysiek zichtbaar door veel voorzieningen of

contactpersonen in hetzelfde gebouw te huisvesten. Voorbeelden hiervan, met alle onderlinge verschillen waar natuurlijk ook sprake van is, zijn te vinden in plaatsen als Schiedam, Almere en Tiel. Maar ook in dunner bevolkte regio's vindt deze ontwikkeling plaats, zij het dat de fysieke samenklontering op een plek daar niet altijd makkelijk vorm te geven is⁹.

Door de vorming van buurtgezondheidscentra, en met name de overheveling van tweedelijnszorg en de beoogde afname van doorverwijzing naar de tweede lijn, neemt het volume 'overblijvende' ziekenhuiszorg in potentie sterk af. Tegelijkertijd dienen we ons te realiseren dat hier een semantische discussie op de loer ligt: in een heleboel opzichten kunnen de buurtgezondheidscentra nieuwe stijl gezien worden als mini ziekenhuisjes, in ieder geval ook voor zover er mogelijkheden geboden worden voor poliklinische dagbehandeling.

Conceptueel kan deze beweging beschreven worden als een beweging van lijnen naar schillen van zorg. In het ene geval staat de patiënt bijna letterlijk tegenover een systeem van zorg, in het ander staat hij centraal in zorg die om hem of haar heen is georganiseerd. In figuur 6.1 is dit schematisch weergegeven.



De verschillen zijn als volgt samen te vatten:

- Betere integratie met de care en andere (zorg-)voorzieningen;
- Meer zorg relatief dichtbij beschikbaar;
- Lagere kosten want meer verrichtingen tegen lagere tarieven;
- Lagere kosten want minder doorverwijzing;
- Lagere kosten want resterende ziekenhuiszorg zal zich geconcentreerder moeten herorganiseren;
- Hogere kwaliteit in de buurtgezondheidscentra want dichterbij de patiënt en zijn of haar eigen omgeving;
- Hogere kwaliteit in de ziekenhuiszorg want geconcentreerd rond hogere volumes.

Het algemene ziekenhuis van de toekomst zal ten gevolge van deze veranderingen ook verschillen van het algemene ziekenhuis zoals wij dat nu kennen. Het verplaatsen van zorg naar de buurt maakt het mogelijk de opname in een ziekenhuis zo lang mogelijk uit te stellen en de patiënt na

behandeling zo snel mogelijk weer terug de buurt in te plaatsen. Het ziekenhuis wordt daarmee steeds meer gericht op de interventie en steeds minder op de patiënt. De ligduur zal, met uitzondering van de hoogcomplexen gevallen, verder verkort worden. Sommigen beschrijven deze ontwikkeling als een ontwikkeling van Ikea naar De Bijenkorf. Patiënten lopen steeds minder langs een ‘gedwongen pad’ de ziekenhuisprocessen af; in plaats daarvan ontwikkelt het ziekenhuis zich tot een verzamelgebouw van allerlei aparte ‘winkeltjes’ waar geshopped kan worden voor verschillende medische interventies.

De verschillen tussen de binnencirkel (buurtgezondheidszorg) en de buitencirkel (ziekenhuiszorg) zijn als volgt samen te vatten:

Binnencirkel Buurtgezondheidszorg	Buitencirkel Ziekenhuiszorg
<ul style="list-style-type: none"> • Patiënt centraal • Patiënt is gezond tenzij • Laag complex • Geïntegreerd • Medisch, welzijn en ‘maatschappelijk’ • Zorg dichtbij • Buurtsuper 	<ul style="list-style-type: none"> • Interventie centraal • Patiënt is ziek tenzij • Hoog complex • Specialistisch • Medisch • Zorg verder weg • Bijenkorf

De vraag kan worden opgeworpen of niet ook hoogcomplexen hoogvolume zorg naar deze buurtgezondheidscentra kan worden verplaatst. Dit zou echter zulke hoogwaardige voorzieningen vragen (met name ook IC capaciteit) dat daarmee het verschil met een ‘gewoon’ ziekenhuis snel zou verdwijnen. Ook zou betoogd kunnen worden dat dit kostenverhogend werkt, wat een reden is om te betwijfelen of het zich in de praktijk voor zal doen. Wij verwerken het daarom niet in deze analyse.

Minstens zo interessant is de vraag wat bepaalt of deze ontwikkeling richting meer buurtgezondheidscentra wel of niet plaats zal vinden. Wij onderscheiden daarbij de volgende belangrijke factoren:

- *Organisatie- en managementcapaciteit in de eerste lijn.* Het opzetten en managen van een buurtgezondheidscentrum nieuwe stijl is geen sinecure. Tegenover het voordeel van een groter aanbod van diensten ter plekke en minder doorverwijzinglast staan de nadelen van grotere afstemmings- en coördinatieproblemen ten gevolge van de gegroeide omvang van de praktijk en de samenwerking met vele aanbieders en specialisten ter plekke. Het is aannemelijk dat in eerste instantie naar de huisarts gekeken zal worden om hierbij de regie te voeren, een denkrichting die ook door de huisartsen zelf begrepen, en door sommigen ook geambieerd, wordt. De praktijk is groter dan menig huidige huisartsenpraktijk en de afstemming en coördinatie zijn complexer (met name met specialisten ter plekke, maar ook met andere aanbieders van diensten). Het is de vraag of huisartsen deze regierol aan zullen kunnen. Voor de managementtaak zijn ze niet opgeleid en het toenemend aantal deeltijders onder de huisartsen compliceert de afstemmings- en coördinatieproblematiek alleen maar verder. Recent is een toenemende betrokkenheid van

private investeerders en zorgverzekeraars zichtbaar die het dreigende competentietekort bij de huisartsen zou kunnen compenseren (zie ook paragraaf 5.2 van dit rapport).

- *Financiering.* De huidige financieringsmethodiek (DBC/DOT) geeft niet in alle opzichten de juiste prikkels om verplaatsing van activiteiten naar de eerste lijn te stimuleren. Met name het feit dat de prijs van een verrichting wordt bepaald door het wie en waar, maakt de verschuiving van zorg naar de eerste lijn weinig aantrekkelijk voor ziekenhuizen. Zo worden bepaalde verrichtingen in het ziekenhuis tegen 'specialistentarief en ziekenhuistarief' vergoed, terwijl indien deze door huisartsen zouden worden verricht hier het 'huisartsentarief' geldt. Dit maakt het voor partijen niet bijster aantrekkelijk deze verrichtingen terug te duwen naar de eerste lijn. Integendeel, de systematiek trekt zelfs nieuwe verrichtingen bij ziekenhuizen aan. Zo is het aan-nemelijk dat dit aspect van de ziekenhuisfinanciering mede de oorzaak is van de opkomst van zogenaamde 'pretpoli's (bijvoorbeeld de snurkpoli of slechte adem poli) waar verrichtingen tegen specialisten- of ziekenhuistarief worden verricht en vergoed die ook goedkoper door huisartsen zouden kunnen worden gedaan. Een ombuiging in de financiering waarbij het type verrichting meer centraal staat dan de vraag wie het waar doet, maar vooral een verdere groei en gebruik van keten-DBC's kan hier tegenwicht aan bieden.
- *Medewerking ziekenhuizen en zorgverzekeraars.* In de geest van de huidige ziektekostenverzekeringwet zijn het vooral de verzekeraars en zorgaanbieders die er zorg voor moeten dragen dat de ontwikkeling richting buurtgezondheidscentra doorzet; zeker waar deze de prijs/kwaliteitsverhouding van de zorg positief beïnvloedt. Toch mag niet zondermeer aangenomen worden dat zij deze rol ook zo zullen oppakken. Van ziekenhuisbestuurders veronderstelt het bijvoorbeeld een, al of niet afgedwongen, bereidheid om 'zorgvolume' af te staan en over te hevelen naar de eerste lijn. Voor sommige ziekenhuizen kan dit betekenen dat het moeilijker wordt om zelfstandig te overleven. Er staat in de ogen van menig ziekenhuisbestuurder daarom een dubbele 'straf' op het meewerken aan deze ontwikkeling wat een reden kan zijn om daarom met name ook de zorgverzekeraars aan te spreken op het 'afdwingen' van deze ontwikkeling. Het instrument van selectieve zorginkoop biedt daar ook zeker mogelijkheden toe (zie paragraaf 3.1 van dit rapport). Overigens is ook de rol die zorgverzekeraars hier kunnen spelen (op dit moment) beperkt. Momenteel verzorgt de eerste lijn ongeveer een kwart van de zorg. Naarmate het zorgaanbod in een buurtgezondheidscentrum breder en meer geïntegreerd is, zal het aandeel niet uit de verzekeringspremie gefinancierde zorg ook groter zijn. De mogelijkheid voor verzekeraars om het zorgaanbod navenant te beïnvloeden neemt daarmee af. Dit zou overigens een argument kunnen zijn om meer onderdelen uit de AWBZ naar de ZvW over te brengen.

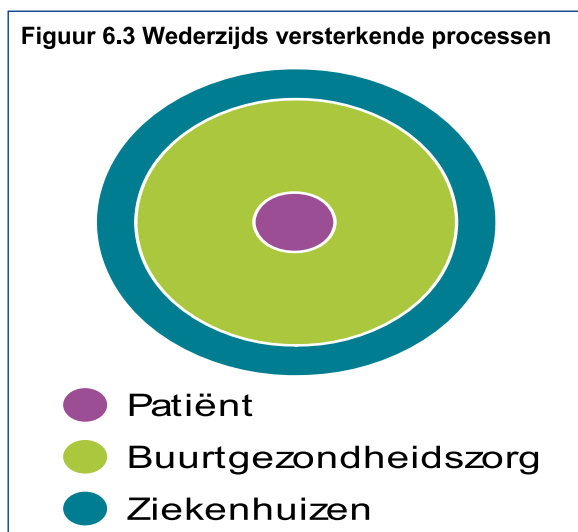
6.3 Spreiding en concentratie

Met 'spreiding en concentratie' wordt de beweging aangeduid waarmee niet alleen veel chronische en laagcomplexe zorg dichtbij de burger/patiënt wordt gesitueerd (spreiding), maar ook veel met name hoogcomplexe zorg op locaties geconcentreerd wordt waar hogere volumes kunnen leiden tot aanmerkelijke kwaliteit- en doelmatigheidswinst (concentratie). De redenering achter deze verwachte kwaliteit- en doelmatigheidswinst is de volgende (volgens onder andere IGZ, 2011; NHS, 2010; NVZ, 2010):

- Hogere volumes leiden tot een betere benutting van kapitaal en apparatuur;
- Hogere volumes betekenen dat dure apparatuur sneller rendabel wordt;
- Hogere volumes betekenen dat artsen en verpleegkundigen zich kunnen specialiseren en minder fouten zullen maken;
- Hogere volumes betekenen dat omdat artsen en verpleegkundigen minder fouten maken, het aantal complicaties, herstel- en terugkomoperaties af zal nemen.

Als belangrijkste nadeel van deze beweging richting met name grotere concentratie, wordt vooral de eventuele schade aan het publieke belang van de bereikbaarheid genoemd. Grove analyses van zowel SIRM, BCG als Boer en Croon laten zien dat dit publieke belang weliswaar grenzen stelt, maar een grote concentratiebeweging niet hoeft te belemmeren (BCG, 2010; Boer & Croon, 2010; SIRM, 2010).

Figuur 6.3 Wederzijds versterkende processen



De grote beweging naar meer spreiding en concentratie hangt nauw samen met de beschreven ontwikkeling richting buurtgezondheidscentra: ze versterken elkaar. Enerzijds zal een stevige beweging richting buurtgezondheidszorg de ziekenhuiszorg zo uitdunnen, dat een hergroepering noodzakelijk wordt die tot hogere volumes hoogcomplexere zorg per locatie zal leiden. Anderzijds is een beweging richting concentratie op met name hoogcomplexere zorg alleen maar mogelijk als de laagcomplexere zorg teruggeduwd kan worden naar de eerste en anderhalve lijn.

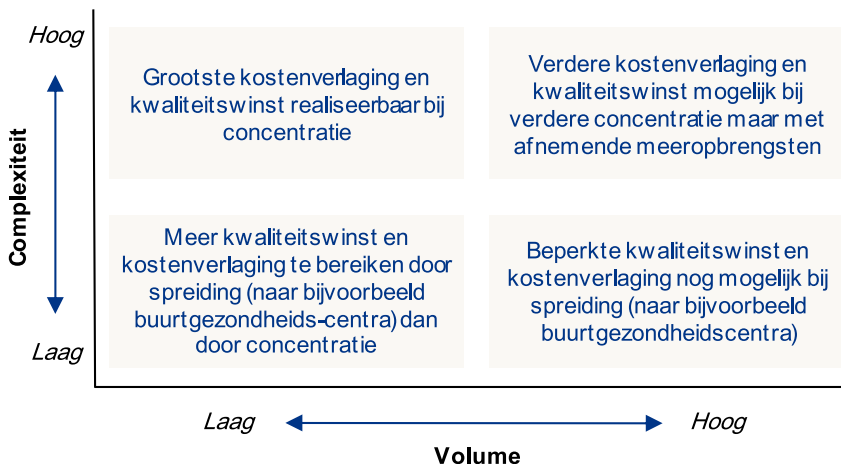
Binnen de gangbare driedeling van zorg in acute zorg, electieve zorg en chronische zorg gaat het bij concentratie om zowel acute zorg als electieve zorg. Daartussen bestaan echter ook grote verschillen. Het belangrijkste verschil is dat de bereikbaarheidsnormen bij acute zorg veel grotere beperkingen opleggen aan het streven naar concentratie dan bij electieve zorg. Electieve zorg maakt naar schatting 70% uit van de ziekenhuiszorg. Van electieve zorg weten we dat patiënten bereid zijn ver(der) te reizen als daar met name aan kwaliteit ontleende redenen aan ten grondslag liggen (Nauta et al, 2011: 4).

Concentratie en SEH

De concentratie van spoedeisende hulp is momenteel onderdeel van debat. Zo wordt gesteld dat het terugdringen van de SEH's een belangrijke manier is om de kwaliteit te verhogen en kosten terug te dringen (onder andere Medisch contact, 2011; NVZ, 2010; Uvit, 2011). Volgens onderzoek van Uvit (2011), kan het aantal SEH's van honderd naar zestig. Hierdoor kan de totale capaciteit van de SEH's gelijk blijven, terwijl het toch een aanzienlijke besparing zou opleveren. De kwaliteit van de resterende SEH's zou toenemen, doordat het aantal behandelingen per SEH stijgt. Andere onderzoeken laten zien dat meer dan 80 procent van de mensen die op de SEH verschijnt, ook door een huisarts gezien kunnen worden. Deze groep doet onnodig een beroep op de relatief kostbare SEH zorg. Tevens betekent dit dat het aantal SEH's kan worden teruggedrongen (Medisch contact, 2011). Bezuinigen op het aantal SEH's werd al genoemd in de Brede Heroverwegingen van het laatste kabinet Balkenende. Ook minister Schippers laat in een kamerbrief op 11 april 2011 weten dat zij geen bezwaren ziet in het terugbrengen van het aantal spoedeisende hulpposten in Nederland. Wel stelt ze een aantal voorwaarden aan deze concentratie van SEH's. Zo moet de SEH van goede kwaliteit zijn en altijd binnen 45 minuten na melding bereikbaar zijn per ambulance. In Denemarken is een dergelijke trend reeds ingezet, waarbij in de regio Zuid-Denemarken acht van de dertien Spoedeisende Hulpafdelingen in de komende jaren dicht gaan. In de plaats van de SEH's gaan huisartsenposten (HAP's) en ambulancediensten extra zorg bieden. In de vier andere regio's van Denemarken staan vergelijkbare beleidsvoornemens hoog op de agenda (Medical facts, 2011).

De voordelen die bij verdere concentratie van electieve zorg te behalen zijn, zijn enorm. BCG becijfert dat *“als patiënten zouden weten welke kwaliteit geleverd wordt per aandoening en zouden kiezen voor het beste ziekenhuis binnen 30 minuten reistijd, dan blijft voor elk type electieve zorg nog maar een derde van het huidige aantal behandellocaties over.”* (BCG, 2010: 6). Verdelen we de zorg onder naar complexiteit en volume dan valt de meeste winst, op zowel kwaliteit als kosten, te boeken bij het concentreren van zorg die hoog complex/laag volume is.

Figuur 6.4 Efficiency/kwaliteit winst naar complexiteit en volume



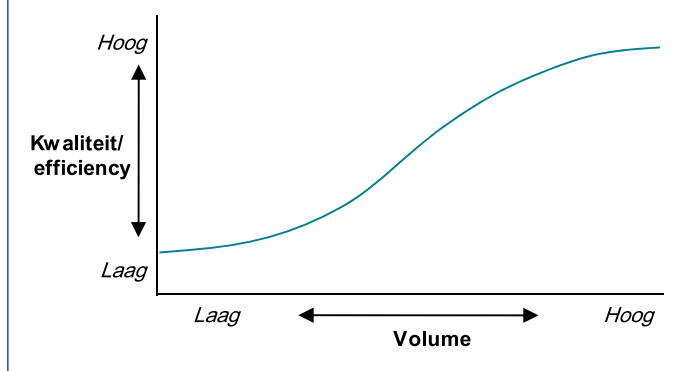
Ook bij hoogcomplexiteit en hoog volume zorg kan met concentratie nog winst geboekt worden. Het is niet ongetwijfeld de wet van de afnemende meeropbrengst die zal gelden: bij elke verdere volumegroei neemt de extra winst steeds verder af. Het grootste deel van de winst wordt bijvoorbeeld al bereikt bij de minimale volumennormen zoals die door de Inspectie voor de Gezondheidszorg worden geëist en ingevoerd en die door relatief veel ziekenhuizen kunnen worden gehaald; in ieder geval door meer ziekenhuizen dan bij hoog complex laag volume. Bij nog hogere volumes neemt de extra winst in termen van vooral kwaliteit waarschijnlijk af.

Op kostengebied blijft waarschijnlijk nog wel een fors potentieel aan besparing mogelijk bij nog hogere volumes, vooral vanwege de samenhang met besparingen op apparatuur en vastgoed. Het verband tussen volume en kostenbesparing is om die reden eerder schoksgewijs dan lineair.

Maximum aan concentratie zorg

De overlevingskansen van kankerpatiënten stijgen aanzienlijk als ze alleen nog in een klein aantal geselecteerde ziekenhuizen worden behandeld. De winst van centralisatie geldt echter volgens het IKZ minder voor kankersoorten waar het volume zeer groot is. De minimumnorm voor slokdarm- en alvleesklierkanker is verhoogd naar twintig operaties per ziekenhuis per jaar. Verder verhogen van de norm heeft weinig zin volgens het IKZ. De wet van de grotere getallen gaat bij operaties boven de twintig keer per jaar bijna niet meer op. De winst is dan niet meer uit het volume te halen (IKZ, 2011; Volkskrant, 2011).

Figuur 6.5 Verband volume en kwaliteit/efficiency

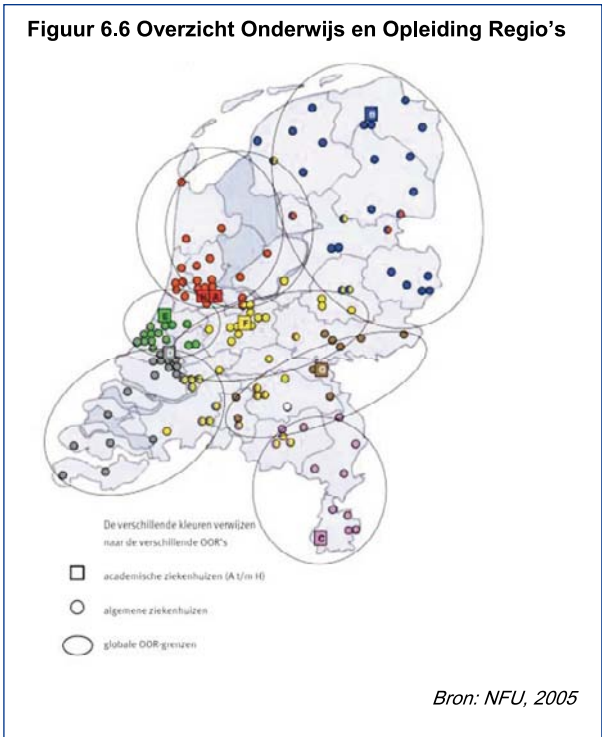


Bij de laagcomplexiteit is minder kwaliteits- en kostenwinst te verwachten door concentratie en specialisatie; de kans op fouten is immers geringer en dus het winstpotentieel door foutenreductie ook. Echter lijkt het wel goed mogelijk winst op beide fronten te boeken door een betere integratie van het aanbod aan zorg en andere diensten op buurtniveau.

Het is opvallend hoe makkelijk er gesproken wordt over spreiding en concentratie zonder specifiek te zijn over de specifieke manier waarop spreiding en concentratie vorm kan krijgen. Wij zien tenminste de volgende drie hoofdvarianten.

Regionale netwerken		
Regionaal	OOR gebied	Ketenvorming Nationaal of internationaal
Primair algemene ziekenhuizen	Algemene ziekenhuizen en academische ziekenhuizen	Algemene ziekenhuizen, klinieken, categorale ziekenhuizen, DBC's en ziekenhuisafdelingen
Gelijkwaardigheid van partijen; mogelijke regierol bij verzekeraar	Academisch Ziekenhuis in regie rol	Al of niet commerciële ondernemer in regie rol; mogelijk branding of franchising
Goede integratie met care en eerste lijn mogelijk	Goede integratie met care en eerste lijn in regio mogelijk	Integratie in de regio niet aan de orde
A12 ziekenhuizen, Friesland etc.	Alleen bestaand op onderzoek en onderwijs, niet op zorg zelf	Bergman Klinieken, Vision Clinics etc.

- Regionale netwerken.* De meest gangbare vorm van spreading die momenteel in discussie is, en waar op verschillende plekken in het land ook ervaring mee wordt opgedaan, is de vorming van regionale netwerken. Het idee is dat ziekenhuizen in een regio scherpere portfoliokeuzes maken. Dit zal leiden tot een vermindering van het aantal algemene ziekenhuizen in de zin dat minder ziekenhuizen het volledige palet aan zorgdiensten zullen leveren. Deze vorm van samenwerking komt in de praktijk meestal tot stand op basis van goede relaties tussen de bestuurders van verschillende ziekenhuizen. Er is meestal geen sprake van een specifieke leidende partij maar van een groep, min of meer op basis van gelijkwaardigheid, samenwerkende partijen. Als er sprake is van een regisseur met een leidende rol, dan is dat de dominante zorgverzekeraar. De samenwerking kent verschillende mogelijke intensiteiten; we komen coöperaties tegen, netwerken van samenwerkende ziekenhuizen, maar ook volledige fusie en overname. Gezien het regionale karakter is ook integratie met de care in de regio binnen deze variant goed mogelijk. In de praktijk zien we bij deze variant weinig betrokkenheid van



academische ziekenhuizen.

Voorbeelden van deze regionale netwerken, in verschillende stadia van wording, zijn bijvoorbeeld de Friese ziekenhuizen (onder regie van DFZ), de A12 coöperatie in de regio Den Haag en de mogelijke samenwerking tussen Orbis en Atrium in Limburg.

- **OOR: Onderwijs- en Opleidingsregio's (OOR).** Een specifieke vorm van het Regionale Netwerk is de variant waarbij de grenzen van de verschillende regio's gelijk lopen aan de grenzen van de acht Onderwijs- en Opleidingsregio's. Deze variant is in een heleboel opzichten vergelijkbaar met de vorige maar bij deze opzet krijgen de academische medische centra, die nu ook al het OOR-gebied als werkgebied voor onderzoek en onderwijs kennen, de centrale 'spin in het web' rol. Zij zijn de leidende partij bij het vormgeven aan het concentratieproces binnen het OOR-gebied. Ook bij deze variant zal een vermindering van het aantal algemene ziekenhuizen aan de orde zijn.
- **Ketenvorming¹⁰.** Naast concentratie op regionale schaal, kan de concentratie zich ook voordoen dwars door Nederland heen, of zelfs grensoverschrijdend zijn. Te denken valt dan aan ziekenhuizen die samen een groep of keten vormen, niet noodzakelijk bij elkaar in de buurt. Het hoeft ook niet een keten van ziekenhuizen te zijn maar het kan ook een keten van ziekenhuisafdelingen zijn, bijvoorbeeld een keten van oncologische zorg die verder gewoon binnen de ziekenhuizen geleverd wordt. Dit biedt dan ook de mogelijkheid van branding en/of franchising. In de private zorgsector, bij de privéklinieken en ZBC's, bestaan deze vormen al langer. Er is geen enkele reden waarom het ook niet zou kunnen voorkomen in de reguliere zorg. Branding is in andere landen, zoals de VS, in ieder geval geen onbekend fenomeen in de zorg. Wel is het de vraag of het dezelfde kwaliteits- en kostenvoordelen op zal leveren als bij regionale netwerken. Ook is deze manier van samenwerking makkelijker aan te gaan voor categorale ziekenhuizen en ZBC's dan voor algemene ziekenhuizen. Ketens hoeven overigens niet binnen de Nederlandse grenzen te blijven. Aansluiting bij een buitenlandse keten is ook goed voorstelbaar.

De grote vraag is natuurlijk of en zo ja hoe en onder welke condities, deze ontwikkeling gaat doorzetten. Daarvoor moeten we eerst een beeld schetsen van wat er op dit moment feitelijk waarneembaar is. Kort samengevat gebeurt er heel veel en steeds meer, maar is er geen enkele zekerheid over het eindresultaat en over de termijn waarop er een eventueel eindresultaat is.

- *Meer woorden dan daden.* Er wordt heel veel gepraat over concentratie maar veel minder gedaan. De harde afspraken waarbij taken en voorzieningen worden herverkeerd, zijn op de vingers van een hand te tellen.

Figuur 6.7 Samenwerkingsverbanden ziekenhuizen



Bron: OOR, 2011

- *Lappendeken.* Bekijken we waar gepraat wordt over samenwerking en concentratie, dan valt vooral het gebrek aan een plan op. Het gebeurt waar het gebeurt maar het gebeurt dus ook op een heleboel plekken niet. Achter de vraag waarom bepaalde ziekenhuizen wel of niet mee doen in bepaalde samenwerkingsverbanden lijkt vaak niet meer ratio schuil te gaan dan dat dit nu eenmaal de keuze van de betreffende bestuurders is geweest. Daarmee ontstaat niet alleen een lappendeken maar ook nog eens een lappendeken met gaten.
- *Nergens in de buurt komend van serieuze concentratie.* Veel van de gesprekken zijn zeer serieus, maar vrijwel nergens heeft men een beeld voor ogen zoals dat er uit zou moeten zien als men maar enigszins in de buurt zou willen komen van het potentieel aan kwaliteits- en kostenverbetering dat met serieuze concentratie ontsloten zou kunnen worden. Eigenlijk alleen in die gevallen waarin samenwerking noodgedwongen gedreven wordt door het (bijna) faillissement van de deelnemende partijen, zien we verregaande samenwerkingsopties op tafel komen.
- *Langzaam.* Bijna overal gaat het proces erg langzaam, wederom met als uitzondering die situatie waar de financiële nood hoog is. Gezien de internationale ervaringen is het de vraag of dit lage tempo de kans op een goede uitkomst niet negatief beïnvloedt (zie box 6.1).
- *Kapitaallasten.* Veel instellingen dragen een verleden met zich mee, soms een heel recent verleden, en vaak in de vorm van (te hoge) bouw- en kapitaallasten. In elke vorm van samenwerking waarin dit het geval is, kan het wegwerken van die ballast een barrière vormen.
- *Angst om reputatierisico's.* In de meest vergaande vorm van concentratie verandert de functie van een aantal ziekenhuizen drastisch, zullen sommige ziekenhuizen zelfs gesloten moeten worden. De vraag dringt zich op deze beslissing durft te nemen. Ziekenhuizen zelf voelen zich niet geroepen om als kalkoen over het kerstmenu de regie te gaan voeren. Zorgverzekeraars kunnen serieuze reputatieschade oplopen. En de overheid lijkt binnen het huidige stelsel niet de partij die deze verantwoordelijkheid zou moeten dragen.
- *Mededingingsproblemen.* In een paar gevallen zijn samenwerkingsafspraken tussen ziekenhuizen door de NMA verboden (zie box 6.2).
- *Politieke onrust.* Elke discussie over hervorkaveling van ziekenhuisvoorzieningen, laat staan een discussie die zou kunnen uitmonden in het sluiten van ziekenhuizen, staat garant voor grote politieke onrust. Dat maakt het voor partijen alleen maar moeilijker om zo'n consequentie aan te durven. Voor verzekeraars speelt hier ook een rol dat zij, ook naar eigen zeggen, nog niet voldoende vertrouwd worden door patiënten als hun belangenbehartiger op het gebied van een goede prijs/kwaliteit verhouding.
- *Stagnatie als dominante verzekeraar ontbreekt.* In de regio's waar een verzekeraar dominant is, komen gesprekken over samenwerking makkelijker op gang dan in regio's waar een dominante verzekeraar ontbreekt.
- *Onduidelijke positie UMC's.* Op dit moment lijkt er binnen de wereld van de UMC's meer beweging te zijn op onderlinge samenwerking dan op de vraag of zij in de regio een rol zouden moeten spelen bij de onderlinge optimalisering van ziekenhuisvoorzieningen. De positie van de UMC's is onderwerp van politieke besluitvorming maar een politieke uitspraak over hun rol ontbreekt.

Twee conclusies lijken op hun plaats:

- 1 De volumenormen zoals die nu her en der tot stand komen onder druk van de Inspectie zijn op zich niet genoeg om een vergaande spreiding en concentratiebeweging af te dwingen.
- 2 Het is zeer de vraag of op eigen initiatief van de ziekenhuizen dan wel onder druk van de selectieve inkoopfunctie van verzekeraars deze beweging wel op gang zal komen.

Hiermee is eigenlijk de vraag al beantwoord wat de kritieke factoren zijn die bepalen of een grote spreiding en concentratiebeweging de komende jaren echt zal gaan plaatsvinden. Een beweging richting ketenvorming lijkt daarbij meer gedreven te worden door privaat kapitaal en ondernemerschap en minder door beleid, terwijl een eventueel gewenste beweging richting vormen van regionale samenwerking, al of niet met de UMC's in de hoofdrol, veel meer gevoelig lijkt voor een aantal omgevingsfactoren:

Box 6.1: ervaringen in het buitenland.

Er zijn weinig voorbeelden, ook in het buitenland, van succesvolle spreiding en concentratie exercities. Herverkaveling van het zorgaanbod is zonder uitzondering een gevoelige zaak en een situatie die 100% vergelijkbaar is met Nederland, vooral met betrekking tot de cruciale rol van verzekeraars, bestaat nergens. Toch zijn er twee categorieën van voorbeelden te vinden in de internationale praktijk. Allereerst de koude sanering. Dit vinden we bijvoorbeeld in de Verenigde Staten waar ziekenhuizen 'gewoon' failliet gaan en waar private equity en hedge fondsen klaar staan om ziekenhuizen op te kopen, te saneren, te fuseren en anderszins doelmatiger te maken. Het andere voorbeeld komt uit landen als Canada en het Verenigd Koninkrijk. In beide landen is sprake van een meer of minder gemengd stelsel en in beide landen heeft KPMG ervaring opgedaan met succesvolle spreiding en concentratie projecten. Zo is KPMG in Ontario een programma gestart met als doel een integraal gecoördineerd zorgsysteem te creëren. Uitgangspunten in het traject waren hoge kwaliteit, beschikbaarheid en aanvaardbare kosten. In het traject zijn 44 ziekenhuizen samengevoegd tot 14 nieuwe organisaties, waarbij verschillende locaties van ziekenhuizen zijn gesloten en nieuwe netwerken van ziekenhuizen zijn gecreëerd. Tevens is het aantal locaties van ziekenhuizen verminderd: er zijn 33 publieke en zes private ziekenhuislocaties gesloten. Ook zijn er 27 publieke ziekenhuisorganisaties gesloten. Door deze ingreep is een afbuiging in de trend van kostentoeename gerealiseerd. In een eerder traject in 1990 heeft eveneens sterke concentratie plaats gevonden, waarbij 225 ziekenhuisorganisaties zijn teruggebracht tot 150.

Uit deze internationale ervaring komen de volgende succesfactoren naar voren:

- 1 Er moet politieke steun zijn. Niemand begint er aan als halverwege de politiek de kant kiest van (bijvoorbeeld) een verontruste lokale bevolking.
- 2 Houd het tempo hoog. Bij een te laag tempo verkruimelt het draagvlak en organiseert de weerstand zich.
- 3 Communiceer over kwaliteit. Zowel de medische professionals als de lokale bevolking zijn uiteindelijk te winnen voor een verhaal dat in essentie gaat over het bieden van betere zorg.
- 4 Hou rekening met weerstand. Die weerstand kan overal opduiken maar zit verrassend vaak bij ziekenhuisbestuurders die autonomie kwijt raken.
- 5 Betrek alle belanghebbenden. Stakeholder management is een cruciale succesfactor. Zorg dat er geen verliezers ontstaan. Vergeet vooral de patiënten en de lokale gemeenschappen niet.
- 6 Begin met kritische medische functies met kritische omvang: geboortezorg, klinische kindergeneeskunde, SEH, IC complexe oncologie en complexe cardiovasculaire zorg.

Bron: o.a. KPMG, internationale studie, 2011

- Als de overheid het niet oppakt zullen de partijen die geacht worden dat wel te doen (zoals de zorgverzekeraars) zich verzekerd moeten weten van politieke steun en van een coöperatieve mededingingsautoriteit.
- Het proces zal zo vormgegeven moeten worden dat tempo gemaakt kan worden.
- De rol van de academische ziekenhuizen moet verduidelijkt worden.
- De beschikbaarheid van smeerolie of een compensatiefonds kan helpen de ‘verliezers’ te compenseren of barrières voor samenwerking (met name rond bouw- en kapitaallasten) weg te werken (zie ook box 6.1).

Box 6.2: Nederlandse Mededingingsautoriteit

De Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) houdt zich in toenemende mate bezig met concentratie- en mededingingsvraagstukken in de zorg. Het uitgangspunt van de NMa is dat onderlinge specialisatieafspraken, waardoor de zorg bij bepaalde ziekenhuizen wordt geconcentreerd, de keuzemogelijkheden voor patiënten beperken en daarmee de concurrentie. Een gezamenlijk overleg waarin een regionale taakverdeling wordt afgesproken, valt in de regel onder het kartelverbod. Specialisatieafspraken worden dan ook alleen in bijzondere gevallen toegestaan. Het is vereist dat specialisatieafspraken ontstaan onder de regie van de zorgverzekeraars. Zij zijn de vragende partij namens hun verzekerden. Door de regie te nemen kunnen verzekeraars mede bepalen welk ziekenhuis welke zorg mag aanbieden. Zo garanderen zij de kwaliteit en de bereikbaarheid van zorg voor hun polishouders. Uiteraard mogen ziekenhuizen ook zelfstandig bepalen of zij zich willen specialiseren. Het is dan aan de zorgverzekeraars om na te gaan hoe zij aan hun zorgplicht kunnen voldoen.

Het standpunt van de NMa hangt mede samen met wie de initiatiefnemer is, de zorgverzekeraar of de ziekenhuizen:

Zorgverzekeraars als initiatiefnemer. Het is toegestaan om als verzekeraar zelfstandig selectief zorg in te kopen. Het is niet toegestaan een exclusief contact met een ziekenhuis te sluiten, omdat dit kan leiden tot een ongewenste machtspositie. Het is toegestaan dat verzekeraars samen bepalen welk ziekenhuis zorg mag leveren indien dit nodig is om te kunnen garanderen dat het ziekenhuis aan de door IGZ opgeleverde volumennormen kan voldoen. Hierbij past wel dat de goede werking van de zorgverzekeringsmarkt niet in het gedrang komt.

Ziekenhuizen als initiatiefnemer. Als een ziekenhuis zelfstandig besluit tot een specialisatie is het kartelverbod niet van toepassing. Als ziekenhuizen onderling bepalen waar de zorg wordt geleverd om een bepaald volume te halen ter verbetering van de kwaliteit is dat in beginsel niet toegestaan. Het is aan de vragende partij (verzekeraar) te bepalen waar zorg wordt aangeboden. Het laten rouleren van medisch specialisten tussen ziekenhuizen zodat een specialist wel het benodigde volume kan bepalen is een oplossing, mits wordt voldaan aan een aantal voorwaarden.

De NMa kan specialisatieafspraken tussen ziekenhuizen in bijzondere gevallen toestaan. De economische voordelen van een samenwerking dienen dan op te wegen tegen de beperking van de mededinging. Dit dient door partijen zelf te worden aangetoond:

- De specialisatie dient bij te dragen aan de verbetering van de productie, distributie, of technische/economische vooruitgang;
- Het gewenste doel kan aantoonbaar niet op een andere manier tot stand komen;
- De voordelen moeten in voldoende mate worden doorgegeven aan verzekeraar/patiënt;
- Er moet voldoende concurrentiedruk uitgaan aan andere aanbieders.

Bron: NMa, 2011; Zorgmarkt, 2011

Box 6.3: warme sanering

Achmea Zorg maakt zich bij monde van bestuursvoorzitter Roelof Konterman, zorgen over het draagvlak voor serieuze herverkaveling van zorgvoorzieningen in regio's (Zorgvisie, 2011). Met name de overcapaciteit die ontstaat door concentratie en specialisatie lijkt een probleem: indien de overbodige capaciteit in stand wordt gehouden naast het nieuwe zorgaanbod, dan stapelen we niet alleen nieuwe zorginfrastructuur boven op de oude, maar nemen ook de kosten van de zorg toe. De noodzaak om in te grijpen is urgent, want deze stapeling van oude en nieuwe zorginfrastructuur vinden we ook bij andere vormen van kwaliteitsverbetering en innovatie, zoals substitutie van zorg voor chronisch zieken van de tweede naar de eerste lijn en de introductie van nieuwe, innovatieve zorgconcepten. Naar analogie van de warme sanering van de vissersvloot (waar ook een overcapaciteit moest worden weggewerkt) pleit Konterman voor een compensatiefonds wat met name ook de problematiek van de lasten die uit het verleden worden megedragen (met name bouw- en kapitaallasten) zou moeten verlichten. Dit fonds kan bijvoorbeeld worden gevuld door verzekeraars via een gelijke opslag op de premie. Een onafhankelijke instantie of 'commissie van wijzen' verdeelt de middelen voor de afbouw van capaciteit op basis van door veldpartijen in te brengen business cases. (Zorgvisie, 2011)

6.4 Privaat kapitaal ¹¹

Een van de grootste onbekenden bij het beschrijven van toekomstige mogelijke ziekenhuislandschappen, is de precieze manier waarop privaat kapitaal zich daarin zal doen gelden.

Box 6.4: discussie over privaat kapitaal kent gebrek aan precisie

Privaat kapitaal als nieuw of opkomend fenomeen in de zorg, waar hebben we het dan over?

Onduidelijkheid en verwarring troef. Kennelijk gaat de discussie dan vooral over de zorg die vanuit het basispakket geleverd wordt, want alle zorg die daarbuiten geleverd wordt, is al in alle opzichten 'privaat', in aanbod, in financiering en in betaling.

Maar ook als we onze blik louter richten op de basispakketzorg, dreigt al snel verwarring. Ook dan blijkt er al volop privaat kapitaal in de zorg te zijn. Deze zorg wordt immers niet vanuit belastingen gefinancierd, maar vanuit premies en op dit moment gaan ziekenhuizen volop financiële relaties aan met particuliere kapitaalverschaffers zoals banken.

Gaat het dan misschien niet zozeer om privaat kapitaal maar om private ziekenhuizen? Ook dat kan moeilijk het geval zijn. Immers, alle ziekenhuizen in Nederland zijn privaat, ook de ziekenhuizen die louter zorg uit het basispakket leveren (stichtingen).

Zou het dan gaan om risicodragend kapitaal en om het toelaten van het winstmotief? Maar ook hier geldt dat dit geen nieuwe ontwikkeling is. In de zorg wordt op talrijke plaatsen winst gemaakt, met name bij toeleveranciers. Op andere plekken wordt ook winst gemaakt, maar noemen we het niet zo. Zo bevat het inkomen van specialisten, huisartsen en apothekers elementen die winst genoemd zouden kunnen worden. En ook al spreken we niet graag over winst bij ziekenhuizen, ze worden wel geacht elk jaar een positief resultaat te halen wat nauwelijks verschilt van wat in andere omstandigheden rendement of winst zou worden genoemd. Tenslotte is er nog het bijzondere geval van de financier/eigenaar die nu al op persoonlijke basis en op eigen risico de zorg instapt. Een bekend verschijnsel in de wereld van de ZBC's en privéklinieken, maar ook bij de algemene ziekenhuizen onmogelijkheid meer getuige de situatie bij de IJsselmeerziekenhuizen en het Slotervaartziekenhuis.

Zou de discussie dan vooral moeten gaan over de winstuitkering? Ook die is niet nieuw. Financiers komen immers nu ook al aan hun trekken en vinden creatieve manieren om het rendement op hun investeringen ook daadwerkelijk te incasseren, zelfs als dat in formele zin geen winstuitkering mag heten.

De discussie gaat dus niet over een nieuw fenomeen, maar over het doortrekken van reeds nu aan de orde zijnde ontwikkelingen. Daarbij helpt het ons te realiseren dat de reden dat het publieke en politieke debat zo fel gevoerd wordt, te maken heeft met twee zorgen:

- 1 De vraag of een grotere rol van het winstmotief in de zorg ten koste gaat van de publieke belangen in de zorg (kwaliteit, beschikbaarheid, betaalbaarheid);
- 2 De zorg dat toelating van het winstmotief in combinatie met winstuitkering betekent dat geld de zorg 'verlaat'.

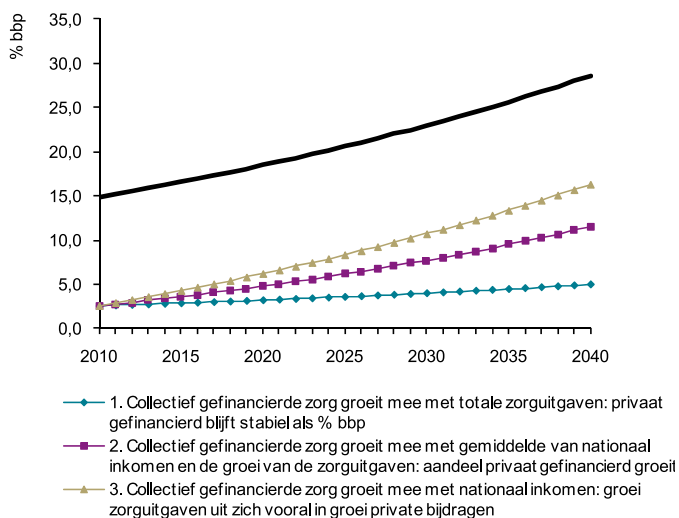
In deze studie spitsen we onze analyse van privaat kapitaal in de zorg toe op vormen die met name samenhangen met bovenstaande twee zorgen en vragen.

In essentie gaat het in deze studie bij de analyse van de toekomstige invloed van privaat kapitaal in de zorg om twee specifieke fenomenen:

- 1 Een verdere verschuiving in de verhouding tussen de (kosten van de) basispakketzorg enerzijds en de (kosten van de) overige zorg anderzijds ten voordele van de overige zorg;
- 2 Een verdere vervaging van de scheidslijnen tussen privéklinieken en 'gewone' ziekenhuizen door een verdere toelating van het winstmotief en vormen van winstuitkering binnen de basispakketzorg.

In hoofdstuk 2 betoogden wij dat het steeds moeilijker zal worden de stijging van de kosten van de zorg op te vangen binnen het basispakket en collectieve financiering. Bij een groei van de totale kosten van de zorg met 4% per jaar en een stijging van ons inkomen met gemiddeld 1,75% per jaar is dit vrij eenvoudig aantoonbaar. Immers, dat betekent dat of de zorgpremie jaarlijks fors zal blijven stijgen, of de belastingen omhoog moeten c.q. op andere publieke uitgaven zal moeten worden bezuinigd. Momenteel wordt zo'n 80% van de uitgaven aan zorg collectief gefinancierd, voornamelijk via de ZVW of de AWBZ. De overige uitgaven worden privaat gefinancierd,

Figuur 6.8 Totale zorguitgaven en privaat gefinancierde zorguitgaven in percentage bbp, in drie scenario's

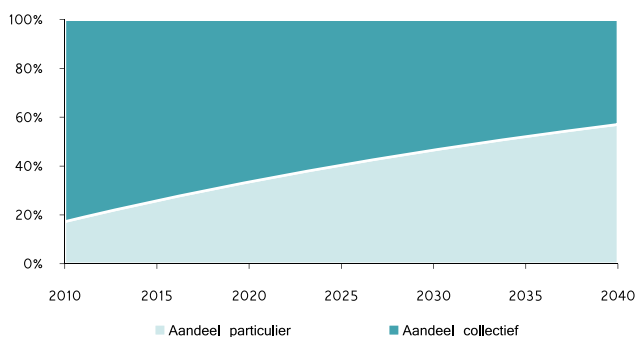


vooral via de aanvullende verzekering of eigen betalingen. Indien in de toekomst de collectieve uitgaven net zo hard blijven groeien als de totale zorguitgaven (dus met 4%), blijft de verhouding publiek/privaat gefinancierde zorg gelijk.

In aandeel van het BBP stijgen de private uitgaven wel, maar niet zo hard als de totale uitgaven (zie scenario 1 zoals weergegeven in figuur 6.8). De collectieve zorgpremie zal dan hard moeten stijgen.

In het andere uiterste, het derde scenario, groeien de collectieve uitgaven mee met het nationaal inkomen, in plaats van met de totale zorguitgaven. De reële groei van de zorguitgaven moet dan opgevangen worden in de privaat gefinancierde zorg. Dit neemt de druk van de collectieve uitgaven, maar dit scenario betekent wel dat private financiering over enkele decennia verantwoordelijk is voor de dekking van meer dan de helft van de totale zorgkosten (zie figuur 6.9). De collectieve zorgpremie stijgt dus beperkt, maar de eigen betalingen nemen sterk toe. Het tweede scenario is gemodelleerd als middenscenario: de collectieve financiering stijgt harder dan het nationaal inkomen, maar niet zo hard als de totale zorguitgaven. Zelfs in 'een dergelijk min of meer gematigd scenario, neemt het aandeel privaat gefinancierde zorg toe tot zo'n 40% van de totale zorguitgaven en meer dan 10% van het nationaal inkomen.

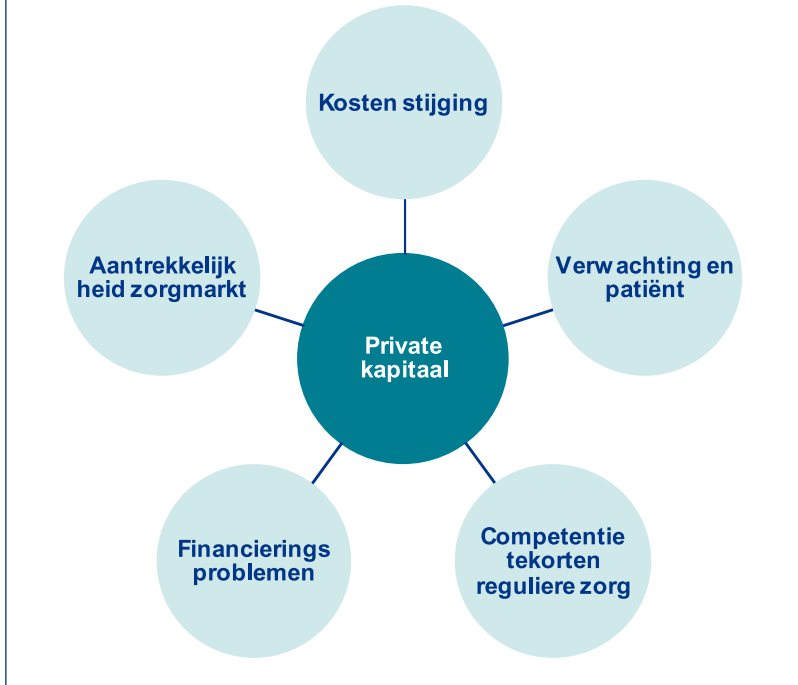
Figuur 6.9: aandelen collectief en privaat gefinancierde zorg in een scenario waarbij de collectief gefinancierde zorg meegroeit met het nationaal inkomen



Bron: OOR, 2011

Het is dus zeer aannemelijk dat de collectieve zorg als proportie van de totale zorg (niet als proportie van het nationaal inkomen) in de toekomst af zal nemen en dat de aanvullende privaat en commercieel geleverde zorg als proportie van de totale zorg in de toekomst toe zal nemen.

Figuur 6.10: krachten op toenemende rol privaat kapitaal



Hetzelfde fenomeen van kostenstijging zal de druk op de doelmatigheid verder doen toenemen. Immers, naarmate de basispakketzorg doelmatiger wordt geleverd bestaat er meer ruimte om ook nieuwe medische mogelijkheden vanuit het basispakket aan te bieden en negatieve invloed op de toegankelijkheid of betaalbaarheid van essentiële zorg te vermijden. De implicatie is dat naarmate commerciële aanbieders van zorg met

meer gezag kunnen laten zien dat zij in staat zijn zorg doelmatig(er) te leveren, het moeilijker zal zijn hen geen plek te gunnen bij het leveren van basispakketzorg.

Ook van de kant van de patiënt zal druk ontstaan om meer privaat en commercieel aanbod en kapitaal toe te laten. Met name bij electieve zorg zal de patiënt steeds minder geneigd zijn zich neer te leggen bij beperkingen in het reguliere aanbod; al helemaal als dat zich vertaalt in slechte kwaliteit of in het bestaan van wachtlijsten. Zo zijn veel patiënten bereid om met name voor een kwalitatief beter aanbod meer te reizen en/of meer te betalen (onder andere Nivel, 2008; PON, 2010; RVZ, 2003). In een aantal opzichten wordt dit ook aangetoond door de explosieve opkomst van ZBC's en privéklinieken.

Er bestaat in toenemende mate bewijs voor de stelling dat commerciële ziekenhuizen binnen de bestaande publieke voorwaarden zowel op kosten als kwaliteit beter kunnen scoren dan reguliere ziekenhuizen. In andere landen zijn er diverse voorbeelden van ziekenhuizen die door private partijen worden beheerd, onder andere in Zweden, Japan en Finland. Dit leidt ertoe dat de concurrentie wordt vergroot, waardoor patiëntgerichtheid, service en kwaliteit worden bevorderd. Zo is in Finland een private kliniek opgericht die door optimale procesbeheersing de kwaliteit sterk verbeterd heeft en waar de kans op complicaties en infecties 90% lager is dan in andere Finse ziekenhuizen met vergelijkbare behandelingen (Nauta et al, 2011). In de Verenigde Staten zien we ziekenhuizen die privaat en tevens commercieel zijn. Ongeveer 30% van de ziekenhuizen in de Verenigde Staten heeft een winstootmerk.

Een derde reden waarom risicodragend kapitaal een grotere rol zal gaan spelen is gelegen in specifieke competentietekorten binnen de reguliere zorg. Dat kan in algemene zin betrekking hebben op een gebrek aan ondernemingszin en een gebrek aan kennis van bedrijfseconomische optimaliseringsmogelijkheden. Maar het kan ook een meer specifieke reden hebben. Zo kan risicodragend kapitaal een rol spelen bij het oplossen van het competentietekort dat mogelijk bij huisartsen kan optreden rond het opzetten en managen van buurtgezondheidscentra. De recente initiatieven van Menzis, NPM Healthcare en Reggeborch spreken in dit opzicht boekdelen.

Een vierde reden om risicodragend kapitaal binnen te halen in de zorg, is gelegen in de financiële problemen bij specifieke instellingen. In het voorgaande beschreven wij reeds op meerdere plekken dat een flink aantal zorginstellingen in financieel opzicht onmogelijk als robuust is te beschrijven. Het aangaan van een relatie met een private kapitaalverschaffer kan hier uitkomst bieden. Het is in dit licht natuurlijk niet toevallig dat de betrokkenheid van mevrouw Erbudak bij het Slotervaartziekenhuis en van de heer Winter bij de IJsselmeerziekenhuizen tot stand kwam toen financieel het water bij beide ziekenhuizen tot aan de lippen stond.¹² Ook instellingen die op zich nog niet in de problemen zijn maar wel om bancaire financiering verlegen zitten, zullen in gesprek met banken sterker staan als zij voldoende eigen vermogen hebben. Ook dit kan een reden zijn om risicodragend kapitaal aan te trekken.

Tenslotte een vijfde en niet te onderschatten reden waarom de rol van risicodragend kapitaal in de zorg de komende jaren zal groeien, is gelegen in het feit dat dit niet slechts een resultante is van de vraag of partijen in de zorg dit een aantrekkelijk of noodzakelijk perspectief vinden, maar hangt minstens zozeer af van de vraag of potentiële investeerders de zorg een aantrekkelijke markt vinden om in te investeren. Dat laatste lijkt zonder meer het geval. De zorg kent als aantrekkelijke investeringsmarkt de volgende eigenschappen:

- De zorg is een groeimarkt, volgens sommigen zelfs met een in principe oneindige vraag en in hoge mate gedreven door objectieve onvermijdelijke factoren zoals de vergrijzing.
- Dit potentieel wordt verder ondersteund door het ervaringsgegeven dat in de zorg nieuw aanbod vaak nieuwe vraag schept.
- Investeringsinstroom in de zorg leiden in het algemeen tot een stabiele inkomsten/rendementenstroom.
- Dit wordt onder andere veroorzaakt door het feit dat de zorg zeer kapitaalintensief is (medische technologie) en veel vastgoed kent.
- Binnen de zorg valt op allerlei plekken de nodige efficiëntiewinst te boeken.
- Overall ter wereld waar de zorg ook een publieke en politieke zorg is, blijkt het in de praktijk moeilijk om ziekenhuizen failliet te laten gaan. Dit verhoogt de stabiliteit van de verwachte inkomsten/rendementenstroom.

Het begrip 'private of risicodragende financier' behoeft ondertussen wel nadere invulling. Ook hier komen we immers heel verschillende partijen tegen:

- Private equity. Zowel nationaal als Europees als op wereldschaal zijn private equity huizen te vinden die met belangstelling de Nederlandse markt volgen. Een Nederlands voorbeeld is bijvoorbeeld Waterland. Ook de grote Nederlandse handelsbanken hebben naast hun normale kredietfaciliteiten, eigen private equity mogelijkheden in huis zoals Rabo Private Equity.
- Specialized Hospital Operators (SHO's). In sommige markten is het fenomeen 'commercieel ziekenhuis' zo massief aanwezig dat zich grote commerciële organisaties hebben gevormd,

gespecialiseerd in ziekenhuismanagement. Te denken valt dan aan Ramsay (Australië), Capio (verschillende landen in Europa) en Helios (Duitsland).

- Individuen en informals. Rijke individuen met een bijzondere belangstelling voor de zorg of medisch specialisten met toegang tot kapitaal behoren ook tot (potentiële) financiers. In Nederland zijn mensen als Maljers en Winter hier voorbeelden van, maar uit het buitenland kennen we voorbeelden waarbij het in potentie om nog veel grotere sommen geld gaat dan waar zij in Nederland mee werken.
- Specialisten-eigenaars. In het buitenland zijn voorbeelden te vinden van specialisten die participeren in het eigendom van een ziekenhuis (Nauta et al, 2011). Zo zijn er in Japan diverse private ziekenhuizen die worden beheerd door individuele artsen. Ook in Frankrijk en Finland zijn er veel artsen die een private kliniek beheren. In Finland is een privaat consortium ontstaan dat zich heeft toegelegd op orthopedische ingrepen (Nauta et al, 2011). De kliniek is ontstaan uit een reactie op de tegenvallende kwaliteit in de reguliere ziekenhuissetting in Finland. Orthopeden zijn voor 20% aandeelhouder van de kliniek.
- Pensioenfondsen. Pensioenfondsen, en zeker ook de Nederlandse, zijn, vaak via speciale vehikels, grote investeerders van risicodragend vermogen. Een pensioenfonds als PGGM (het pensioenfonds voor de meeste werkenden in de zorg) participeert op dit moment reeds, indirect, in Turkse ziekenhuizen maar (nog) niet in Nederlandse ziekenhuizen. Deze partij is in politiek opzicht een interessante private investeerder omdat het te investeren vermogen uit de zorg komt en het uit te keren rendement in zekere zin ook in de zorg blijft.
- Verzekeraars. Verzekeraars steken in een aantal opzichten al geld in de zorg, maar zouden dat ook expliciet risicodragend kunnen doen. Ook hier bestaat in politiek opzicht het voordeel dat het geld dan niet uit de zorg verdwijnt. Daar staat als nadeel (voor sommigen) tegenover dat actief investeren door verzekeraars in de zorg al snel leidt tot vormen van verticale integratie. Een duidelijk voorbeeld is de recente investering van Menzis in buurtgezondheidscentra.

Al deze (mogelijke) investeerders/financiers hebben ook een aantal zaken met elkaar gemeen. Zo zijn ze op zich niet wars van risico, maar de risico's moeten wel overzichtelijk en calculeerbaar zijn. Dus is men huiverig voor investeringen met een hoog politiek risico, zal men liever in kleine dan in grote ziekenhuizen investeren en liever in categorale dan in algemene ziekenhuizen. Dit is mede een reden waarom private investeerders stuk voor stuk blijf geven van een stevige afkeer van de specialistenmaatschap; zij moeten er niet aan denken om de controle over de investering te moeten delen met een oncontroleerbare groep actoren binnen in de onderneming.

Een andere belangrijke overeenkomst tussen de verschillende investeerders/financiers is hun voorkeur naar flexibiliteit. Zo zullen ze altijd kritisch kijken naar investeringen in ziekenhuizen vanwege de moeilijke alternatieve aanwendbaarheid van het vastgoed. Dat ligt bij buurtgezondheidscentra (door de omvang en de aard van de fysieke ruimte) meteen een stuk minder complex.

Tenslotte is het opvallend dat veel (potentiële) financiers van investeringen in de zorg een persoonlijke betrokkenheid hebben bij de zorg. Het voorbeeld dat iemand bereid is flink te investeren in de zorg, omdat hij of zij bijvoorbeeld een dierbare verloren heeft aan kanker, zijn wij meermalen tegengekomen. Interessant bijverschijnsel is dat de rendementseis in dit soort gevallen vaak ook gematigd wordt.

Dat laatste is ook van belang als we kijken naar de verschillende manieren waarop investeerders hun investering terugverdienen. Ook zolang de winstuitkering in formele zin nog niet is toegestaan, zijn daar talloze mogelijkheden voor. Allereerst door ‘gewoon’ te investeren door middel van vreemd of hybride vermogen en het rendement te incasseren door middel van vormen van rente. Naarmate de rendementseis van de investeerder lager is, zijn hier meer mogelijkheden te vinden. Daarnaast zijn (winst en inkomen op) toelevering en (inkomsten op verhuur van) vastgoed, bekende manieren om investeringen ondanks een formeel verbod op winstuitkering, toch terug te verdienen.

We kunnen de verschillende manieren waarop private investeerders/financiers zich in de zorg kunnen manifesteren het beste beschrijven aan de hand van de verschillende verdienmodellen.

Verdien model	Target	Waarde creatie	Identiteit van private partij	Voorbeelden
Saneren	Zorgaanbieder in de problemen	Saneren van overcapaciteit en verhogen van doelmatigheid	SHO's, individuen, hedge funds, private equity	IJsselmeerziekenhuizen, Slotervaartziekenhuis
Buy en Build	Kleine en goed lopende zorgaanbieder	Ketenvorming en uitrollen van best practices	Private equity	Ouderenzorg (bv. België), kleine ziekenhuizen
Start Up	Greenfield in groeiemarkt	Aanboren van latente vraag en concurrentie op prijs/kwaliteit	Ondernemer, ondernemer/specialisten	Privé klinieken, ZBC's, Hansa Clinics (planstadium – kankerkliniek Boxmeer)
Specialisatie	Zorgaanbieder met potentieel voor doelmatigheidswinst	Specialistisch management en/of ketenvorming	SHO's, verzekeraars	Privé ziekenhuizen in Duitsland, Verenigd Koninkrijk en Frankrijk; haperende buurtgezondheidscentra
Ketensynergie	Ketenspelers	Ketensynergie	Verzekeraars	Goed lopende buurtgezondheidscentra

- *Saneren*; als een zorgaanbieder in de problemen komt, kan dat voor een private investeerder/financier interessant zijn. De prijs kan laag zijn en de mogelijkheden om de doelmatigheid te vergroten, en dus waarde te creëren, groot. Dit verdienmodel is vooral interessant voor in zorg gespecialiseerde fondsen/operators (SHO's), voor in sanering gespecialiseerde (hedge) fondsen en voor individuen die voor de specifieke situatie specifieke expertise bezitten. Tevens is zijn enkele Private Equity huizen hier in geïnteresseerd.
- *Buy en Build*; een saneerder kan doorgaan met een 'Buy en Build' strategie zoals die veelal bij private equity huizen gehanteerd wordt. Doelen zijn dan niet slecht lopende maar juist goed lopende instellingen. De waarde wordt vervolgens gecreëerd door doelmatigheid te vergroten veelal door middel van ketenvorming en schaalvergroting. Ook worden management 'best

practices' strak gemodelleerd uitgerold over steeds meer aangesloten instellingen. In het buitenland, bijvoorbeeld België, zien we voorbeelden in de ouderenzorg. In Nederland hebben kleine algemene ziekenhuizen contact met private equity fondsen die deze strategie erop na houden.

- *Start up*; een zorginstelling opstarten vraagt veel specifieke expertise die veelal niet door private equity wordt bezeten. Hier komen ondernemers of ondernemende specialisten eerder aan bod. Zij vinden het ook vaak aantrekkelijker het reguliere aanbod te beconcurreren met een nieuwe instelling dan een reguliere instelling over te nemen. Zij richten zich vaak op nieuwe vraag of op latente vraag die bijvoorbeeld blijkt uit wachtlijsten bij het reguliere aanbod.
- *Specialisatie*; soms is er geen sprake van een instelling die acuut in problemen verkeert maar waar niettemin toch doelmatigheidswinst te boeken valt door beter management en/of schaalvergroting door ketenvorming. Dan wordt het wederom interessant voor de gespecialiseerde operators. In essentie is dit ook het model waar verzekeraars en andere privaten haperende buurtgezondheidscentra te hulp schieten.
- *Ketensynergie*; soms zit de waardecreatie niet primair in de doelmatigheidswinst die in de instelling zelf te boeken valt maar in de doelmatigheidswinst die binnen de keten geboekt kan worden door vormen van verticale integratie. Wederom lijkt hier de investering door zorgverzekeraars in de buurtgezondheidscentra een voorbeeld van te zijn.

Box 6.5: waar wel en waar niet?

Een van de misverstanden die wij in de gesprekken het meest tegenkwamen was de gedachte dat private investeerders alleen risicodragend kapitaal in de zorg zullen steken als een ziekenhuis op het punt van omvallen staat. Uit de verschillende verdienmodellen blijkt dat dit slechts één van de mogelijke modellen is. Voor veel investeerders zijn juist goedlopende instellingen aantrekkelijke doelen.

In algemene zin is vooral een conclusie te trekken over waar we de private financiers niet snel tegen zullen komen in de zorg. Dat is in de eerste plaats bij goedlopende, complexe en grote algemene ziekenhuizen. En in de tweede plaats daar waar geen schaalvergroting of andere doelmatigheidswinst mogelijk is.

Of, in iets andere woorden, naarmate het reguliere systeem haar zaken als kwaliteit, prijzen en kosten beter op orde heeft, neemt de kans af dat risicodragend kapitaal en commercialiteit zullen binnendringen.

Teruggaand naar het begin van deze analyse kan nu de vraag worden beantwoord hoe we de komende jaren gaan merken dat (de kosten van) de zorg voor een relatief steeds groter deel geleverd zal gaan worden door private 'for profit' klinieken en ziekenhuizen. Daarbij blijven uiteraard een aantal zaken (met name in wet- en regelgeving) onzeker, maar de grote beweging lijkt niettemin uit de volgende elementen te bestaan:

- *Voortgang van de sterke groei van privéklinieken en ZBC's*. In eerste instantie simpelweg een gevolg van het feit dat het steeds moeilijker wordt de totale groei van de zorgvraag en zorgkosten in het basispakket te absorberen.
- *Toename van het aantal gemengde ziekenhuizen en klinieken*. Naarmate het vaker voor zal komen dat nieuw zorgaanbod niet uit het basispakket gefinancierd wordt, zal zorg niet alleen vaker door ZBC's en privéklinieken worden geleverd maar zal het ook aantrekkelijker worden voor algemene ziekenhuizen om dit zorgaanbod binnen de muren te houden. Het kan immers een aantrekkelijke inkomstenbron opleveren buiten de regulier geleverde zorg. Bij UMC's komt daar nog als reden bij dat daar vaak nieuwe technieken ontstaan; het ligt voor de hand dat ook als dat nieuwe zorgaanbod steeds minder vaak uit het basispakket gefinancierd kan worden, UMC's dit aanbod wel zelf willen kunnen blijven leveren.

- *Meer buitenlandse ketens.* Ketenvorming kent zijn beperkingen in Nederland door de beperkte schaal, maar veel schaalvoordelen kunnen ook benut worden door internationale ketens. Daarmee is ketenvorming niet alleen een optie voor investeerders als er voldoende participerende ziekenhuizen, klinieken of ziekenhuisafdelingen in Nederland zijn maar kan er voor investeerders al voldoende potentieel ontstaan als een of twee klinieken deel kunnen gaan uitmaken van een internationale keten waarbinnen allerlei schaalvoordelen benut kunnen gaan worden.
- *Meer start-ups en overnames binnen het reguliere systeem.* De drijvende krachten zijn hier vooral de grote financiële problemen bij reguliere instellingen, de niet aangeboorde vraag, de wachtlijsten en het potentieel voor kwaliteitsverhoging en kostenverlaging dat in toenemende mate door private aanbieders (daarin gesteund door mondige patiënten) zal worden uitgedaagd.
- *Vormen van ketenintegratie.* Zelfs als het verzekeraars niet wordt toegestaan verticale integratie tot stand te brengen, dan is het voor andere private investeerders/financiers een interessante optie.

Box: 6.6 gevolgen van een grotere rol voor risicodragend kapitaal

In deze studie wordt vooral getracht inzicht te bieden in de verschillende manieren waarop het ziekenhuislandschap zich de komende jaren zou kunnen ontwikkelen. Ons doel is niet primair die ontwikkelingen te waarderen, toch kan op dit punt wel iets meer gezegd worden over de verschillende gevolgen van de beschreven ontwikkelingen.

In zijn algemeenheid zal de grotere invloed van risicodragend kapitaal en commercieel zorgaanbod leiden tot een grotere klantgerichtheid, een hogere doelmatigheid, een lagere prijs en een hogere transparantie. Dit zijn niet slechts theoretische aannames, maar is ook in de praktijk zichtbaar. Niet alleen bij ZBC's en privéklinieken, maar ook bij commerciële zorgaanbieders die, in andere landen, op publieke voorwaarden zorg leveren. Uit eigen onderzoek van KPMG blijkt ook dat het bestaan van een winstuitkering in die West-Europese landen waar dit is toegestaan, tot nu toe niet geleid heeft tot aantasting van publieke belangen. Veeleer wordt betoogd dat deze publieke belangen (denk aan kwaliteit en beschikbaarheid) eerder versterkt dan verzwakt zijn. In het best mogelijke geval leidt een toename van risicodragend kapitaal en commercieel zorgaanbod tot een hogere doelmatigheid en dus tot een matiging van de stijging van de premie van het basispakket dan wel tot de mogelijkheid met dezelfde premie meer zorg in het basispakket te kunnen bekostigen.

Daar staan wel een aantal mogelijke nadelen tegenover. Zo is het weliswaar waarschijnlijk dat commerciële ziekenhuizen een lagere prijs weten te realiseren, zij zijn wel geprikkeld om hoge volumes te draaien. Ook het aanboren van latente vraag kan commercieel aantrekkelijk zijn. De totale kosten kunnen daarmee, als gevolg van de veel hogere volumes, hoger zijn dan onder de reguliere zorg ondanks het feit dat de doelmatigheid groter kan zijn. Daarbij is het de vraag of de reguliere zorg het zich op termijn kan veroorloven deze volumes te laten liggen.

Een tweede mogelijk nadeel bestaat uit de toenemende zuigkracht van commerciële aanbieders op personeel van de reguliere aanbieders. Zij zijn in staat betere arbeidsvoorwaarden te bieden en, zo claimen zij zelf, meer vrijheid en betere apparatuur. Dit gevaar moet als reëel worden ingeschat.

Een derde mogelijk nadeel betreft de opkomst van 'gemengde' klinieken. Nu al weten we dat ziekenhuismanagement zich soms laat beïnvloeden door kennis over welke ingrepen geld opleveren en welke ingrepen geld kosten. Als straks in steeds meer ziekenhuizen in steeds grotere mate mogelijkheden ontstaan om met niet-basispakket-zorg geld te verdienen, kan een scherper prioriteitsconflict ontstaan.

Een vierde nadeel betreft het verwijt aan de commerciëlen dat zij de krenten uit de pap halen en dat de goede risico's en renderende behandelingen bij de commerciëlen terecht kunnen, terwijl de slecht risico's en de niet

renderende behandelingen op het publieke systeem worden afgewenteld. Er zijn aanwijzingen dat deze differentiatie inderdaad plaats kan gaan vinden, maar daarmee is nog niet gezegd dat het effect op de doelmatigheid van het hele zorgsysteem bij voorbaat negatief is. Een omgekeerde redenering lijkt ook goed mogelijk: juist door de krenten uit de pap te halen (zoals categorale ziekenhuizen en ZBC's dat ook doen) wordt een doelmatigheidsverhogende concentratieslag bij het resterende ziekenhuiswezen afgedwongen.

Een vijfde nadeel zou tenslotte kunnen zijn dat vormen van privaat afgedwongen ketenintegratie de keuzevrijheid van de consument beperken. Dat is inderdaad het geval maar dient afgewogen te worden tegen de voordelen in termen van kosten en kwaliteit.

Resumerend lijken de grootste risico's voor publieke belangen niet te ontstaan als gevolg van een eventuele verdere toelating van commerciële binnen het publieke systeem. Die risico's liggen vooral bij de verschuivende grens tussen het voor iedereen toegankelijke basispakket en de meer afhankelijk van de koopkrachtige vraag naar beschikbare overige zorg. De beste remedie om dat conflict zo lang mogelijk uit te stellen of zelfs te vermijden bestaat uit het op orde brengen van kosten en kwaliteit van het basispakketaanbod zodat daar zo lang mogelijk zo veel mogelijk rechten op zorg in onder gebracht kunnen blijven worden.

6.5 Landschappen

Alle grote bewegingen (zoals geschetst in paragraaf 6.2, 6.3 en 6.4) en alle kleine bouwstenen (zie hoofdstuk 5) die relevant zijn voor de ontwikkelingen in het ziekenhuislandschap zijn nu beschreven. Daaruit volgt een synthese die leidt naar de volgende mogelijke landschappen. Deze landschappen zijn geen toekomstvoorspellingen, maar mogelijkheden waarop de toekomst zich kan onttrollen in consistente verhaallijnen. Ze onthullen de momenten waarop keuzes gemaakt moeten worden, de rollen die partijen wel of niet op zich nemen, de richtingen waarin iets zich wel of niet kan ontwikkelen. De werkelijkheid zal uiteindelijk ongetwijfeld opgebouwd zijn uit elementen die in verschillende landschappen voorkomen.

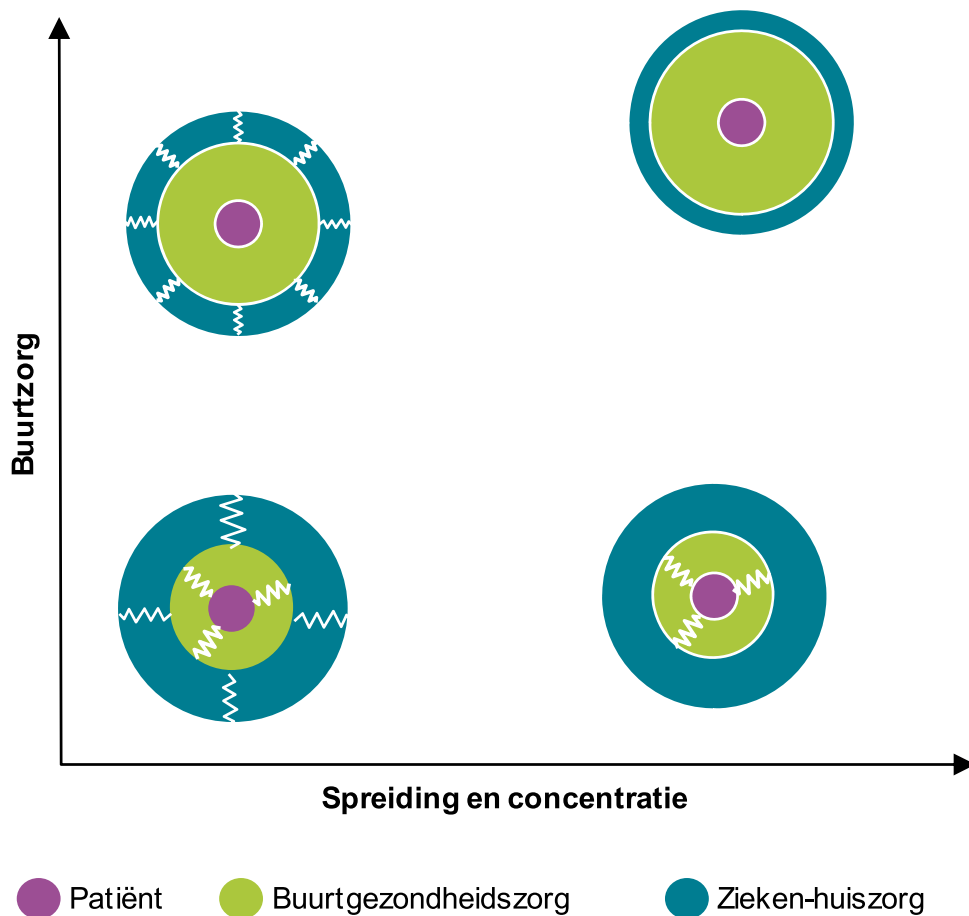
Ons onderscheid tussen de verschillende landschappen is vooral gebaseerd op een analyse van de remmende krachten richting Droomland, het ziekenhuislandschap met de hoogst mogelijke kwaliteit en de laagst mogelijke kosten. Wat gebeurt er eigenlijk als het niet lukt veel zorg naar de buurt terug te brengen (Verland)? En wat gebeurt er als het niet lukt de ziekenhuiszorg geconcentreerder te organiseren (Eilanden)? En wat gebeurt er als het allebei niet lukt (Niemandland)?

Wij beschrijven achtereenvolgens:

- Nuland 2011: de huidige situatie.
- Niemandland 2020: het ziekenhuislandschap als de grote bewegingen richting spreiding en concentratie en de stichting van buurtgezondheidscentra allebei mislukken.
- Droomland 2020: het ziekenhuislandschap als de grote bewegingen richting spreiding en concentratie en de stichting van buurtgezondheidscentra allebei slagen.
- Verland 2020: het ziekenhuislandschap als de grote beweging richting het oprichten van buurgezondheidscentra niet lukt.
- Eilandenland 2020: het ziekenhuislandschap als de grote beweging richting spreiding en concentratie niet lukt.

In deze analyse staan de bewegingen richting buurtgezondheidszorg en rond spreiding en concentratie centraal. De veronderstelling is dat zij zo bepalend zijn voor de ontwikkeling van kosten en kwaliteit in het ziekenhuislandschap dat zij ook bepalend zijn voor de mate waarin risicodragend of commercieel privaat aanbod zich in dat landschap zal weten te nestelen.

Onderstaand figuur is een weergave van de vier landschappen. De breedte van de binnencirkel is het volume van de gedecentraliseerde buurtzorg. De breedte van de buitencirkel is het volume van de ziekenhuiszorg. De fragmentatielijnen duiden op ondoelmatige en gefragmenteerde organisatie.



6.5.1 Nuland 2011: versnipperd en ondoelmatig

Nuland

- Weinig concentratie en specialisatie
- Weinig spreiding, grote dichtheid
- Groot potentieel voor kostenverlaging en kwaliteitsverhoging
- Weinig transparantie
- Explosieve groei van ZBC's en privéklinieken
- Weinig risicodragend kapitaal en ondernemerschap
- Schoorvoetend begin met buurtgezondheidscentra
- Schoorvoetend begin met e-health
- Naar hun rol zoekende verzekeraars
- Financiering op verrichtingen

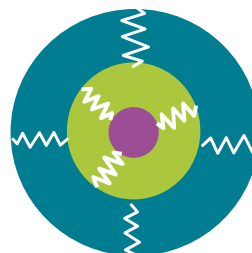
De zorg in Nederland presteert naar internationale maatstaven zeer goed. De kosten van de zorg bevinden zich in Nederland op een naar internationale maatstaven gemiddeld niveau. Toch kent het huidige ziekenhuislandschap in het licht van de toenemende noodzaak om de kosten te verlagen en de kwaliteit te verhogen, talrijke bijzonderheden en ogenschijnlijke verbeterpunten. De huisartsenzorg is goed ontwikkeld, maar fysiek en financieel gescheiden van de ziekenhuizen. De ziekenhuizen leveren relatief veel zorg die ook dichterbij de patiënt geleverd kan worden, met name chronische zorg. De dichtheid aan ziekenhuizen is uitzonderlijk. De gemiddelde reistijd van een Nederlandse inwoner tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis is 14 minuten en 99% van de bevolking woont binnen 30 minuten van een ziekenhuis. De verschillen tussen de ziekenhuizen zijn minimaal: de bijna 100 algemene ziekenhuizen bieden allemaal vrijwel alle typen zorg aan. Het gemiddelde volume per type behandeling is laag (BCG, 2010), de potentiële kwaliteitswinst bij tal van behandelingen is daarmee groot. De transparantie over de kwaliteit van de medische behandelingen is matig. Risicodragend kapitaal is nauwelijks aanwezig in de ziekenhuizen die zorg uit het basispakket leveren, maar vooral aanwezig bij ZBC's en privéklinieken die in aantal en omzet explosief groeien. Voorzichtige gesprekken over samenwerking tussen ziekenhuizen worden gevoerd, maar zonder grote ambities of snelle resultaten. De zorgverzekeraars worstelen vooralsnog met hun regierol en kunnen 'ordering op kosten en kwaliteit' vooralsnog niet waarmaken. De academische ziekenhuizen richten zich vooral op elkaar en op het buitenland en minder op de regio. Een substantieel aantal ziekenhuizen worstelt met hun financiële robuustheid. Er wordt relatief weinig uitbesteed. De inzet van e-health is lager dan in de rest van Europa.

De landschappen van 2020 worden beschreven vanuit het perspectief van iemand die in 2020 beschrijft wat er de afgelopen tien jaar gebeurd is.

6.5.2 Niemandsland 2020: stagnatie en fragmentering

Niemandsland 2020

- Haperende regionale samenwerking, nauwelijks serieuze concentratie
- Falende zorgverzekeraars
- Stagnatie bij vorming van buurtgezondheidscentra
- Ketenvorming en franchising
- Voortzetting van de explosieve groei van categorale ziekenhuizen, ZBC's en privéklinieken
- Steeds meer gemengde ziekenhuizen, steeds meer risicodragend kapitaal en commerciële ziekenhuizen
- Heftige tweedelingdiscussies
- Grote zuigkracht van de private ziekenhuizen op personeel van algemene ziekenhuizen
- Steun van regionale overheden aan ziekenhuizen in de problemen
- Geen landelijk dekkend EPD, wel grote inzet e-health in private sector
- Financiering op verrichtingen

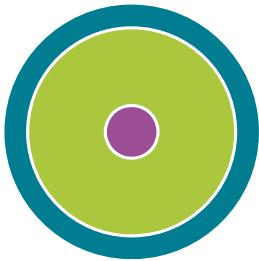


”Uiteindelijk bleken de zorgverzekeraars toch niet in staat om de hen toebedeelde taak, het ziekenhuislandschap te ordenen op kosten en kwaliteit, ook daadwerkelijk ten uitvoer te brengen. Ze werden simpelweg onvoldoende vertrouwd door de patiënten en ze waren te bang voor reputatieschade. De paar keer dat ze probeerden ziekenhuizen met elkaar samen te laten werken was er steeds weer een ziekenhuis dat zich de verliezer voelde in het proces en met succes de steun van lokale media en lokale politici zocht. Ook de ziekenhuisbestuurders zelf deden slechts het minimale. Een paar fusies kwam tot stand omdat ziekenhuizen, met name in krimpregio's, het in hun eentje niet konden redden. Maar daar bleef het ook bij. Het onvermogen van de politiek om tot een nieuw financieringssysteem te komen, gebaseerd op outcome in plaats van verrichtingen, droeg bij aan de instandhouding van de status quo. Regionale overheden gingen ook liever over tot steunverlening aan streekziekenhuizen dan dat zij het ziekenhuis lieten sluiten. De nationale politiek vond dat de markt het maar op moest lossen. Ook de totstandkoming van buurtgezondheidscentra stokte. Huisartsen bleken het gewoon niet aan te kunnen en toen verzekeraars met hun kapitaal te hulp schoten, werd dat door de minister verboden met als argumentatie dat ketenintegratie de keuzevrijheid voor patiënten belemmerde.

In Niemandsland 2020 is het politieke klimaat rond de zorg heftig en polariserend. De relatief ondoelmatige manier waarop zorg uit het basispakket geleverd wordt, leidt er toe dat steeds vaker nieuwe medische technieken niet meer vanuit het basispakket gefinancierd kunnen worden. Dit genereert een heftig debat over tweedeling in de zorg en een zeer instabiel klimaat qua regulering. Steeds meer algemene ziekenhuizen ontdekken hoe lucratief het kan zijn om zorg te leveren die niet in het basispakket zit en krijgen een steeds meer gemengd karakter. Ook dit voedt het heftige debat over tweedeling. De groei van ZBC's, privéklinieken en commerciële ziekenhuizen, nu ook zorg leverend uit het basispakket, zet explosief door. Van regionale samenwerking komt niets, van ketenvorming en franchising des te meer. Veel investeerders zien grote kansen in de zorg vanwege de voortdurende versnippering en ondoelmatigheden. Hun claim, dat ze hogere kwaliteit bieden tegen een lagere prijs, blijkt onweerstaanbaar voor de steeds mondigere patiënt die zijn

klantvriendelijke behandeling bij de reguliere ziekenhuizen niet langer pikt. Een rijke Amerikaan die een familielid verloor aan kanker steekt geld in een keten van private kankerklinieken en vraagt een bescheiden rendement. De eerste vestiging komt in Nederland. Met een beleid gebaseerd op vergaande specialisatie en totale transparantie op het gebied van kwaliteit worden concurrerende algemene ziekenhuizen leeggezogen en weggeblazen. Specialisten nemen ontslag bij het dichtstbijzijnde academische ziekenhuis om in deze nieuwe kliniek te mogen werken. Ook de zuigkracht van de private ziekenhuizen op overig medisch personeel is enorm. De totale fragmentatie van het veld en gebrek aan regie betekent dat een landelijk dekkend EPD niet van de grond komt. Private ondernemers excelleren met eigen e-health vindingen.”

6.5.3 Droomland 2020: hoge kwaliteit, lage kosten

<p>Droomland 2020</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verzekeraars pakken hun rol • Medici winnen het van bestuurders • Vergaande spreiding en concentratie • Volop buurtgezondheidscentra • Financiering op outcome, veel AWBZ zorg in het basispakket • Hoge doelmatigheid in het ziekenhuislandschap • Veel uitbesteding, veel e-health • Totale transparantie op kwaliteit • Weinig commerciële ziekenhuizen: niet interessant • Meer uitbesteding bij de reguliere zorg • Groei van ZBC's en privéklinieken blijft beperkt tot zorg buiten het basispakket • Rustig politiek klimaat 	
---	--

“Uiteindelijk gingen de zorgverzekeraars toch doen wat steeds de bedoeling was: ze paktten de regie en dwongen een nieuwe ordening van het ziekenhuislandschap af met hogere kwaliteit en lagere kosten. De eerste keer dat een verzekeraar moest besluiten dat een ziekenhuis dicht moest, gaf de minister vooraf haar steun en wist daar ook een Kamermeerderheid van te overtuigen. Daarna volgden er meer. Ziekenhuizen stichtten zelf ZBC's en categorale klinieken om hogere kwaliteit tegen lagere kosten te kunnen bieden. De resterende ziekenhuizen organiseerden zich op een grotere schaal, met een hogere concentratie van zorg. Het hielp dat de verzekeraars hun kwaliteitsdata zodanig op orde hadden dat ze de lokale bevolking er steeds van konden overtuigen dat de kwaliteit van de ziekenhuiszorg voorop stond en dat zij daarvan volop zouden profiteren. En dat maakten ze ook waar. Ziekenhuizen verzetten zich eerst tegen deze beweging maar de terughoudendheid van de bestuurders werd uiteindelijk overwonnen door de specialisten die zich lieten overtuigen door de betere kwaliteit die ze bij veel hogere volumes konden leveren. Kwaliteitsdata kwam ook steeds makkelijker beschikbaar voor het kritische publiek en reguliere ziekenhuizen namen de praktijk van privéklinieken over om op hun website totale en directe transparantie te bieden over het succes van hun behandelingen. Het hielp enorm dat de overheid er in geslaagd was om het financieringssysteem om te buigen naar een systeem gebaseerd op outcome in plaats van verrichtingen. Tweedelingdiscussies bleven uit omdat ziekenhuizen hun zaken zo goed op orde hadden dat ze de meeste nieuwe behandelmogelijkheden binnen het basispakket uit konden blijven voeren. De groei van ZBC's en privéklinieken remde af, want bleef vooral beperkt

tot het niet in het basispakket verzekerde zorgsegment. Risicodragend kapitaal kwam de reguliere zorg eigenlijk alleen maar binnen langs de weg van uitbesteding; veel ziekenhuizen wisten hun kosten te drukken door samen te werken in de back office en bij de medisch ondersteunende processen. Shared Service Centers ontstonden en werden na een aantal jaren verplaatst naar Polen en India. Ziekenhuizen bereikten zo'n optimale schaalgrootte en zo'n hoge doelmatigheid dat het voor private investeerders niet meer interessant was om zelf ziekenhuizen op te starten dan wel bestaande ziekenhuizen over te nemen. Verzekeraars profiteerden van het feit dat ook grote delen van de AWBZ in de ZvW werden ondergebracht door steeds meer 'cure en care' met elkaar te integreren. Dit bleek op buurtniveau goed te werken en in innige samenwerking met huisartsen kwamen er door het hele land buurtgezondheidscentra. De overheid deed niet moeilijk als verzekeraars investeerden in deze buurtgezondheidscentra; de voordelen voor de patiënt in termen van kosten en kwaliteit waren immers evident. Veel chronische zorg werd verplaatst naar deze buurtgezondheidscentra en in toenemende mate ook naar poliklinische dagbehandeling. Het aantal SEH's werd drastisch verminderd. Tot ontsteltenis van menig ziekenhuisbestuurder (maar in lijn met de voorspelling van menig econoom) leidde dit tot een enorme rem op de kostenstijging in de zorg: het volume bij de overblijvende SEH's bleek namelijk nauwelijks te stijgen. De regionale samenwerking tussen ziekenhuizen in de, met name, electieve zorg werd ondersteund door een landelijk dekkend EPD. Ook andere e-health toepassingen vonden gretig aftrek omdat het lonend was geworden voor zorgaanbieders en verzekeraars ze vol in de keten te integreren."

6.5.4 Verland 2020: buurtgezondheidscentra komen onvoldoende van de grond

Verland 2020

- Verzekeraars pakken hun rol
- Vergaande concentratie
- Spreiding en vorming van buurtgezondheidscentra hapert
- Financiering op verrichtingen
- Hoog volume zorg in ziekenhuizen
- Hoge doelmatigheid en hoge kwaliteit in ziekenhuizen
- Veel uitbesteding, veel e-health
- Totale transparantie op kwaliteit
- Weinig commerciële ziekenhuizen: niet interessant
- Groei van ZBC's en privéklinieken vooral buiten het basispakket
- Landelijk dekkend EPD, haperende gegevensuitwisseling met de huisartsen



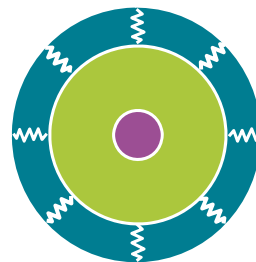
“Uiteindelijk gingen de zorgverzekeraars toch doen wat steeds de bedoeling was: ze pakten de regie en dwongen een nieuwe ordening van het ziekenhuislandschap af met hogere kwaliteit en lagere kosten. De eerste keer dat een verzekeraar moest besluiten dat een ziekenhuis dicht moest, gaf de minister vooraf haar steun en wist daar ook een Kamermeerderheid van te overtuigen. Daarna volgden er meer. Ziekenhuizen stichtten zelf ZBC's en categorale klinieken om hogere kwaliteit tegen lagere kosten te kunnen bieden. De resterende ziekenhuizen organiseerden zich op een grotere schaal, met een hogere concentratie van zorg. Het hielp dat de verzekeraars hun kwaliteitsdata zodanig op orde hadden dat ze de lokale bevolking er steeds van konden overtuigen dat de kwaliteit van de ziekenhuiszorg voorop stond en volop zou profiteren. En dat maakten ze ook waar. Ziekenhuizen verzetten zich eerst tegen deze beweging maar de terughoudendheid van

de bestuurders werd uiteindelijk overwonnen door de specialisten die zich lieten overtuigen door de betere kwaliteit die ze bij veel hogere volumes konden leveren. Kwaliteitsdata kwam ook steeds makkelijker beschikbaar voor het kritische publiek en reguliere ziekenhuizen namen de praktijk van privéklinieken over om op hun website totale en directe transparantie te bieden over het succes van hun behandelingen. De beweging richting buurtgezondheidscentra stakte echter. Daar speelden verschillende redenen een rol. Bestuurders wilden geen zorgvolume afstaan. Specialisten hielden de scheiding van diagnose en behandeling vanuit kwaliteitsoogpunt tegen. Ook waren ze bang voor claims op het moment dat er sprake zou zijn van medische fouten als diagnose en behandeling niet in dezelfde hand zou zijn. Ook het feit dat het financieringssysteem ziekenhuizen bleef belonen voor het uitvoeren van taken die ook door huisartsen gedaan kunnen worden, hielp niet. Tenslotte bleken de huisartsen hun taak lang niet overal aan te kunnen. De grotere schaal, de integratie van functies op een locatie en de toename van het aantal parttimers maakte het qua management voor velen te complex. De minister verbood private kapitaalverschaffers en verzekeraars in deze buurtgezondheidscentra te investeren. Gevolg was wel dat de ziekenhuiszorg weliswaar beter georganiseerd werd, maar in totaal volume nauwelijks veranderde. De kans om substantiële onderdelen van de zorg dichtbij de patiënt te brengen en daarmee kwaliteitswinst en kostenverlaging te boeken, werd gemist. De ziekenhuiszorg bleef in volume substantieel maar werd wel beter en doelmatiger georganiseerd. Voor de private sector werd het daarmee moeilijker en ook minder interessant om in ziekenhuizen te investeren. Slechts enkele ketens met kwaliteitskeurmerk en gericht op zeer koopkrachtige patiënten kwamen tot stand. Er wordt veel gebruik gemaakt van e-health en binnen de ziekenhuiszorg zijn gegevens goed uitwisselbaar. De uitwisseling van gegevens hapert bij de interface met de huisartsen.”

6.5.5 Eilanden 2020: concentratie en spreiding komt onvoldoende van de grond

Eilanden 2020

- Haperende regionale samenwerking, nauwelijks serieuze concentratie
- Falende zorgverzekeraars
- Trend richting buurtgezondheidscentra zet maar zeer matig door
- Ketenvorming en franchising
- Voortzetting van de explosieve groei van categorale ziekenhuizen, ZBC's en privéklinieken
- Steeds meer gemengde ziekenhuizen, steeds meer risicodragend kapitaal en commerciële ziekenhuizen
- Grote zuigkracht van de private ziekenhuizen op personeel van algemene ziekenhuizen
- Steun van regionale overheden aan ziekenhuizen in de problemen
- Geen landelijk dekkend EPD, wel grote inzet e-health in private sector
- Financiering op verrichtingen



“De huisartsen en de verzekeraars wilden wel, maar de ziekenhuizen niet. Er kwamen steeds meer buurtgezondheidscentra en overal waar ze kwamen werden ze een succes. Verzekeraars en huisartsen zijn enthousiast. De overheid deed niet moeilijk als verzekeraars investeerden in deze buurtgezondheidscentra; de voordelen voor de patiënt in termen van kosten en kwaliteit waren immers evident. Daar waar het lukte werd chronische zorg verplaatst naar deze

buurtgezondheidscentra en in toenemende mate ook naar de poliklinische dagbehandeling. Op teveel plaatsen bleken de gevestigde belangen in de ziekenhuiszorg echter te sterk. Ziekenhuizen weigerden mee te werken aan het verplaatsen van zorg naar de buurtgezondheidscentra. Ook verzekeraars kregen de ziekenhuizen niet in beweging. Ze werden simpelweg onvoldoende vertrouwd door de patiënten en de verzekeraars waren te bang voor reputatieschade. De paar keer dat ze probeerden ziekenhuizen met elkaar samen te laten werken was er steeds weer een ziekenhuis dat zich de verliezer voelde in het proces en met succes de steun van lokale media en lokale politici zocht. Ook de ziekenhuisbestuurders zelf deden slechts het minimale. Een paar fusies kwam tot stand omdat ziekenhuizen, met name in krimpregio's, het in hun eentje niet konden redden. Maar daar bleef het ook bij. Het onvermogen van de politiek om tot een nieuw financieringssysteem te komen, gebaseerd op outcome in plaats van verrichtingen, droeg bij aan de instandhouding van de status quo. Regionale overheden gingen ook liever over tot steunverlening aan streekziekenhuizen dan dat zij het ziekenhuis lieten sluiten. De nationale politiek vond dat de markt het maar op moest lossen.

De relatief kleine schaal van ziekenhuizen en de relatief grote ondoelmatigheid opende mogelijkheden voor private investeerders die daar ook gebruik van maakten. Steeds meer algemene ziekenhuizen ontdekten hoe lucratief het kan zijn om zorg te leveren die niet in het basispakket zit en krijgen een steeds meer gemengd karakter. Ook dit voedde het heftige debat over tweedeling. De groei van ZBC's, privéklinieken en commerciële ziekenhuizen, nu ook zorg leverend uit het basispakket, zette explosief door. Van regionale samenwerking kwam niets, van ketenvorming en franchising des te meer. Veel investeerders zagen grote kansen in de zorg vanwege de voortdurende versnippering en ondoelmatigheden. Hun claim, dat ze hogere kwaliteit bieden tegen een lagere prijs, bleek onweerstaanbaar voor de steeds mondigere patiënt die zijn klantvriendelijke behandeling bij de reguliere ziekenhuizen niet langer pikte. Een rijke Amerikaan die een familielid verloor aan kanker stak geld in een keten van private kankerklinieken en vroeg een bescheiden rendement. De eerste vestiging kwam in Nederland. Met een beleid gebaseerd op vergaande specialisatie en totale transparantie op het gebied van kwaliteit werden concurrerende algemene ziekenhuizen leeggezogen en weggeblazen. Specialististen namen ontslag bij het dichtstbijzijnde academische ziekenhuis om in deze nieuwe kliniek te mogen werken. Ook de zuigkracht van de private ziekenhuizen op overig medisch personeel was enorm. De totale fragmentatie van het veld en gebrek aan regie betekende dat een landelijk dekkend EPD niet van de grond kwam. Private ondernemers excelleerden met eigen e-health vindingen.”

6.5.6 Epiloog

Het is niet moeilijk het ideale landschap te bedenken, het is reuze moeilijk er te komen. Cruciaal is het antwoord op de vraag of het lukt om een serieuze spreiding en concentratiebeweging in het ziekenhuislandschap op gang te brengen. Als dat niet lukt, wordt het ook heel moeilijk een hoge dichtheid aan buurtgezondheidscentra tot stand te laten komen. Als allebei niet lukt, bevinden we ons in een Niemandland waar elke regie ontbreekt, samenwerking moeizaam is en risicodragend kapitaal wel eens de ordening aan zou kunnen gaan brengen wat de bestaande partijen zelf niet lukt. Zelfs als de wil en capaciteit bij huisartsen bestaat om hun huisartsenpraktijk om te vormen tot een buurtgezondheidscentrum, dan nog zal het resulterende landschap (Eilanden), als de ziekenhuissector niet meewerkt, nauwelijks verschillen van Niemandland. Wel is het voorstelbaar dat de spreiding van de zorg richting buurtgezondheidszorg mislukt, maar de ziekenhuiszorg zich wel degelijk geconcentreerder organiseert. Het resulterende landschap (Verland) is weliswaar

ordentelijk en doelmatig maar mist de grote kansen die gepaard gaan met het brengen van zorg dichtbij de patiënt en zijn of haar buurt.

In het onderstaande schema staan de belangrijkste kenmerken van de landschappen nog eens samengevat. Nogmaals, niet als voorspellingen van de toekomst, maar wel als consistente verhaallijnen over een mogelijke toekomst. Verhaallijnen die niet de bedoeling hebben met zekerheid het ziekenhuislandschap van 2020 te beschrijven, maar die wel de daarbij bepalende causaliteit, implicaties en onderlinge afhankelijkheden bloot leggen.

Nuland 2011	Niemandland 2020	Droomland 2020	Verland 2020	Eilanden 2020
Weinig zorg dichtbij	Weinig zorg dichtbij	Veel zorg dichtbij	Weinig zorg dichtbij	Enige zorg dichtbij
Weinig concentratie en spreiding	Weinig concentratie en spreiding: fragmentatie en versnippering	Concentratie en spreiding geslaagd	Concentratie geslaagd	Weinig concentratie en spreiding: fragmentatie en versnippering
Groot potentieel voor kosten- en kwaliteitswinst	Weinig kosten- en kwaliteitswinst gerealiseerd	Veel kosten- en kwaliteitswinst gerealiseerd	Redelijk veel kosten en kwaliteitswinst gerealiseerd	Enige kosten- en kwaliteitswinst gerealiseerd
Weinig risicodragend kapitaal en commercieel zorgaanbod binnen het basispakket	Volop kansen voor risicodragend kapitaal en commercieel zorgaanbod binnen het basispakket	Weinig kansen voor risicodragend kapitaal en commercieel zorgaanbod binnen het basispakket	Beperkte kansen voor risicodragend kapitaal en commercieel zorgaanbod binnen het basispakket	Redelijk veel kansen voor risicodragend kapitaal en commercieel zorgaanbod binnen het basispakket

Hoofdstuk 7 Conclusies en aanbevelingen

Wij presenteren in dit hoofdstuk zo scherp mogelijk geformuleerd de conclusies die uit deze achtergrondstudie getrokken kunnen worden. We maken daarbij onderscheid naar de feitelijke conclusies die getrokken kunnen worden op grond van een analyse van het huidige landschap en huidige trends en ontwikkelingen enerzijds, en inschattingen op basis van onze analyse van toekomstige ontwikkelingen anderzijds. We sluiten af met een aantal aanbevelingen rond aspecten van het ziekenhuislandschap die in de analyse naar boven kwamen als (mede) bepalend voor de vraag of het ziekenhuislandschap zich in de ene dan wel de andere richting zal ontwikkelen.¹³

7.1 Feitelijke conclusies

Wij trekken uit deze achtergrondstudie de volgende feitelijke conclusies.

- 1 Het huidige ziekenhuislandschap wordt gekenmerkt door goede prestaties, gemiddelde kosten, matige kwaliteitstransparantie en een zeer goede bereikbaarheid.
- 2 Het huidige ziekenhuislandschap kent door haar ordening grote mogelijkheden tot verhoging van de kwaliteit en verlaging van de kosten.¹⁴
- 3 In het licht van demografische, technologische en sociaal economische ontwikkelingen in de samenleving zal het ziekenhuislandschap onder groeiende druk komen te staan het potentieel aan kostenverlaging en kwaliteitsverhoging uit te nutten.¹⁵
- 4 Er ontstaat grote spanning tussen enerzijds een stijgende zorgvraag, een groeiend scala aan aanbodmogelijkheden en een verdere individualisering van zowel de zorgvraag als het zorgaanbod en anderzijds beperkte middelen in termen van (collectieve) financiering en personeel.
- 5 Onder invloed van deze factoren zullen zich in het ziekenhuislandschap de komende jaren met name vier drijvende krachten doen gelden: een toenemende roep om transparantie en kwaliteit, een constante druk op het aanbod om zich aan de veranderende vraag aan te passen, een constante druk op een grotere doelmatigheid van het zorgstelsel en ook van de ziekenhuizen daarbinnen en toenemende problemen voor een toenemend aantal instellingen om financieel het hoofd boven water te houden.
- 6 Naarmate ziekenhuizen er beter in slagen de kosten te verlagen en de kwaliteit te verhogen, zullen zij er beter in slagen de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden, omdat relatief meer zorg uit het basispakket gefinancierd kan blijven worden dan anders het geval zou zijn.
- 7 Naarmate ziekenhuizen er beter in slagen de kosten te verlagen en de kwaliteit te verhogen, is het voor private investeerders minder aantrekkelijk risicodragend kapitaal te investeren in (dat deel van) de zorg.

- 8 Voor 20% van de ziekenhuizen geldt de komende jaren: samenwerken of failliet gaan.
- 9 De ontwikkelingen in het Nederlandse ziekenhuislandschap zijn in hoge mate vergelijkbaar met ontwikkelingen in het buitenland. In heel veel landen zien we; het onderscheid tussen eerste en tweede lijn vervagen, decentralisatie van zorg, gebruik van e-health, arbeidsmarktproblemen, functiedifferentiatie en een toenemende invloed van privaat (risicodragend) kapitaal.¹⁶
- 10 De ontwikkeling richting samenwerking tussen eerste en tweede lijn in de vorm van buurtgezondheidscentra is veelbelovend maar ook kwetsbaar, bijvoorbeeld als het gaat om de daarbij benodigde managementcompetenties in de eerste lijn.
- 11 Er lopen steeds meer initiatieven rond spreiding en concentratie van ziekenhuiszorg maar deze initiatieven bieden, afzonderlijk en gezamenlijk, (nog) geen zicht op resultaten die in de buurt liggen van wat in de literatuur aan mogelijkheden wordt geschetst.
- 12 Op dit moment lijkt de best begaanbare route voor spreiding en concentratie die van de vrijwillig samenwerkende ziekenhuizen, al dan niet onder regie van een verzekeraar. Deze route kent wel grote onzekerheid over de uitkomsten.

7.2 Inschattingen

In deze studie zijn ook een aantal beargumenteerde verhaallijnen opgebouwd die inzicht geven in de mogelijke ontwikkeling van het ziekenhuislandschap in de komende jaren. Daaraan is uiteraard geen voorspellende zekerheid te ontnemen; wel biedt het inzicht in causale verbanden, implicaties en onderlinge afhankelijkheden. De belangrijkste op die analyse gebaseerde inschattingen luiden als volgt:

- 13 De maatschap zal verdwijnen. Belangrijkste oorzaak is de toenemende diversiteit aan dienstverbanden, de feminisering van het specialistenberoep en de voorkeur van private investeerders om niet met maatschappen te werken.
- 14 Ziekenhuizen zullen door verzekeraars en/of patiënten en/of concurrenten gedwongen worden tot steeds grotere transparantie over de geboden kwaliteit.
- 15 De invloed van risicodragende financiering en commercieel zorgaanbod zal hoe dan ook steeds zichtbaarder en meer voelbaar worden, ook als winstuitkering binnen de uit het basispakket gefinancierde zorg verboden blijft.
- 16 Voor het bereiken van een ziekenhuislandschap met optimaal hoge kwaliteit en optimaal lage kosten (Droomland 2020) zijn twee grote bewegingen essentieel: een maximale beweging richting buurtgezondheidscentra enerzijds en een maximale beweging op spreiding en concentratie van ziekenhuisvoorzieningen anderzijds.

- 17 De ontwikkeling richting buurtgezondheidscentra stuit op een aantal barrières, waarvan het competentietekort bij huisartsen op het gebied van management en organisatie, de perverse prikkels in de financiering en de noodzakelijke medewerking van ziekenhuizen om zorg uit handen te geven, de belangrijkste zijn.
- 18 Het is de vraag of de verzekeraars in staat zullen zijn de beoogde regierol bij de ordening van het zorgaanbod waar te maken.
- 19 Zouden verzekeraars met het regisseren van spreiding en concentratie in de buurt willen komen van de in de literatuur geschetste mogelijkheden in termen van kwaliteitswinst en kostenverlaging, dan zou sluiting van ziekenhuizen of ziekenhuisafdelingen ten gevolge van selectieve contractering een maatschappelijk aanvaarde consequentie moeten zijn. De daarvoor benodigde randvoorwaarden lijken (nog) niet vervuld en het is ook niet zeker of die vervuld zullen worden. Te denken valt aan vertrouwen bij patiënten in de verzekeraars als behartiger van hun belangen, eenduidige politieke steun, ook lokaal, als de bevolking zich verzet en geen of geringe reputatieschade bij het nemen van impopulaire beslissingen.
- 20 Andere manieren voor de verzekeraar om het zorgaanbod te ordenen zijn of verboden (onderlinge afspraken uit hoofde van de Mededingingswet) of praktisch van geringe betekenis (concurrentie op kwaliteit bovenop de door wetenschappelijke verenigingen en Inspectie gehuldigde volumenormenten).
- 21 Stilstand is achteruitgang. Als we in de huidige situatie (Nulland 2011) blijven steken en niemand een effectieve regierol pakt, wordt Droomland niet bereikt maar komen we in Niemandland. De kans is dan groot dat dan de markt de orde brengt die het systeem zelf niet tot stand wist te brengen door middel van koude sanering (faillissementen) en een door private en commerciële initiatieven afgedwongen herordening van het 'publieke' systeem.
- 22 Spreiding en concentratie stimuleren het vormen van buurtgezondheidscentra. Het vormen van buurtgezondheidscentra noopt ziekenhuizen tot een verdere concentratie. In het beste geval versterken beide bewegingen elkaar dus. In het slechtste geval houdt onwil bij ziekenhuizen om spreiding en concentratie mogelijk te maken, ook in dat buurtgezondheidscentra maar in beperkte mate van de grond komen. Dit landschap (Eilanden) zal in de praktijk dan niet zo veel verschillen van het rampscenario Niemandland.
- 23 Ook is het voorstelbaar dat het niet lukt om de buurtgezondheidscentra tot stand te brengen, maar dat de ziekenhuiswereld in eigen huis wel orde op zaken stelt. In dat landschap (Verland) is de ziekenhuiswereld weliswaar zeer goed georganiseerd op kosten en kwaliteit, maar onnodig veraf en onnodig groot. En dus onnodig duur.
- 24 In zijn algemeenheid geldt dat hoe beter ziekenhuizen er in slagen zelf orde op zaken te stellen in termen van kosten en kwaliteit, hoe makkelijker het voor hen zal zijn ongewenste ontwikkelingen te bestrijden.

7.3 Aanbevelingen

In deze studie zijn op een aantal momenten keuzes naar voren gekomen die bepalend kunnen zijn voor de vraag of het ene dan wel het andere landschap tot stand zal komen. Een aantal daarvan zijn zeer politiek van aard (bijvoorbeeld rond het mogelijk maken van winstuitkering) en een aantal minder, omdat deze rechtstreeks te herleiden zijn tot de vraag of het stelsel op dit moment functioneert zoals dat de bedoeling was. In dat licht doen wij tenslotte een zevental aanbevelingen.

- 1 *Onderzoek manieren om een serieuze beweging op concentratie en spreiding te stimuleren.* Wij zien daarbij, zonder over de verschillende opties een oordeel uit te spreken, de volgende mogelijkheden (in volgorde van minder tot meer interventionistisch).
 - Laat de markt haar werk doen door niets te initiëren. De kans bestaat dat dan een koude sanering volgt al dan niet met behulp van private partijen. Het resultaat kan wel degelijk forse concentratie en kostenreductie zijn, maar het is de vraag of dit het draagvlak bij de bevolking voor de exercitie (en voor het vergroten van de betrokkenheid van privaat kapitaal bij de zorg) zal vergroten.
 - Laat de markt haar werk doen, moedig de verzekeraars aan, doe geen uitspraken over specifieke consequenties (sluitingen en dergelijke). De kans dat deze warme sanering door middel van de selectieve contractering door verzekeraars op afzienbare termijn tot serieuze resultaten leidt, is gering. Ook over de vraag of dat op lange termijn het geval zal zijn, verschillen de meningen.
 - Laat de markt haar werk doen, steun pilots van verzekeraars. Trek ze naar voren, gooi het over de boeg van kwaliteitsverhoging en spreek expliciete politieke steun uit. De kans op resultaat neemt toe.
 - Laat de markt haar werk doen, maar sta de verzekeraars toe samen te werken. Hier liggen grote kansen op serieuze resultaten op korte termijn. Een uitstekend initiatief zou de noodzakelijke vermindering van het aantal SEH's zijn, echter de NMa lijkt dit niet toe te staan.
 - Vermijd of verbied contraproductieve ontwikkelingen. Voorbeelden zijn financiële steun van lokale overheden aan zorgaanbieders en alles wat specialisten aan specifieke zorgaanbodlocaties bindt (bijvoorbeeld eigendom of financiering).
 - Herzie de financiering. In alle in deze studie aan de orde gekomen scenario's en bespiegelingen kwam als 'no regret' naar voren dat het huidige systeem waarin prestaties en verrichtingen bekostigd worden, vervangen moet worden door een systeem dat veel meer op basis van outcome bekostigt. Ook dient het onderscheid te verdwijnen dat bekostiging plaatsvindt op basis van wie waar de verrichting doet in plaats van dat de vraag centraal staat wat er gedaan wordt.
 - Creëer overheidsinitiatief; eenmalig en op afstand. In Canada werd op 'arm's length' een eenmalige commissie, wel met steun van de politiek, belast met het eenmalig opnieuw intekenen van het zorgaanbod in de regio.
 - Herneem overheidsbemoeienis. In deze meest vergaande variant bemoeit de overheid zich rechtstreeks met de infrastructuur/capaciteit van (een deel van) de zorg of het ziekenhuiswezen en zijn de marktpartijen vooral verantwoordelijk voor de exploitatie. Vergelijkende voorbeelden zijn Schiphol of de elektriciteitsnetwerken.
2. *Versterk het organisatie- en managementvermogen in de anderhalve lijn.* Ook getuige de recente ontwikkelingen in het Verenigd Koninkrijk is dit een zeer kritiek punt bij de eventuele wens

tot verdere decentralisatie van de zorg en vorming van buurtgezondheidscentra. In dit licht is een uitspraak over de vraag of zorgverzekeraars geld mogen steken in deze centra zinvol.

3. *Bied duidelijkheid aan de UMC's.* UMC's kunnen een cruciale rol spelen in het proces van spreiding en concentratie. Ze kunnen zich ook volstrekt haaks op dat proces opstellen. Of ze kunnen zich om goede redenen afzijdig houden, bijvoorbeeld omdat ze zich vooral op het internationale speelveld willen richten. Hun positie is uitzonderlijk, omdat deze niet slechts afhankelijk is van hun eigen ideeën of van de opstelling van zorgverzekeraars maar ook van politieke opvattingen over hun rol. Geef hen die duidelijkheid, zeker als een actieve rol in de regio wordt verwacht.
4. *Onderzoek de mogelijkheid tot een compensatiefonds voor de warme sanering van de overcapaciteit in het ziekenhuislandschap.* Uit internationale ervaringen blijkt hoe belangrijk het is draagvlak voor herverkavelingoperaties te organiseren. Een compensatiefonds kan hierbij helpen.
5. *Versterk de governance bij ziekenhuizen.* De indruk bestaat dat vanwege een aantal 'moral hazards' solvabiliteitsproblemen bij ziekenhuizen pas erg laat in beeld komen en niemand zich graag eigenaar voelt van het probleem. Forceer tijdig publiek inzicht in een aantal cruciale ratio's en/of maak een toezichthouder daarvoor verantwoordelijk.
6. *Onderzoek de spanning tussen de Mededingingswet en de veronderstelde regierol van de verzekeraars bij herordening van het ziekenhuislandschap.* Met name het creëren van de mogelijkheid voor verzekeraars om afspraken te mogen maken over capaciteitsvermindering, lijkt het onderzoeken waard.
7. *Benut het momentum.* Iedereen in de zorgsector is het erover eens dat het huidige ziekenhuisstelsel onhoudbaar is. Er is nu nog voldoende tijd om tijdig en zorgvuldig maatregelen te nemen om te anticiperen op de ontwikkelingen in en rondom ziekenhuizen. Langer wachten vergroot de aanpassingspijnen als de veranderingen uiteindelijk toch plaats moeten vinden.

Noten

- ¹ In de literatuur worden verschillende indelingen en definities gehanteerd voor welke zorg in welke echelon wordt ingedeeld. In dit rapport hanteren we de indeling zoals oorspronkelijk beschreven in de Structuurnota 1974.
- ² Bekostigingssysteem in de ziekenhuiszorg. Door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) (voorheen College Tarieven Gezondheidszorg (CTG)) wordt voor ieder ziekenhuis in Nederland een budget vastgesteld. Hiertoe hanteert de NZa de door haar opgestelde en door het Ministerie van VWS goedgekeurde rekenregels. De budgettering van ziekenhuizen is gestart in 1983 op basis van een beoordeling van de exploitatie van 1982 en heeft zich ontwikkeld tot een budgettoekenning op basis van budgetparameters (FB budget). Naast toekenning van een budget voor de klinische en poliklinische activiteiten van het ziekenhuis kan eveneens een budget worden toegekend voor activiteiten van derden zoals de eerstelijnszorg (huisartsen) en andere instellingen (verpleeghuizen). Tevens worden in het budget de kosten meegenomen van medisch-specialisten in het geval deze in loondienst zijn (DBC Onderhoud, 2011).
- ³ Deze inzichten zijn gebaseerd op een nationale en internationale literatuurstudie, diverse expertsessies met onder andere huisartsen, medisch specialisten, ziekenhuisbestuurders, zorgverzekeraars en patiëntenverenigingen, en interviews met private investeerders en wetenschappers.
- ⁴ Deze inzichten zijn gebaseerd op een nationale en internationale literatuurstudie, diverse expertsessies met onder andere huisartsen, medisch specialisten, ziekenhuisbestuurders, zorgverzekeraars en patiëntenverenigingen, en interviews met private investeerders en wetenschappers.
- ⁵ De internationaal gehanteerde definitie van zorgkosten wijkt af van de eerder in deze rapportage gehanteerde definitie van het CBS. Een deel van de zorgkosten in de care (verzorgingshuizen, gehandicaptenzorg en thuiszorg) zijn niet in de internationale cijfers opgenomen.
- ⁶ Dit betreft het aantal personen en niet het aantal FTE.
- ⁷ De manier waarop het begrippenpaar 'spreiding en concentratie' in het debat gebruikt wordt, is niet eenduidig. We komen drie manieren tegen. (1) spreiding duidt er vooral op dat concentratie beperkt wordt door bereikbaarheidsnormen; (2) spreiding gaat over de positie van de kleine regionale ziekenhuizen; (3) spreiding gaat over het decentraliseren van zorg, bijvoorbeeld chronische zorg, naar buurten en wijken. In deze studie wordt 'spreiding en concentratie' vooral op de derde manier gebruikt maar werken we de ultieme consequentie daarvan, de vorming van buurtgezondheidscentra, ook apart uit
- ⁸ De term buurtgezondheidscentra is vergelijkbaar met de primaire gezondheidscentra zoals gebruikt door Boer en Croon (2010) .
- ⁹ De gemiddelde adherentie per centrum ligt rond de 20.000-30.000 inwoners (volgens onder andere Boer en Croon, 2010).

- ¹⁰ Boer en Croon (2010) geven in ‘van instituten naar netwerken’ deze grensoverschrijdende netwerken weer en betitelen regionale netwerken als achterhaald. Wij denken dat het verstandig is deze optie boven tafel te houden al is het maar omdat SEH’s, al of niet samensmeltend met spoedfuncties van huisartsenposten, een kristallisatiepunt voor regionale samenwerking zullen blijven.
- ¹¹ Veel van de informatie in deze paragraaf is ontleend aan gesprekken met (potentiële) Nederlandse en buitenlandse risicodragende zorgfinanciers. KPMG is in haar zorgpraktijk zowel actief voor zorginstellingen die toegang zoeken tot privaat kapitaal als voor financiers die geïnteresseerd zijn in de zorg.
- ¹² In de huidige situatie is private overname van een ziekenhuis in problemen ook makkelijker dan private overname van een goed lopend ziekenhuis. Het overnemen van een negatieve vermogenspositie is qua governance aanmerkelijk eenvoudiger te regelen dan het overnemen van een positieve vermogenspositie.
- ¹³ In de huidige situatie is private overname van een ziekenhuis in problemen ook makkelijker dan private overname van een goed lopend ziekenhuis. Het overnemen van een negatieve vermogenspositie is qua governance aanmerkelijk eenvoudiger te regelen dan het overnemen van een positieve vermogenspositie.
- ¹⁴ Op verscheidene plekken in deze studie maken wij onderscheid tussen de mogelijkheid om de kosten per eenheid te verlagen en de vraag of dat ook zal leiden tot kostenverlaging op macro-niveau. Bij dit laatste spelen immers ook volume ontwikkelingen een rol.
- ¹⁵ Deze conclusie verandert niet in het licht van het op 4 juli bekend gemaakte akkoord tussen het ministerie van VWS, de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders over beheersing van de kosten van de zorg. Dat akkoord is er op gericht overschrijding van de beschikbare ruimte te vermijden terwijl onze analyses laten zien dat al met groei conform de beschikbare ruimte op termijn grote financieringsproblemen zullen kunnen ontstaan.
- ¹⁶ Te denken valt aan scenario’s zoals geschetst door BCG (2010), Boer & Croon (2010) en SIRM (2010).

Disclaimer

De informatie in dit document is van algemene aard en is niet toegespitst op de specifieke omstandigheden van een bepaalde persoon of entiteit. Wij streven ernaar juiste en tijdige informatie te verstrekken. Wij kunnen echter geen garantie verstrekken dat dergelijke informatie op de datum waarop zij wordt ontvangen nog juist is of in de toekomst juist zal blijven. Daarom adviseren wij u op grond van deze informatie geen beslissingen te nemen behoudens op grond van advies van deskundigen na een grondig onderzoek van de desbetreffende situatie.

Voor meer informatie over het rapport kunt u contact opnemen met Huibert Koevoets via e-mail: koevoets.huibert@kpmg.nl

Bijlage I - Internationale factsheets ziekenhuislandschap

In de periode tussen maart en mei 2011 hebben we een internationale vergelijking uitgevoerd in samenwerking met KPMG-firma's in negen landen. Het resultaat van deze internationale vergelijking is weergegeven in negen factsheets.

1. Australië	99
2. Canada	101
3. Verenigde Staten	103
4. Japan	106
5. Verenigd Koninkrijk	109
6. Duitsland	111
7. Spanje	114
8. Zweden	116
9. Zwitserland	119

1. Australië

Overzicht van het ziekenhuis landschap

De gezondheidszorg in Australië wordt gefinancierd door de overheid. Daarnaast kan vrijwillig een aanvullende private verzekering afgesloten worden.

De publieke zorg is georganiseerd op twee niveaus:

- *Federal Government* verantwoordelijk voor nationaal beleid, regelgeving en financiering.
- *State en Territory Government* verantwoordelijk voor levering en managen van de zorg.

De overheid (*Federal Government*) financiert een deel van de private zorgverzekering om mensen te stimuleren een aanvullende verzekering af te sluiten.

Australië kent 768 publieke ziekenhuizen met een grote diversiteit in omvang en spreiding. De meerderheid van de ziekenhuizen is klein (50 bedden of minder) en bevindt zich in de regionale gebieden. De belangrijkste service die geleverd wordt in deze ziekenhuizen betreft acute zorg. Ruim een derde van de patiënten is 65 jaar of ouder.

Overzicht Australië	
Aantal inwoners	22.421.500
% verzekerden ^l	100% (waarvan 44,5% aanvullend)
Type systeem	Zorg wordt door overheid gefinancierd, aanvullend private verzekering mogelijk
Zorgkosten ^{ll}	AUD\$ 104.000 miljoen (2007-2008)
% BBP voor zorg ^l	9,1%
Aantal ziekenhuizen	1.324

Daarnaast zijn er 556 private ziekenhuizen, eveneens sterk wisselend van omvang en vooral type zorg. Sommige van deze ziekenhuizen worden gerund als *not-for-profit* ziekenhuis, terwijl anderen winst maken. De ruime meerderheid van de patiënten (80%) die behandeld wordt is hiervoor aanvullend verzekerd.

Algemene trends

- Australië hervormt op dit moment het zorgsysteem (National Health Reform) en streeft naar een eerlijk en toekomstbestendig systeem waarin alle inwoners **gespecialiseerde zorg van kwalitatief hoog niveau ontvangen en de juiste zorg in de eerste lijn**.
- Er is sprake van **decentralisatie van de ziekenhuiszorg** naar *Local Health Networks* die samen met de lokale overheid verantwoordelijk zijn voor de financiering en prestaties van publieke ziekenhuizen in de regio.
- Er worden eerstelijnsorganisaties ingericht. Deze *Medicare Locals* gaan nauw samenwerken met de lokale gemeenschap en zorgprofessionals om beter in te spelen op de lokale vraag. Zij zullen de toegang tot zorg verbeteren en de zorg in de eerste lijn (huisartsen en andere voorzieningen) verder integreren. Doel is om door **betere integratie van de eerstelijnszorg en het managen van chronische ziektes in de eerste lijn** het aantal opnames in ziekenhuizen te verminderen en zorg uitkomsten te verbeteren.
- De introductie van de My Hospitals website biedt inzicht in de prestaties van ziekenhuizen op onder andere kwaliteit. Patiënten kunnen ziekenhuizen hierdoor beter met elkaar vergelijken. Het doel hiervan is niet het bevorderen van concurrentie tussen ziekenhuizen maar het verhogen van de kwaliteit van zorg.

Financiën

- De gezondheidszorg in Australië wordt voor grofweg 70% gefinancierd uit publiek kapitaal en 30% privaat uit de aanvullende verzekering. Men verwacht **geen wijziging in de verhouding publiek en privaat kapitaal**, omdat de huidige financiering van het zorgstelsel in Australië door de bevolking hoog gewaardeerd wordt.
- De verwachting is dat de zorgkosten de komende vijf jaar zullen stijgen, onder meer vanwege de hervorming van het zorgstelsel. Er wordt echter **geen stijging verwacht van de zorgkosten als % van het BBP**.
- Publieke ziekenhuizen zijn vanwege de overheidsfinanciering verplicht gratis behandeling te bieden en moeten daarnaast specifieke taken uitvoeren (*National Healthcare Agreements*) zoals spoedeisende hulp en onderwijs en onderzoek. Private ziekenhuizen hebben meer mogelijkheden om inkomsten te vergroten. **Voor artsen kan de private sector daardoor financieel aantrekkelijker zijn**. Om artsen in de publieke ziekenhuizen te behouden zijn financiële prikkels ingebouwd.
- Er is **weinig sprake van concurrentie tussen ziekenhuizen**, dit doet zich wel voor bij private ziekenhuizen. Er zijn ziekenhuizen die zich specialiseren op een bepaald gebied, **de meeste ziekenhuizen zijn echter gericht op de eigen regio**.

Vastgoed

- De overheid (*State and Territory Government*) is verantwoordelijk voor de infrastructuur en financiering van publieke ziekenhuizen. Er is sprake van een **trend richting Publiek Private Samenwerking** voor nieuw te bouwen ziekenhuizen.
- Private ziekenhuizen zijn in handen van private ondernemingen of *not-for-profit*

organisaties. Zij zijn verantwoordelijk voor de investering in de eigen infrastructuur, maar moeten wel voldoen aan regelgeving van de overheid (*Federal Government*).

Arbeidsmarkt

- Australië heeft een bovengemiddeld aantal buitenlandse artsen en lager dan gemiddeld aantal medicijnstudenten per 1.000 artsen. Australië verwacht een **toenemende vraag naar en toenemend tekort aan zorgpersoneel**.^{III}
- Onderdeel van hervormingen van het zorgstelsel in Australië is het **onderzoeken van mogelijkheden voor taakherschikking en het meer en beter benutten van praktijkondersteuners** (*practice nurses*).

Kwaliteit

- Een onafhankelijke autoriteit (*National Health Performance Authority*) is in **oprichting om prestatie indicatoren te ontwikkelen en te rapporteren over de prestaties van ziekenhuizen** en andere zorgvormen. De overheid zal daarnaast blijven werken aan de ontwikkeling van prestatie indicatoren en het publiceren van informatie op My Hospitals.
- Vanaf 1 juli 2012 worden ziekenhuizen betaald op basis van activiteiten. De prijs per activiteit wordt bepaald door een onafhankelijke autoriteit (*Independent Hospital Pricing Authority*). **Een efficiënte prijsstelling, gecombineerd met indicatoren op veiligheid, kwaliteit en toegang tot zorg moet leiden tot verbetering** van de ziekenhuiszorg.

ICT

- Australië ontwikkelt een nationaal e-health systeem waaronder een **door de patiënt gecontroleerd elektronisch patiëntendossier**.
- Op dit moment werken individuele ziekenhuizen of regio's met eigen ICT systemen, wisselend van kwaliteit en detailniveau. Een voorbeeld van een dergelijke toepassing is het elektronisch uitwisselen van gegevens (met toestemming van de patiënt) als onderdeel van een e-verwijzingsproces.

I PHIAQ March 2010 Quarterly report

II AIHW National Health Expenditure

III International Migration Outlook, OECD, 2007

2. Canada

Overzicht van het ziekenhuis landschap

In Canada is vrijwel iedereen via het verplichte Canadese nationale verzekeringssysteem verzekerd tegen ziektekosten. De premie wordt gefinancierd vanuit de provinciale belastingen. In totaal zijn er 13 provincies met elk hun eigen verzekeringsplan.

Het Canadese gezondheidszorgsysteem is een gedeelde nationale en provinciale verantwoordelijkheid. Ziekenhuiszorg in Canada is publiek verzekerd krachtens de *Canada Health Act (CHA)*. In de *Canada Health Act* zijn criteria en voorwaarden vastgelegd waaraan de provinciale gezondheidszorg(verzekering) moet voldoen.

In Canada zijn 1.365 ziekenhuizen, waarbij een onderverdeling wordt gemaakt in academische ziekenhuizen, *community* ziekenhuizen met spoedzorg faciliteiten, post acute zorg ziekenhuizen en ziekenhuizen voor langdurige zorg. Ook zijn er een aantal private ziekenhuizen, deze zijn kleinschalig en gericht op specifieke operaties met korte opnameduur. Van de totale zorgkosten ging in 2008 28,7% naar de ziekenhuiszorg.¹

Overzicht Canada	
Aantal inwoners ^{II}	34.278.406
% verzekerden	100%
Type systeem	Verplichte ziektekostenverzekering en optioneel particulier
Zorgkosten ^{III} (2008)	CAN\$ 171,8 miljard
% BBP voor zorg	11,7% schatting 2010
Aantal ziekenhuizen	1.365

Algemene trends

- De laatste jaren is in Canada aandacht voor de overgang van acute zorg naar meer *community-based* zorg. Het aantal ziekenhuisbedden per inwoner is verlaagd door kortere opnameduur en de toename van dagbehandelingen. **Als gevolg van de vergrijzing wordt een tekort aan ziekenhuisbedden verwacht.** Om dit probleem te ondervangen zijn er initiatieven op lokaal overheidsniveau voor verticale integratie van acute zorg ziekenhuizen met post acute zorg ziekenhuizen en community zorgorganisaties.
- De meeste ziekenhuizen zijn non-profit organisaties. **De overheid houdt een groei van private ziekenhuizen met een winst-oogmerk tegen.**
- In het laatste decennium heeft zich in Canada een trend ontwikkeld naar de decentralisatie van financiering en een centralisatie van de organisatie van ziekenhuizen.

Financiën

- De zorg in Canada wordt voor 70,6% gefinancierd vanuit publiek kapitaal en voor 29,4% uit privaat kapitaal.^{III}
- **De meeste Canadese provincies hebben een regionaal verticaal geïntegreerd zorg-systeem** met regionale zorginstanties (*Regional Health Authorities*). In de twee dichtstbevolkte provincies zijn de zorgaanbieders niet verticaal geïntegreerd. Zij worden gefinancierd vanuit de regionale gezondheidsnetwerken (*Local Health Intergration Networks*).
- **Een aantal provincies waaronder Canada's grootste hebben een prestatie bekostigingsysteem ingevoerd.** Dit heeft tot doel de efficiëntie te verhogen, wachttijden te verkorten en de service te verbeteren. Maar in principe worden de ziekenhuizen gefinancierd door middel van een *block-funding*.

- Er zijn een aantal provincies die een soort *activity-based* costing model invoeren. Hierbij worden **kosten per patiënt toegevoegd**. Er wordt onderzocht of het mogelijk is dit samen te laten gaan met bonussen voor geleverde kwaliteit.

Vastgoed

- De ziekenhuisgebouwen worden voornamelijk gefinancierd vanuit provinciale overheidsmiddelen. **Momenteel is een trend te zien richting investeringen door derde private partijen voor de financiering van vastgoed en voorzieningen.**

Arbeidsmarkt

- **Artsen worden betaald door de provinciale overheid middels fee-for-service.** Hierin is geen verschil te zien tussen artsen werkzaam in privéklinieken of publieke ziekenhuizen. Sommige artsen zijn in loondienst van het ziekenhuis maar dit is niet standaard. Over het algemeen moeten artsen hun eigen ruimte huren in het ziekenhuis.
- **In academische ziekenhuizen is een trend zichtbaar voor de ontwikkeling van een alternatieve uitbetalingswijze.** Artsen voegen hun inkomen samen en verdelen dit om op deze wijze meer geld beschikbaar te krijgen voor onderzoek en onderwijsactiviteiten.
- **Er wordt een tekort verwacht aan zorgpersoneel in de aankomende jaren,** dit wordt toegeschreven aan de vergrijzing. De overheid heeft sinds kort maatregelen genomen om het aantal toelatingen tot de geneeskundeopleidingen te vergroten. Daarnaast worden nu ook buitenlandse artsen toegelaten op de arbeidsmarkt.
- **Het aantal nurse practitioners is significant toegenomen.** In Ontario is nu ook assistent-arts erkend als professie.

Kwaliteit

- Door de financiering van ziekenhuizen door middel van het *block-funding systeem* vindt er vrijwel geen competitie plaats tussen de ziekenhuizen. Dit zal mogelijk veranderen wanneer *episode-based* betalingen ingevoerd gaan worden. Dit systeem (**episode-based**), **vergoedt alleen de verwachte kosten van zorg op basis van standaard behandelingen**. Deze plannen worden nog verder uitgewerkt naar verwachting zullen de eerste trials dit jaar plaatsvinden.
- **In Canada zijn ziekenhuizen verplicht kwaliteitsgegevens te rapporteren**. Dit wordt gedaan om prijzen te controleren. Sommige ziekenhuizen voegen vrijwillig andere kwaliteitsindicatoren toe, zoals de tevredenheid van patiënten en wachttijden.

ICT

- Er zijn diverse ontwikkelingen voor het gebruik van e-health in de ziekenhuiszorg. **De nationale overheid heeft een fonds opgericht om e-health projecten in het gehele land te financieren**.
- In ziekenhuizen wordt gebruik gemaakt van elektronische opslag van patiëntgegevens, dit is nog in de implementatiefase. Enkele ziekenhuizen maken al volledig gebruik van ICT voor het patiëntendossier. **Ook zijn er ontwikkelingen voor een landelijk elektronisch patiëntendossier**. Een van de belangrijkste drijfveren in Canada voor de toepassing van ICT is patiëntveiligheid.

I Health Canada, www.hc-sc.gc.ca

II Statistics Canada, January 2011

III Canadian Institute for Health Information, 2008

3. Verenigde Staten

Overzicht van het ziekenhuislandschap

Het zorgverzekeringsstelsel in de Verenigde Staten is vooral gefinancierd vanuit de private sector. Private zorgverzekeringen worden voornamelijk aangeboden door werkgevers. Hiernaast bestaan publieke zorgverzekeringprogramma's, gefinancierd vanuit de overheid. De drie belangrijkste zijn: *Medicare*, *Medicaid* en *Military healthcare*.

Medicare wordt gefinancierd door de nationale overheid en biedt een zorgverzekering aan voor mensen die aan bepaalde criteria voldoen (bijvoorbeeld voor 65-plussers). *Medicaid* is in beheer van de (deel)staten, maar wordt gefinancierd op staats- en nationaal niveau. Deze publieke verzekering is voor mensen met een laag inkomen. In totaal is 14,1% van de Amerikaanse bevolking verzekerd bij *Medicaid*. De *Military healthcare* zorgverzekering is in beheer van het ministerie van defensie. Deze zorgverzekering is voor dienstplichtige en gepensioneerde militairen vanuit alle militaire branches. Zij verzekeren 3,7% van de bevolking.

In maart 2010 is er door het huis van afgevaardigden ingestemd met het nieuwe zorgplan van president Barack Obama. In dit nieuwe zorgplan is een ziektekostenverzekering een wettelijk recht. Elke staatsburger is verplicht een ziektekostenverzekering af te sluiten en de verzekeringsmaatschappijen zijn verplicht iedereen te accepteren.

Overzicht de Verenigde Staten	
Aantal inwoners ^I	309.050.816 (half 2010)
% verzekerden ^{II}	83,3%
Type systeem	Combinatie van publieke (30,6%), private verzekering (63,9%) en verzekerd via de werkgever
Zorgkosten ^{III}	US\$2.486,3 miljard (2009)
% BBP voor zorg ^{IV}	17,6% (2009)
Aantal ziekenhuizen	6.052

In 2008 waren er 6.052 ziekenhuizen met in totaal 942.710 bedden in de Verenigde Staten. Acute zorg ziekenhuizen hebben in totaal het grootste volume met 908.000 bedden. Tussen 2003 en 2008 is het aantal ziekenhuisbedden met 0,2% afgenomen. In algemene ziekenhuizen en de langdurige zorg is juist een stijging van het aantal bedden te zien van 20.000 naar 23.000 in dezelfde periode.

Algemene trends

- Thema's welk een dominante rol spelen in het Amerikaanse zorgsysteem zijn: **“do better with less”, kosten, kwaliteit en toegankelijkheid.**
- In maart 2010 heeft president Barack Obama een tienjarig wetsvoorstel van US\$938 miljard getekend voor een hervorming van het Amerikaanse zorgsysteem. Het doel is om **een zorgverzekering voor de onverzekerde te generen en het budgettekort te reduceren.**
- Medicare en Medicaid blijven voorlopig nog bestaan als verzekering voor ouderen en de mensen met een minimuminkomen. Wel zal hierin bezuinigd worden. Artsen rekenen nu vaak hoge tarieven voor zorg via deze zorgverzekeringen.

- In de huidige situatie verhogen zorgverzekeraars hun polissen steeds verder in prijs. Ook **weigeren de zorgverzekeraars mensen die al ziek zijn.** Dit moet ondervangen worden door het nieuwe zorgsysteem.
- Het aantal ambulante chirurgische centra is de afgelopen jaren snel gegroeid met 4,1%. Ook **het aantal poliklinische faciliteiten is gestegen met 1,6%** tussen 2003 en 2008. Niet alle zorg vindt nog standaard plaats in het ziekenhuis.
- **Op 1 oktober 2013 zal het ICD-10 (International Classification of Disease)** ingevoerd worden. Met dit systeem worden diagnoses en verrichtingen geregistreerd. Dit systeem zal informatie opleveren om het diagnoseproces, behandelingen en het management in de zorg meer inzichtelijk te maken en te optimaliseren.

Financiën

- Veel van de zorgfaciliteiten in de Verenigde Staten zijn in eigendom van private partijen. De nationale overheid, de staten en de lokale overheid hebben ook verschillende faciliteiten in handen. **Het aandeel van non-profit ziekenhuizen is al jaren stabiel en bedraagt ongeveer 70%**, dit kunnen publieke of private ziekenhuizen zijn. Daarnaast bestaan ook private ziekenhuizen met een winstoogmerk.
- **Er wordt verwacht dat het huidige fee-for-service model zal transformeren naar een value-based** inkoop waarbij prestaties van klinische kwaliteit worden beloofd.
- De Verenigde Staten wil **alle staatsburgers in 2016 verplicht ingeschreven hebben bij een zorgverzekering.** Wanneer wordt verzuimd wordt er een boete van 2,5% van het inkomen opgelegd.

- Bedrijven met meer dan 50 **werknemers die geen zorgverzekering aanbieden krijgen in het nieuwe zorgstelsel boetes opgelegd.**
- **Vanaf 2018 wil de overheid een belasting op zorgverzekeringsspolissen die dure zorg vergoeden invoeren.** Ook wel de Cadillac tax genoemd. Het doel is hiermee de kosten voor dure zorg in te perken.
- **Veel artsen menen dat het Amerikaanse zorgstelsel duur is, omdat de claimcultuur ze dwingt overbodige onderzoeken te doen.** Onafhankelijke deskundigen beamen dit.

Vastgoed

- Publieke ziekenhuizen worden gefinancierd door een stad of een staat. Private ziekenhuizen maken voor de financiering van investeringen gebruik van privaat kapitaal.
- Non-profit ziekenhuizen ontvangen vaak giften en worden zo vrijgesteld van eigendomsbelasting van het vastgoed.

Arbeidsmarkt

- **In 2020 wordt een tekort verwacht van meer dan 800.000 verpleegkundigen.** De oorzaak hiervoor is een tekort aan docenten waardoor minder studenten toegelaten worden tot de opleiding verpleegkunde.
- **Magnet Hospitals zijn ziekenhuizen die de personeelstekorten aanpakken door imagoverbetering** bij (potentiële) werknemers. Deze ziekenhuizen met een aanzuigende werking kennen een hogere arbeidstevredenheid onder verpleegkundigen.

Kwaliteit

- **De HQA, het ziekenhuiskwaliteitsverbond, is een nationaal publiek en privaat initiatief om informatie over de prestaties en de kwaliteit van ziekenhuizen te rap-**

porteren. Deelnemende ziekenhuizen geven hun data aan het *Clinical Data Warehouse*.

- Het Amerikaanse *Department of Health & Human Services* stelt op internet een database beschikbaar waarin men ziekenhuizen kan vergelijken. De database wordt per kwartaal (en voor een aantal gegevens per jaar) geüpdate. De input is onder andere afkomstig van het *Clinical Data Warehouse*, een online onderzoek, resultaten van de inspectie, sterftecijfers en patiëntenervaringen.
- In de Verenigde Staten is er al jaren sprake van **marktwerking in de zorg. Publieke ziekenhuizen lopen over met onverzekerde patiënten.** Patiënten die willen betalen voor zorg of goed verzekerd zijn maken gebruik van het zorgaanbod van private ziekenhuizen en klinieken. De natuurlijke marktwerking zal mogelijk veranderen wanneer betalingssystemen veranderen en de transparantie toeneemt.

ICT

- Alle 50 staten zullen van start gaan met de implementatie van een zorginformatie-uitwisselingssysteem. Om dit te realiseren zijn door de overheid subsidies ter beschikking gesteld.
- In de Verenigde Staten wordt in zekere mate gebruik gemaakt van **outsourcing in de zorg. Radiodiagnostisch materiaal wordt bijvoorbeeld al beoordeeld door artsen in India, Israel en Australië.** Dit fenomeen heet ‘*nighthawking*’ omdat vooral ’s nachts hier gebruik van wordt gemaakt zodat een arts in een andere tijdzone de beelden overdag kan beoordelen.
- **Stanford Hospitals bouwt aan een nieuw innovatief ziekenhuis in samenwerking met onder andere Apple, eBay, Oracle en HP.** Deze partijen investeren US\$ 150 miljoen in de aankomende tien jaar

om dit nieuwe ziekenhuis te bouwen. Het doel is een model te ontwikkelen waarbij patiëntgerichte en technologisch geavanceerde zorg centraal staat.

- I <http://www.census.gov/popest/eval-estimates/eval-est2010.html>
- II <http://www.census.gov/prod/2010pubs/p60-238.pdf>, 2009
- III Centers for Medicare & Medicaid Services, NationalHealthExpendData, 2009
- IV College bouw ziekenhuisvoorzieningen. <http://www.bouwcollege.nl/Pdf/Organisatie%20en%20Financiering/ut569.pdf>

4. Japan

Overzicht van het ziekenhuislandschap Japan heeft een universele zorgverzekering welke publiek gefinancierd wordt. Patiënten betalen voor de zorgkosten een eigen bijdrage van 30% aan het ziekenhuis (voor mensen ouder dan 70 jaar is dit lager, 10% tot 20%). De resterende kosten worden gefinancierd vanuit verzekeringspremies betaald door de verzekerden en de werkgevers en subsidies vanuit de nationale en lokale overheid.

Japanse ziekenhuizen worden zowel door publieke als private ondernemingen geëxploiteerd. Ziekenhuizen bieden spoedzorg, reguliere zorg en langdurige zorg voor chronisch zieken aan. Het 'regionale gezondheidszorg plan' is verantwoordelijk voor het zorgnetwerk van de regio, zij reguleren het aantal ziekenhuisbedden. Er wordt gewerkt met medische zones. Per medische zone is een limiet vastgesteld voor het aantal ziekenhuisbedden.

Japan heeft 79 publieke en private opleidingsziekenhuizen, drie medische centra in eigendom van de overheid, 228 regionale ziekenhuizen welke vooral spoedeisende zorg verlenen en nog 8.484 algemene ziekenhuizen. In totaal zijn er 287.000 artsen en 1.252.000 verpleegkundigen werkzaam in deze ziekenhuizen en klinieken.

Overzicht Japan	
Aantal inwoners ^I	127.970.000
% verzekerden ^{II}	100%
Type systeem	Verplichte publieke verzekeringen, en zeer beperkte aanvullende verzekeringen.
Zorgkosten ^{III}	JPY¥ 34,1 miljard (2007)

Overzicht Japan	
% BBP voor zorg ^{IV}	8,1%
Aantal ziekenhuizen	8.794

Algemene trends

- Japan heeft een ten opzichte van andere OECD landen een hoog gemiddelde van het aantal ziekenhuisbedden en een relatief lange opnameduur. **De overheid heeft als doel de zorgkosten in te perken door onder andere een afname van het aantal ziekenhuisbedden.** Dit willen zij doen door een verschuiving van de tweedelijnszorg naar de eerstelijnszorg. Daarnaast ligt de focus op preventie en gezondheidsverandering-programma's. Maatregelen die de overheid neemt om dit te bereiken zijn:
 1. **Economische incentives voor aanbieders in de eerstelijnszorg**
 2. De in 2000 geïmplementeerde publieke Long-term *Care Insurance* separaat van de publieke *Medical Care Insurance*
 3. **De verandering in het preventiebeleid en het gezondheidsbegeleidingssysteem om een gezonde leefstijl te bevorderen ter preventie van welvaartsziekten.**
- De overheid wil **een nauwere samenwerking tussen de verschillende soorten zorg, van acute zorg tot verpleging** met als doel de kwaliteit van leven te verhogen en een uitgebreider zorgstelsel in de gemeenschap te creëren. Maar ook om de opnameduur in het ziekenhuis te verkorten (met name van de chronisch zieken).

Financiën

- **Private financiering is gelimiteerd.** De verwachting is dat dit in de toekomst voorlopig niet zal veranderen.
- Er zijn publieke en private ziekenhuizen. De private ziekenhuizen worden beheerd door individuele artsen en/of non-profit organisaties. Het is in principe niet toegestaan om

als commercieel bedrijf een ziekenhuis te beheren. **Investerings vanuit private equity zijn niet toegestaan** bij de wet. Hierin zijn momenteel geen verschuivingen te zien.

- **In 2003 zijn zogenaamde vaste prijsafspraken gemaakt voor de (acute) zorg gebaseerd op Diagnostic Procedure Combinations (DPC).** Deze maatregel is genomen om standaardisatie in zorg mogelijk te maken en transparantie te verkrijgen. Wederom wil de overheid met deze maatregel ook de opnameduur van patiënten in het ziekenhuis verkorten. Het DPC systeem is verdeeld in twee componenten, de DPC component en een vergoeding per behandeling. Deze laatste component is voor operatieve ingrepen, anesthesie, kijkoperaties en dergelijke. Het DPC systeem is gebaseerd op een betaling per dag.

Vastgoed

- Het vastgoed is niet altijd in eigendom van de zorgaanbieder.
- Publieke en private ziekenhuizen investeren naar eigen inzicht in hun infrastructuur. **Er wordt verwacht dat in de toekomst private investeringen in vastgoed toe zullen nemen.**

Arbeidsmarkt

- In bepaalde medische specialismen is er **een serieus tekort aan artsen**, zoals in de verloskunde, gynaecologie en in de (spoed) kindergeneeskunde. Maar ook in afgelegen gebieden is er een tekort aan artsen. Maatregelen die hier op inspelen zijn onder andere meer artsen opleiden en het verbeteren van de arbeidscondities voor artsen.
- De werklust van de artsen is zwaar, **er worden initiatieven genomen om meer gebruik te maken van gespecialiseerd**

verpleegkundigen om zo de werklust van artsen te verlichten.

- Door het grote aanbod van ziekenhuisbedden in Japan zijn er significant minder artsen per bed beschikbaar dan in andere OECD landen.
- **Artsen en verpleegkundigen in Japan binden zich meer aan stedelijke gebieden dan aan plattelandsgebieden.** Deze onevenwichtige verdeling wordt een grote sociale kwestie.
- Artsen zijn veelal in loondienst van de ziekenhuizen, zelfstandig ondernemende artsen komen weinig voor in Japan.

Kwaliteit

- **Door het overaanbod aan ziekenhuiszorg bestaat er competitie tussen de ziekenhuizen.** De verwachting is dat deze competitie in de nabije toekomst niet af zal nemen aangezien de overheid inspanningen verricht om verdere specialisatie van ziekenhuizen te versoepelen. Nu is het zo dat zelfs de kleine ziekenhuizen geavanceerde operaties kunnen uitvoeren.^{II}

ICT

- In de huidige situatie **in Japan wordt e-health beperkt gebruikt.** ICT mogelijkheden zijn voornamelijk voorbehouden aan arts-tot-arts communicatie. Andere toepassingen van e-health tussen artsen en patiënten zijn nog in de experimentele fase.
- **Een goed voorbeeld van het gebruik van ICT is teleradiologie.** Een arts op een andere locatie beoordeelt röntgenfoto's en scans.
- De nationale overheid heeft plannen om e-health meer te promoten. **In de toekomst wordt verwacht met de toepassing van**

e-health de zorgkosten te kunnen reduceren.

- Er bestaan een aantal ICT projecten in ziekenhuizen om de kwaliteit te verhogen, voorbeelden hiervan zijn het delen van medische gegevens met apothekers, huisartsen en thuiszorgverpleegkundigen in dezelfde regio.

- I Afkomstig uit verkregen gegevens van KPMG Japan
- II Health resource reallocation by casemix data in Japan
K Fushimi, S Matsuda, BMC Health Services Research 2009.

5. Verenigd Koninkrijk

Overzicht van het ziekenhuislandschap

De verantwoordelijkheid ten aanzien van de gezondheidszorg in het Verenigd Koninkrijk ligt bij het ministerie van gezondheid. De National Health Service (NHS) is het publiek gefinancierde gezondheidszorgsysteem. De NHS biedt eerstelijnszorg, ziekenhuiszorg, oogheelkunde en tandheelkunde aan. Deze zorg is gratis toegankelijk voor alle permanente inwoners van het Verenigd Koninkrijk. De NHS is verantwoordelijk voor 86% van de totale gezondheidszorgkosten. Deze kosten worden voornamelijk gefinancierd uit belastinggeld (76%). De NHS heeft hiernaast ook inkomsten vanuit de nationale verzekeringspremies (19%) en gebruikerskosten (5%).

Een mix van non-profit verzekeraars en andere verzekeraars voorziet in vrijwillige aanvullende particuliere ziektekostenverzekeringen. Particuliere verzekeringen bieden een keuze in specialisten aan, vermijden wachtlijsten voor chirurgische ingrepen en hebben hogere normen ten aanzien van privacy en comfort. Tevens is het mogelijk dat patiënten zelf de kosten betalen voor gezondheidszorgdiensten, bijvoorbeeld voor zorg in de private sector.

Er zijn in totaal 359 publieke en 180 privéziekenhuizen in het Verenigd Koninkrijk.

Overzicht Verenigd Koninkrijk	
Aantal inwoners ^I	61.792.000 (medio 2009)
% verzekerden	13% is vrijwillig verzekerd
Type systeem	Zorg wordt gedekt door de NHS en particuliere verzekeringen.

Overzicht Verenigd Koninkrijk	
Zorgkosten ^{II}	£125,4 miljard (2008)
% BBP voor zorg ^{III}	8,7% (2008)
Aantal ziekenhuizen ^{IV}	539

Algemene trends

- De NHS heeft voorgesteld om de bovengrens van inkomsten verkregen uit de private sector af te schaffen. Hierdoor wordt verwacht dat de **opening van nieuwe afdelingen voor particulier verzekerde patiënten en patiënten die de zorgkosten zelf betalen (PPU's)** snel zal groeien.
- Een aantal NHS ziekenhuizen (Hammersmith Hospitals en Royal National Orthopedic Hospitals) is begonnen met **het opzetten van deze nieuwe PPU's om zorgtoeristen te trekken met een 'luchthaven-naar-ziekenhuisbed service'**.
- Vanaf 2003 is het mogelijk om zelfstandige behandelcentra op te starten (ISTCs Programma). Het doel is om de wachtlijsten in te korten en een focus op **meer patiëntgerichte zorg**.
- De overheid is momenteel bezig met ontwikkelingen om de gezondheidszorg en het NHS landschap efficiënter te maken en kosten te reduceren. Dit zal onder andere gedaan worden door **meer samenwerking tussen de ziekenhuizen en de sociale zorg**.

Financiën

- NHS ziekenhuizen worden gefinancierd door de overheid. De private sector wordt gefinancierd door particuliere verzekeringen, directe betalingen door de patiënt of publieke financieringen uit *Primary Care Trusts* en het ministerie van gezondheid, dit in principe alleen voor de acute zorg.

De focus voor de toekomst ligt op meer patiëntgerichte zorg.

- **Er wordt een minimale stijging verwacht in de gezondheidszorgbudgetten.** De begroting voor de gezondheidszorg voor 2010/2011 bedraagt £98,7 miljard. Voor 2014/2015 is de begroting ingezet op £109,8 miljard.
- De overheid heeft het plan om meer efficiënt gebruik te maken van de gezondheidszorg door het reduceren van de NHS managementkosten. **De verwachting is dat NHS management kosten gereduceerd kunnen worden met € 953,7 miljoen tot 2014.**
- **BUPA is de grootste private zorgaanbieder in het Verenigd Koninkrijk.** Zij bieden een particuliere zorgverzekering, thuiszorg en specialistische zorg voor dementerenden aan. Zij worden gevolgd door AXA PPP Healthcare met een netwerk aan 250 ziekenhuizen en 400 radiodiagnostische centra.

Vastgoed

- NHS ziekenhuizen zijn in eigendom van de overheid.

Arbeidsmarkt

- De overheid waaronder het ministerie van gezondheid is verantwoordelijk voor de planning en beschikbaarheid van zorgpersoneel in de toekomst. Tussen 1999 en 2004 is het aantal artsen met 21% toegenomen. **De nationale en internationale concurrentie voor het verkrijgen van goed personeel wordt verwacht toe te nemen in de aankomende jaren.**
- NHS artsen zijn in loondienst van de NHS. Dit is lang ongewijzigd geweest totdat er voorstellen werden ingediend bij de Labour Government in 2003. **Betalingen per**

behandeling zijn ingevoerd met als doel de productiviteit toe te laten nemen. Ook is er geen restrictie meer voor het inkomen wat NHS artsen eventueel verkrijgen uit de private sector.

- **Een trend die al enige tijd is ingezet is het uitbreiden van het takenpakket van de verpleegkundigen.** Verpleegkundigen worden breder betrokken bij het leveren van adequate behandeling en diagnostiek (waarbij de arts eindverantwoordelijk blijft).

Kwaliteit

- De Care Quality Commission (CQC) controleert de door de NHS geleverde zorg.
- Uiterlijk in 2013/2014 zullen patiënten vrijheid krijgen in het kiezen van hun zorgaanbieder binnen NHS gefinancierde zorg. Dit zal bijdragen aan **meer concurrentie in de zorg, hierdoor wordt ook efficiëntere zorg verwacht.**
- **De NHS ziekenhuizen moeten efficiënter worden om de kosten te reduceren,** maatregelen hebben er toe geleid dat de opname-duur van patiënten korter is geworden.

ICT

- **Er wordt verwacht dat er steeds meer gebruik gemaakt zal gaan worden van consult op afstand en thuis monitoren van patiënten.**
- In het Verenigd Koninkrijk heeft de overheid een Nationaal IT programma (NPfIT) opgezet. Er is tot 2014 £12,6 miljoen beschikbaar voor vier IT projecten welke moeten zorgen voor:
 1. **Geïntegreerde medisch patiënten gegevens;**
 2. **Elektronisch voorschrijven van medicatie;**
 3. **Het online maken van afspraken;**

4. Een New National Network (N3 Project).

- Er zijn ontwikkelingen om een EPD in te voeren. Andere ontwikkelingen zijn zelfdiagnose en telemonitoring. Deze ontwikkelingen moeten een bijdrage gaan leveren aan het inkorten van de wachtlijsten, de patiëntveiligheid en de patiëntervaringen. Momenteel worden trials gedaan op drie locaties (Newham, Cornwall en Kent).

- I Office for National statistics, www.statistics.gov.uk
- II Haynes J. Expenditure on healthcare in the UK. London, Office for National Statistic, 2010
- III Health Systems in Transition, England, Vol. 13 No. 1, Seán Boyle. 2011
- IV Healthcare in Europe, KPMG 2008

6. Duitsland

Overzicht van het ziekenhuislandschap

In Duitsland is iedereen in principe verplicht verzekerd voor zorg. Het verzekeringssysteem bestaat uit een verplichte ziektekostenverzekering en een vrijwillige particuliere ziektekostenverzekering. (*Bismarck model 1883*).

Van de totale uitgaven voor de gezondheidszorg is 57% gefinancierd vanuit de verplichte ziektekostenverzekering, 9% vanuit particuliere verzekeringen, 12% door de particuliere huishoudens en 9% publiek door de 16 deelstaten van Duitsland, (*Bundesländer*).

Overzicht Duitsland	
Aantal inwoners ^I	81.802.000
% verzekerden ^{IV}	+/- 90%
Type systeem ^{II}	Combinatie van publieke (88%) en private verzekering
Zorgkosten ^{III}	€ 278.345 miljoen (2009)
% BBP voor zorg ^{II}	10,7%
Aantal ziekenhuizen	2.084

In 2009 waren er in Duitsland 2.084 ziekenhuizen, waarvan 1.780 algemene ziekenhuizen en 35 universitaire ziekenhuizen. Er is een onderverdeling te maken in drie categorieën:

- Publieke ziekenhuizen, bestuurd door de lokale overheid;
- Vrijwilligersziekenhuizen, georganiseerd door kerken of non-profit organisaties;
- Private ziekenhuizen.

Van alle ziekenhuizen is 31% publiek en 32% privaat gefinancierd. Hiernaast zijn 37% van de ziekenhuizen non-profit organisaties. In Duits-

land is het totaal aantal ziekenhuizen de laatste 16 jaar met 13% afgenomen.

Algemene trends

- In 2004 is in Duitsland bekostiging ingevoerd op basis van DRG's (*Diagnostics related groups*). **De G-DRG's zorgen voor meer concurrentie tussen ziekenhuizen en bevorderen economisch efficiënter werken.** Als effect van deze invoering is ook de lengte van de opnameduur van patiënten in het ziekenhuis korter. Daarentegen is het aantal poliklinische patiënten gestegen.
- **Sinds 2008 is het ziekenhuizen toegestaan hun poliklinische behandelingen uit te breiden.** De strikte grenzen welke eerst aanwezige waren tussen klinische en poliklinische zorg worden hierdoor kleiner.
- Er wordt verwacht dat het aantal ziekenhuizen in Duitsland zal blijven afnemen de komende jaren. Ziekenhuizen sluiten of fuseren. **Tot 2015 wordt een afname van de ziekenhuiscapaciteit met 25% verwacht.**
- In Duitsland is een verandering te zien in de samenstelling van het ziekenhuislandenschap. **Het aandeel van private ziekenhuizen is langzaam toegenomen sinds 1991 en zelfs verdubbeld tot 2007.** In dezelfde periode is het aantal publieke ziekenhuizen gedaald.
- Door de onzekere economie zal het publieke aandeel in ziekenhuizen afnemen. Ziekenhuizen hebben kapitaal nodig voor investeringen, zoals gebouwen en uitrusting. Privaat kapitaal is hier een oplossing voor. **Het aandeel van grote private zorgaanbieders zal toenemen.** Voorbeelden van ziekenhuizen in Duitsland waar de zorg geleverd wordt door private partijen zijn Helios Kliniken GmbH, Rhön Klinikum AG, Asklepios Kliniken GmbH. De Rhön Klinikum heeft bijvoorbeeld een publiek

ziekenhuis opgekocht en hervormd tot een privaat ziekenhuis.

- **Er is een trend zichtbaar waarbij verpleegkundigen meer taken van de arts overnemen.** Om deze reden is een nieuwe opleiding tot assistent-arts geïmplementeerd.

Financiën

- De huidige financiering van ziekenhuizen is gebaseerd op een duaal systeem:
 1. Kapitaalkosten: op verzoek van de ziekenhuizen worden deze gefinancierd door de Duitse deelstaten (*Bundesländer*). Dit gebeurt op basis van het opgestelde ziekenhuisplan.
 2. Exploitatiekosten worden gefinancierd door de ziekenfondsen. De betaling is gebaseerd op het DRG-systeem.
- **Ziekenhuizen breiden hun poliklinische zorg uit, hierdoor ontstaat competitie met andere poliklinische en ambulante zorgaanbieders.** Huisartsen zien dit als een negatieve ontwikkeling.
- Het gezondheidszorgbeleid laat geregleerde competitie toe. **Het doel is om met een vorm van geregleerde competitie de zorgkosten te verminderen.**

Vastgoed

- De kosten voor het vastgoed van de ziekenhuizen worden gefinancierd door de Bundesländer. **De huidige trend is dat voor het vastgoed steeds meer bekostigd wordt vanuit privaat kapitaal.**

Arbeidsmarkt

- **In 2009 was het aantal artsen in Duitsland gestegen.** In totaal woonden er eind 2009, 429.926 artsen in Duitsland, 325.945 artsen waren praktiserend. Hiervan werkten 158.223 artsen in de ziekenhuizen.^{IV}

- Er wordt een tekort aan artsen gezien in de poliklinische zorg in de plattelandsgebieden. **In 2015 verwacht men in de ziekenhuizen en verpleeghuizen een tekort van 112.000 verpleegkundigen.** Er zijn plannen om de opleiding voor verpleging in ziekenhuiszorg en ouderen- en kindergeneeskunde samen te voegen.

Kwaliteit

- **Patiënten hebben vrijheid in het kiezen van zorg,** hierdoor bestaat competitie tussen de ziekenhuizen. Ook zijn patiënten vrij in het kiezen van hun verzekeringsaanbieder.
- **Sinds 2005 zijn ziekenhuizen verplicht elke twee jaar te rapporteren over hun prestaties, aantal patiënten en diagnoses.** Ook zijn er verplichte benchmarking projecten, deze worden uitgevoerd door het Aqua-Instituut (Instituut voor toegepaste kwaliteitsverbetering en onderzoek in de gezondheidszorg). De verkregen gegevens zijn echter alleen voor intern gebruik. Tevens beschikt elk ziekenhuis over een Quality Management System.

ICT

- **Het elektronisch patiëntendossier is in Duitsland ingevoerd op niveau van het ziekenhuis.** In ziekenhuizen wordt ook steeds meer gebruik gemaakt van elektronische opslag van gegevens.
- **In Duitsland is in 2006 gestart met de invoering van een chipkaart waarop medische gegevens worden opgeslagen, de Elektronische Gesundheitskarte (eGK).** De nationale invoering is gepland in 2011. Deze nieuwe gezondheidskaart dient wettelijk als signatuur en als opslagplaats voor administratieve en medische gegevens. Op de kaart staan onder andere de verzekeringsgegevens en de laatste tien uitgeschreven recepten. De kaart is beveiligd met een

pincode. Er wordt verwacht dat deze kaart een kostenbesparing op zal leveren voor de totale gezondheidszorg.

- I Op 31 december 2009, Statistisches Bundesamt Deutschland
- II Healthcare in Europe, KPMG 2008
- III Federal Health Monitoring, 2009
- IV Deutsche Bundesärztekammer, 2009 www.bundesaerztekammer.de

7. Spanje

Overzicht van het ziekenhuis landschap

In Spanje heeft iedereen toegang tot het nationaal publieke gezondheidszorgsysteem, dit wordt gefinancierd uit belastinggeld. Er zijn drie manieren om toegang te krijgen tot zorg, volledig publiek, volledig privaat of een combinatie van beide. Hiernaast bestaat ook private gezondheidszorg. Verzekerde patiënten betalen zorgpremies en hebben toegang tot de ziekenhuizen die tot de betreffende verzekeringsgroep behoren.

Er zijn drie gecombineerde publieke fondsen in Spanje.

Veel ambtenaren (87%) hebben een private verzekering door middel van het *Mutual Fund for State Civil Servants (MUFACE)*. Juristen hebben het *MUGEJUI* en militair personeel het *ISFAS*. Ongeveer 20% van de Spaanse bevolking heeft twee zorgverzekeringen.

In totaal zijn er 919 ziekenhuizen in Spanje. Hiervan zijn er 410 publieke ziekenhuizen en 509 privéziekenhuizen. De privéziekenhuizen hebben 34% van het totaal aantal aan bedden.

Overzicht Spanje	
Aantal inwoners ^I	46.152.925
% verzekerden ^{II}	Bijna 100%
Type systeem ^{II}	Publiek en particulier verzekerd
Zorgkosten	€ 98.789 miljoen (2009)
% BBP voor zorg ^{III}	8,5% (2007)
Aantal ziekenhuizen	919

Algemene trends

- De belangrijkste ontwikkelingen zijn veelal gebaseerd op de **toename van de combinatie publiek en private vennootschappen (PPP)**. Het doel van deze overeenkomsten is gericht op het bereiken van een betere efficiëntie en toegankelijkheid van de publieke gezondheidszorg.
 - **In Spanje is een trend te zien waarbij maatregelen genomen worden om samen met farmaceutische bedrijven de geneesmiddelenkosten te beheren en onder controle te houden.**
 - Er wordt steeds meer gebruik gemaakt van **gecentraliseerde laboratoria voor ziekenhuizen. Deze worden gemanaged door private organisaties.**
 - **Om een betere efficiëntie van zorg te bereiken is een integratie te zien tussen de eerstelijns gezondheidszorgcentra en de gespecialiseerde gezondheidscentra.** Dit moet ook de concurrentie tussen de publieke ziekenhuizen vergroten.
 - **Door lange wachtlijsten en kwaliteitsproblemen neemt het aantal particulier verzekerden toe.** Ook het aantal patiënten dat zelf de zorgkosten betaalt neemt toe, ongeveer 24% van de zorgkosten wordt door patiënten zelf gefinancierd.
- ### Financiën
- De zorg in Spanje wordt voor 71,8% gefinancierd vanuit publiek kapitaal en voor 28,2% uit privaat kapitaal (2007).IV
 - In de afgelopen zeven jaar zijn investeringen gedaan in nieuwe faciliteiten en hightech apparatuur, zowel in de publieke als private sector. Vanwege de huidige financiële situatie zijn de investeringen afgenomen, vooral in de publieke sector. **In de toekomst zullen steeds vaker de private instellingen de**

zorgvraag gaan dekken en de wachtlijsten terugdringen.

- **Het aantal PPP modellen zal naar verwachting toenemen, dus meer ziekenhuizen met een gecombineerd publiek en privaat management.**
- In de publieke sector bestaat vrijwel geen concurrentie. In de private sector vindt competitie plaats op het gebied van de individuele private patiënten en de zorgverzekeringen. **Er wordt verwacht dat in de toekomst ook in de publieke sector meer concurrentie plaats gaat vinden** door het toenemende aantal gecombineerde vennootschappen.

Vastgoed

- Publieke ziekenhuizen zijn in principe afhankelijk van regionale en lokale overheden. Sommige private ziekenhuizen zijn in eigendom van niet winstgevende NGO's zoals kerken en het Rode Kruis.

Arbeidsmarkt

- In Spanje waren in 2009 per 1.000 inwoners 3,7 artsen praktiserend.IV.
- **De afgelopen jaren is er een tekort geweest in zorg- en ziekenhuispersoneel.** Er was een specifiek tekort aan radiologen en radiologische laboranten, kinderartsen en een aantal chirurgische specialismen. Momenteel is deze situatie veranderd door de economische crisis en bestaat er een groep zorgpersoneel die op zoek is naar een baan.
- **Als reactie op het tekort aan zorgpersoneel heeft de overheid maatregelen genomen om deze beroepen aantrekkelijker te maken.** Dit hield in dat er meer salaris, bonussen en vakantiedagen geboden werden.

- **Er zijn ontwikkelingen om het takenpakket van verpleegkundigen uit te breiden zodat de werklast van artsen gereduceerd wordt.** Voorbeelden zijn dat verpleegkundigen ook bepaalde recepten mogen uitschrijven en de begeleiding van chronische patiënten doen.
- In de publieke zorgsector zijn artsen in loondienst. Zij ontvangen tevens bonussen onder andere gebaseerd op de lengte van hun dienstverband.

Kwaliteit

- **Patiënttevredenheid wordt gemeten door de financiers.** Door middel van patiëntenquêtes worden vragen gesteld over de service van de ziekenhuizen.
- **Het niveau van service van de ziekenhuizen wordt door de financiers gecontroleerd.**
- Er wordt gebruik gemaakt van prestatie-indicatoren. Hierover zijn overeenkomsten afgesloten tussen ziekenhuizen en financiers.
- **Gegevens over kwaliteit en prestatie van ziekenhuizen worden in principe niet openbaar gemaakt voor patiënten.**
- In Spanje zijn gemiddeld erg lange wachttijden tot een eerste consult met een specialist, 65 dagen. Voor bijvoorbeeld een heupoperatie is een gemiddelde wachttijd van 123 dagen.

ICT

- De trend van e-health wordt als zeer relevant gezien in Spanje. Het ministerie voor volksgezondheid ondersteunt vier belangrijk projecten:

1. De ontwikkeling van een digitale medische geschiedenis;
2. Het elektronisch voorschrijven van geneesmiddelen;
3. Afspraken maken voor een consult via internet;
4. Telemedicine; een medisch consult op afstand en/of het meten van parameters op afstand.

- I Instituto Nacional de Estadística, 1 januari 2011
 II Health care in Europe, KPMG, 2008
 III Health systems in Transition, Spain, 2010
 IV Paris, V., M. Devaux and L. Wei. Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries. OECD Health Working Papers, No. 50, OECD, Publishing, 2010

8. Zweden

Overzicht van het ziekenhuis landschap

De gezondheidszorg in Zweden wordt voor 100% gefinancierd vanuit belastinggelden. Alle burgers hebben gelijke rechten op zorg. Hiernaast zijn er mogelijkheden om vrijwillig te kiezen voor een aanvullende private verzekering (2,3% van de populatie in 2007). Dit wordt voornamelijk gedaan om wachttijd voor een behandeling of operatie te vermijden. Verder betalen patiënten een kleine eigen bijdrage per consult, zowel voor eerstelijnszorg als voor tweedelijnszorg en spoedzorg.

De gezondheidszorg is georganiseerd op drie niveaus:

- Nationaal niveau
- Regionaal niveau
- Lokaal niveau (hoofdzakelijk ouderenzorg)

In totaal zijn er 60 ziekenhuizen in Zweden welke gespecialiseerde zorg en 24-uur spoedzorg aanbieden. Acht van deze ziekenhuizen zijn regionale ziekenhuizen, waarvan zes universitaire ziekenhuizen. Andere type ziekenhuizen in Zweden zijn, county ziekenhuizen (algemene ziekenhuizen), district ziekenhuizen en private ziekenhuizen (2). V, VI

Overzicht Zweden	
Aantal inwoners ^I	9.422.661
% verzekerden	100%
Type systeem	Zorg wordt door de overheid gefinancierd
Zorgkosten ^{II}	€ 30,8 miljoen (2008)
% BBP voor zorg ^{II}	9,2%
Aantal ziekenhuizen VI	+/- 60

Algemene trends

- De ruime **meerderheid van de zorgkosten wordt gemaakt voor ouderen**. De verwachting is dat dit de komende jaren toe zal nemen door de vergrijzing van de populatie in Zweden. Hierdoor worden er in de toekomst problemen verwacht in de financiering van de zorg.
- Er vindt **een verschuiving plaats van de tweede naar de eerste lijn** om de zorgkosten te reduceren. Om deze verschuiving mogelijk te maken krijgen verpleegkundigen uitgebreidere taken en worden specialistische verpleegkundigen ingezet.
- Concentratie van de zorg is onderwerp van debat. Het noorden van Zweden is dunbevolkt, terwijl het aantal gespecialiseerde ziekenhuizen relatief groot is. De verwachting is dat op termijn er op nationaal niveau hiervoor een plan ontwikkeld zal worden. **Om voldoende patiënten te werven gaan ziekenhuizen in de verschillende regio's de concurrentie met elkaar aan**. Door deze competitie tussen ziekenhuizen is er veel aandacht voor de patiëntservice.
- Het gebruik van e-health wordt gestimuleerd om de zorg in de toekomst toegankelijk en betaalbaar te houden. Ook moet e-health bijdragen aan de patiëntveiligheid. **Een nationaal centrum voor e-health is opgericht** om de regionale initiatieven en ontwikkelingen op nationaal niveau te managen en te groten. III
- Een ontwikkeling is dat County Councils zorg in kopen van private zorgaanbieders. ^{VI} **Private partijen hebben ziekenhuizen die specialistische zorg verlenen** in eigendom. Voorbeelden hiervan zijn Capio en Gambro. Door deze ontwikkeling komt concurrentie op gang. Het Capio St. Görans ziekenhuis in Stockholm is een

goed voorbeeld van een Zweeds ziekenhuis in privaat eigendom.

Financiën

- De gezondheidszorg wordt voor 90% publiek gefinancierd, dit is voor 70% afkomstig uit County Councils belastingen en voor 20% afkomstig uit nationale subsidies. De overige **10% van de gezondheidszorgkosten wordt gefinancierd vanuit private bronnen**.
- Academische ziekenhuizen worden voor het universitaire gedeelte op nationaal niveau gefinancierd en voor het zorggedeelte door de regionale overheid evenals de overige ziekenhuizen.
- Er bestaat concurrentie tussen ziekenhuizen. **Patiënten zijn sinds 2003 vrij in het kiezen van zorgaanbieder, medisch specialist en ziekenhuis** in geheel Zweden. Dit onder dezelfde condities als in hun eigen County. Alle ziekenhuizen krijgen betaald per patiënt per consult.

Vastgoed

- Het vastgoed van de meeste ziekenhuizen is volledig eigendom van de County Councils.

Arbeidsmarkt

- Medische opleidingen worden gefinancierd door de overheid, het aantal studenten is gelimiteerd.
- Artsen zijn in loondienst van ziekenhuizen. **In Zweden komt het regelmatig voor dat medici ingehuurd worden via zogenaamde uitzendbureaus**.
- In Zweden zijn **veel internationale artsen werkzaam**. Omgekeerd zijn veel Zweedse artsen praktiserend in Noorwegen.
- **Door de vergrijzing wordt verwacht dat er 30% meer artsen nodig zullen zijn**.

Concrete oplossingen zijn nog niet beschikbaar. Werving is non-stop nodig ook vanwege de hoge uitval door ziekte van zorgpersoneel in deze sector.^{VII}

ontwikkeld en moet voldaan worden aan de privacy wetgeving. .^{IV}

Kwaliteit

- **Om medisch-specialistische zorg te kunnen verlenen is het verplicht een licentie te verkrijgen van de Nationale Raad voor Gezondheid en Welzijn (National Board of Health and Welfare).** De raad heeft twee functies:
 1. Beslissen welke soorten behandelingen worden aangewezen als nationaal medisch-specialistische zorg.
 2. Beslissen welke gezondheidszorgunits nationaal medisch-specialistische zorg aan mogen bieden.

De aanvraag hiervoor dient te verlopen via het desbetreffende County Council. Op deze wijze is het vrij om een ziekenhuis op te richten, mits voldaan wordt aan alle kwaliteitseisen.

- De **overheid bewaakt de kwaliteit van de ziekenhuizen** en is verantwoordelijk voor richtlijnen en standaarden op nationaal niveau. Dit wordt verzorgd door de Swedish Association of Local Authorities (SALAR).
- In Zweden zijn nog **geen sterke patiëntenverenigingen actief.**

ICT

- Patiëntgegevens worden elektronisch opgeslagen bij lokale ziekenhuizen. Er bestaat geen landelijk patiëntendossier. **De verwachting is dat er op korte termijn geen landelijk elektronisch patiëntendossier komt in verband met privacy wetgeving.**
- In Zweden is een nationale strategie voor e-health opgezet door het ministerie voor gezondheid en sociale zaken.^{IV} **Het doel is het op termijn effectief en efficiënt gebruik van e-health.** Om dit mogelijk te maken worden veiligheidsmaatregelen

- I SCB Statistics Sweden 28 Feb. 2011 (<http://www.scb.se/BE0101-EN>)
- II Cijfers zijn afkomstig uit Eurostat 2008
- III Centre for eHealth in Sweden, <http://www.cehis.se/en>
- IV National strategy for eHEALTH in Sweden, 2005
- V Healthcare in Europe, KPMG, 2008
- VI Health care in Sweden, Swedish Institute, 2010
- VII Healthcare in Transition, 2005. <http://www.swedishhealthcare.se>

9. Zwitserland

Overzicht van het ziekenhuis landschap

In Zwitserland is iedereen verplicht verzekerd. Er bestaat een mix tussen publiek (60%) en particulier (40%) verzekerd. Zwitserland bestaat uit 26 deelstaten, kantons. Elke kanton heeft zijn eigen gezondheidssysteem. Er bestaan uitgebreide samenwerkingverbanden tussen deze kantons en de verzekeraars om gezondheidsbevordering te stimuleren.

Zwitserland heeft 313 ziekenhuizen waarvan 129 algemene ziekenhuizen en 184 specialistische ziekenhuizen.

Overzicht Zwitserland	
Aantal inwoners ^I	7.785.800
% verzekerden ^{II}	100%
Type systeem ^{II}	Verplichte verzekering met een mix van publiek en particulier
Zorgkosten ^I	CHF 20.699 miljoen (2008)
% BBP voor zorg ^I	11,6%
Aantal ziekenhuizen ^{III}	313

Algemene trends

- De stijgende kosten zijn aanleiding tot het vormen van nieuwe ideeën voor kostenreductie. Een algemene trend die hierdoor gezien wordt is **kortere opnameduur in het ziekenhuis**.
- Een ontwikkeling is dat er **meer ambulante behandelingen aangeboden worden in plaats van ziekenhuisopnames**. Artsen in onafhankelijke medische praktijken bieden de meeste ambulante zorg aan. Tevens is er een uitgebreid netwerk van thuiszorg.

- **Er is een verschuiving zichtbaar van de tweede lijn naar de eerste lijn, voorname-lijk voor post operatieve zorg.**
- **De druk op de spoedzorg wordt steeds groter**, er is een trend te zien dat patiënten niet meer eerst naar de huisarts gaan maar direct naar de eerste hulp van het ziekenhuis.

Financiën

- **Zwitserland heeft een van de duurste gezondheidszorgsystemen in de wereld. Er is geen echte druk om de kosten te reduceren**, hoewel er vanuit verschillende politieke partijen veel ideeën zijn om zorg goedkoper te maken. Er worden echter geen echte maatregelen genomen.
- Vanaf 2012 zal voor ziekenhuizen het *bekostigingsmodel DRG (Diagnoses Related Groups)* ingevoerd worden. **Er wordt verwacht dat de invoering van het DRG bekostigingssysteem druk zal uitoefenen op inefficiënte ziekenhuizen** waardoor zij moeten sluiten.
- Voor de geplande hervorming van de ziekenhuisfinanciering en de invoering van het DRG systeem moeten ziekenhuizen zich opgeven voor 'een ziekenhuislijst' per kanton. Zorg in de niet geregistreerde ziekenhuizen zal niet meer vergoed worden. **Het doel is het aantal ziekenhuisbeden per kanton te reduceren**. De verantwoordelijk hiervoor ligt bij de kantons. Zowel private ziekenhuizen als publieke ziekenhuizen kunnen op de lijst geregistreerd worden. **Een alternatief is dat ziekenhuizen direct onderhandelen met de particuliere ziektekostenverzekeraars voor hun financiering**.

Vastgoed

- Publieke ziekenhuizen zijn tot nu altijd gefinancierd door de overheid. **Private ziekenhuizen financieren hun eigen gebouwen.** In het nieuwe DGR wordt een premie ingebed welke voldoende moet zijn om de investeringen te onderhouden.

Arbeidsmarkt

- **Er wordt een te kort verwacht aan verpleegkundigen en huisartsen (vooral op het platteland).**
- Het aantal studenten dat toegelaten wordt voor de studie geneeskunde is gelimiteerd om het aantal artsen constant te kunnen houden. In Zwitserland krijgen artsen goed betaald. Dit heeft altijd al artsen aangetrokken vanuit andere Duitstalige landen. **Nu is een trend te zien waarbij ook steeds meer artsen uit niet Duitstalige landen en voornamelijk uit Oost Europa naar Zwitserland komen.**
- **Er is een algemene trend gaande om de opleiding tot verpleegkundige formeler te maken en te laten voldoen aan de eisen van hoger onderwijs.** Dit is enerzijds een goede aanpak om zo hoger opgeleid personeel te krijgen. Anderzijds, veroorzaakt dit een onzekerheid bij verpleegkundigen.
- **Sommige artsen zijn in loondienst van het ziekenhuis. Andere artsen werken voor zichzelf en krijgen betaald voor de operaties die zij uitvoeren.** Vanuit het gezichtspunt van ziekenhuizen bekeken zijn artsen in loondienst altijd beschikbaar. Er wordt altijd gezocht naar een goede balans tussen beiden.

Kwaliteit

- **De kwaliteit van het gezondheidszorgsysteem wordt geclaimd als Europa's beste.** Er is een hoge committent ten aanzien van

de kwaliteit maar dit is eveneens erg kostbaar.

- **Patiënten zijn afhankelijk van hun verzekering wel of niet vrij in het kiezen van een specialist en ziekenhuis.** Patiënten die kiezen voor een verzekering welk afspraken heeft met *HMO's (health maintenance organisation)*, een medische groep, hebben beperkte keuzen voor arts en ziekenhuis. De patiënt kan er voor kiezen om direct naar een *HMO* te gaan voor zorg of een doorverwijzing te vragen bij de huisarts.
- Er is vrijwel geen competitie tussen de ziekenhuizen in Zwitserland. **Met de invoering van het DRG wordt verwacht een duidelijke verschuiving naar meer competitie verwacht.** Door het DGR kunnen prijs en kwaliteit vergeleken gaan worden.
- Doordat elk kanton zijn eigen gezondheids-systeem heeft zijn er barrières om ziekenhuiszorg in een ander kanton te ontvangen. Hierin is een verschuiving gaande, **vanaf 2012 zijn patiënten vrij om te kiezen voor een ziekenhuis in een ander kanton.**
- Patiënten worden regelmatig in het ziekenhuis ondervraagd over service en kwaliteit. Verder is er een kwaliteitscontrolesysteem maar alleen op niveau van diverse kantons.
- **Er is een duidelijke trend te zien dat ziekenhuizen steeds meer kwaliteitsgegevens gaan publiceren.** Een goed voorbeeld is dat van een private ziekenhuisgroep, *Hislanden*.

ICT

- **De overheid stelt maatregelen om de invoering van een elektronische zorgverzekeringkaart mogelijk te maken.** De patiënt kan zelf bepalen welke informatie er wel en niet op de elektronische zorgverzekeringkaart opgeslagen wordt.

- **In Zwitserland wordt nog niet gewerkt met een EPD.** Dit vanwege de strenge regels omtrent de beveiliging van patiëntengegevens.
- **Er is wordt gebruik gemaakt van een beveiligde uitwisseling van gegevens tussen de huisarts en het ziekenhuis.** Dit is niet van toepassing op röntgenfoto's en labuitslagen.

- I Swiss Statistics, Federal Administration (2009)
- II Health care in Europe. KPMG 2008
- III Informatie verkregen van KPMG, Zwitserland

Bijlage II - Een terugblik op de RVZ studie: medisch-specialistische zorg in de toekomst, 2001

In het rapport 'Medisch-specialistische zorg in de toekomst' dat de RVZ uitbracht in 2001, zijn de destijds actuele ontwikkelingen en feiten opgeschreven. In deze bijlage geven wij aan welke trends wel of niet zijn uitgekomen.

(Niet) uitgekomen trends.

Een aantal van de in 2001 geschetste trends heeft zich daadwerkelijk voorgedaan, een aantal is nog steeds actueel en een deel heeft zich (nog) niet voorgedaan. Voor het niet uitkomen van de geschetste trends is een aantal mogelijke verklaringen te geven. Zo hebben de verwachte medisch- technologische ontwikkelingen in de afgelopen tien jaar op diverse vlakken nog niet zo'n grote vlucht genomen als verwacht. Ziekenhuizen innoveren langzamer dan gedacht. Verder hebben trends zich niet altijd kunnen ontwikkelen door beperkingen van wet- en regelgeving. Zo is het nog niet mogelijk zonder doorverwijzing medisch-specialistische zorg te ontvangen, de poortwachtersrol van de huisarts bestaat nog steeds in zijn oude vorm. Andere geschetste visies op de toekomst zijn wel werkelijkheid geworden. In onderstaande tabel geven we een overzicht van de trends.

Uitgekomen	Niet uitgekomen	Nog niet uitgekomen trend, maar wel te verwachten in de toekomst
<ul style="list-style-type: none"> • Het toenemen van keuzevrijheid voor behandeling en specialist. • Door toename aan kennis zijn er veelbelovende ontwikkelingen op het terrein van diagnostiek en behandeling. • Tele-geneeskunde • De koppeling op basis van type instelling, echelon, locaties en professional zijn niet langer vanzelfsprekend. • Taakverschuiving naar gespecialiseerde verpleegkundigen. • Uitgebreidere mogelijkheden voor thuiszorg. • Meer aanbieders toelaten door regeling ZBC's te herzien. • Hoog medisch specialistische zorg concentreren om voldoende kwaliteit te behouden. • Opnameduur in het ziekenhuis wordt korter er komt steeds meer dagverpleging. • De patiënt wordt partner in het zorgproces en wil nadrukkelijk betrokken worden bij beslissingen in dat proces. Hij stelt eisen op het gebied van behandeling, begeleiding, voorlichting en bejegening. 	<ul style="list-style-type: none"> • Wachtlijst problematiek blijft groeien. • Het aantal aanbieders neemt door fusie en schaalvergroting in hoog tempo af. • Patiënten en zorgverzoekers hebben nauwelijks zicht op kwaliteit. • Getherapie • Zorgaanbieders dienen hun aanbod in een 'catalogus van zorgproducten' te omschrijven. • De rol van de medisch specialist zal veranderen naar meer de rol van coach en adviseur, zowel richting patiënt als richting andere hulpverleners. • Medisch-specialistische zorg wordt voor een deel vrij toegankelijk. • De patiënt krijgt een zorgcoördinator wie het zorgproces bewaakt. • Aanbieders van medisch-specialistische zorg dienen zich als ondernemers te kunnen profileren, waarbij zij zowel binnen als buiten (for profit) het publieke domein opereren. • Alle gezondheidsinformatie van een patiënt is op elk moment en elke plaats beschikbaar voor de patiënt en voor elke hulpverlener die daartoe geautoriseerd is. Iedere patiënt heeft een elektronisch medisch dossier, in eigen beheer. 	<ul style="list-style-type: none"> • De echelons zullen met elkaar verweven raken. Er ontstaan combinaties van generalistische en specialistische zorg, dwars door lijnen en instellingen heen. • Netwerkvorming rond academische centra met als doel versterken van landelijke coördinatie op het terrein van onderzoek, opleiding en topzorg. • De verwachting was dat er in de toekomst in Nederland nog 40 grote ziekenhuisconglomeraten overblijven door fusie en schaalvergroting. • Specialisten zoeken elkaar op voor een betere ontwikkeling en beheer van het kennisdomein. Door middel van een fusie ontstaan grotere maatschappen, waarmee aan deze behoefte van specialisten tegemoet wordt gekomen. Bovendien kunnen in een grotere maatschap organisatorische problemen (zoals 24-uursbereikbaarheid, deeltijdwerk, en dergelijke) makkelijker opgelost worden. • In de toekomst zullen twee groepen patiënten het beeld bepalen: de oudere patiënt met één of meer chronische aandoeningen (die steeds beter behandelbaar worden) en de 'gezonde patiënt', die vroegtijdige begeleiding krijgt op basis van zijn geneprofiel. "De diagnostische vraag: Welke ziekte heeft deze persoon?, zal worden vervangen door de preventiegerichte vraag: Welke persoon zou deze ziekte kunnen krijgen?" • Op wijkniveau ontstaan gezondheidscentra welke ook specialistische zorg aanbieden. Er ontstaan gecombineerde spreekuren met specialist en huisarts. Ook is er een kleine SEH en beperkte mogelijkheden voor dagopname.

Bijlage III - Overzicht: expertsessies en interviews

In de periode maart – juni 2011 zijn vijf expertsessies gehouden en hebben we diverse gesprekken gevoerd. Ook is tijdens zakelijke contacten met onder meer ziekenhuizen en private investeerders van de gelegenheid gebruik gemaakt om te spreken over het ziekenhuislandschap van de toekomst. De vergaarde informatie is verwerkt in deze studie. De gesprekspartners zijn op geen enkele wijze verantwoordelijk voor de uitkomsten en gestelde conclusies in dit rapport.

De volgende experts hebben deelgenomen in de sessies:

Eerste lijn

- Dhr. G. van Rooij (Huisartsenpraktijk Schiedam)
- Dhr. A. van Erven (SHO)
- Dhr. J.F. Mutsaerts (Het Huisartsteam “De Keen”)
- Dhr. J. E. de Wildt (MHA)
- Dhr. B. Stegeman (LHV)
- Dhr. B. Groot Roessink (Zorggroep Almere)
- Dhr. J. Reesink (Gezondheidscentrum Tiel)
- Dhr. M. Bruijnzeels (Jan van Es instituut)
- Dhr. M. Roosenboom (LVG)

Patiëntenverenigingen

- Mevr. A. van der Vlist (CSO Koepel ouderenorganisaties)
- Mevr. M. de Booys (NPCF)
- Mevr. A. Snijders (NKF)
- Dhr. H. van Laarhoven (Hart en Vaat Groep)

Medisch specialisten

- Dhr. E. Heineman (UMCG)
- Dhr. J. Hazelzet (Erasmus MC)
- Dhr. G. Griever (Zuwe Hofpoort Ziekenhuis)
- Dhr. P. van der Boog (LUMC)
- Dhr. M. Daniels (JBZ en voorzitter van de werkgroep orde en kwaliteit)

Verzekeraars

- Dhr. R. Konterman (Achmea)
- Dhr. W. van der Meeren (CZ)
- Mevr. J. Horlings-Koetje (Uvit)
- Dhr. A. Zanen (Multizorg)

Ziekenhuizen

- Dhr. M. Dzijic (AMC)
- Dhr. B. Berden (Elisabeth ziekenhuis)
- Dhr. H. Feenstra (Martini ziekenhuis)

We hebben gesprekken gevoerd met de gesprekspartners:

- Dhr. P. Besseling (CPB)
- Dhr. J. Maljers (Plexus)
- Dhr. M. van Schaik (Rabobank)
- Dhr. P. Schnabel (SCP)
- Dhr. G. Schrijvers (UMC Utrecht)
- Dhr. K. Putters (IBMG)
- Dhr. E. Schut (IBMG)
- Mevr. N. Sluis (Rabobank)
- Catio
- Helios Investment Partners
- HgCapital
- Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg
- PGGM
- Ramsay Investment Group

Bijlage IV - Literatuurlijst

Boer & Croon. 2010. *Van instituten naar netwerken: Een verkenning van de 'next generation' curatieve zorg*. Amsterdam: Boer & Croon

Boer & Croon. 2011. *Zelfstandige Behandel Centra. Kwaliteit van zorg, efficiëntie en innovatiekracht*. Amsterdam: Boer & Croon

Boston Consulting Group. 2010. *Kiezen voor kwaliteit: Portfoliokeuzes van ziekenhuizen zorgen voor hogere kwaliteit en lagere kosten*. Amsterdam: BCG

Boot, J.M. & Knapen, M. H. J. M. 2005. *De Nederlandse gezondheidszorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum

Centraal Planbureau. 2006. *Een scenario voor de zorguitgaven 2008-2011*. Den Haag: CPB

Centraal Planbureau. 2008. *Stijgende zorguitgaven, nieuwe medische technologie en het Baumol effect*. Den Haag: CPB

Centraal Planbureau. 2010. *Vergrijzing verdeelt: Toekomst van de Nederlandse overheidsfinanciën*. Den Haag: CPB

Christensen C.M., J.H. Grossman & Hwang, J. 2008. *The Innovator's Prescription: A Disruptive Solution for Healthcare*. New York: McGraw-Hill

Commissie Arbeidsparticipatie. 2008. *Naar een toekomst die werkt*. Rotterdam: Commissie Arbeidsparticipatie

De Lint, M. 2011. *Turbulentie in de verhoudingen tussen medisch specialisten, ziekenhuizen en de minister van VWS*. Den Haag: RVZ

Dutch Hospital Data. 2009. *Kengetallen Nederlandse ziekenhuizen*. Utrecht: DHD

Dutch Hospital Data, 2010. *Kengetallen Nederlandse Ziekenhuizen 2009*. Utrecht: DHD

Europese Commissie. 2009. *Ageing Report: Economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008-2060)*. European Economy series, 2009:2.

Flin, C., Giest, S. & Dumortier, J. 2010. *E-Health strategies*. Bonn / Brussels: Europese Commissie

Giesen, P.H.J., Giesbers, S., & Smits, M. 2011. *Zelfverwijzers SHE jagen zorgkosten op*. Medisch Contact: 587-89

Hingstman, I. & Kenens, R.J. 2010. *Cijfers uit de registratie van huisartsen*. Utrecht: Nivel

- Idenburg, P.J. & Van Schaik, M. 2010. *Diagnose 2025: Over de toekomst van de Nederlandse gezondheidszorg.*
- Integraal Kankercentrum Zuid. 2011. *Centralisatie vergroot levenskans kanker.* Eindhoven: IKZ
- Inspectie der Rijksfinanciën. 2010. *Zorg anno 2010: Curatieve zorg 2.0.* Den Haag: Inspectie der Rijksfinanciën
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. 2009. *Het resultaat telt 2008 – Kwaliteitsindicatoren als onafhankelijke graadmeter voor de kwaliteit van in ziekenhuizen verleende zorg.* Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg
- Kamerstuk 2001. *Zorg die Werkt.* 26-01-2011
- Klaver, P.M., Korteweg, J.A., Heyma, A. & Grijpstra, D.H. 2006. *Vergrijzing en ontgroening van de beroepsbevolking.* Leiden: Research voor Beleid.
- KPMG. 2010. *A better pill to swallow. A global view of what works in healthcare.*
- KPMG. 2010. *Switch On! The case for telehealth.*
- Luijben, A.H.P. & Kommer, G.J. 2010. *Tijd en toekomst: Deelrapport van de VTV 2010 Van gezond naar beter.* Bilthoven: RIVM
- LSJ. 2011. *Achtergrondstudie Medisch Technologische ontwikkelingen zorg 20/20.* Leiden: LSJ
- Mediforum. 2011. *Medisch-specialistische zorg 2011.* Alkmaar: Mediforum
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. 2008. *ICT in de zorg: Resultaten, ontwikkelingen en agenda.* Den Haag: VWS
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. 2009. *Begrotingcijfers Gezondheidszorg.* Den Haag: WS.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. 2011. *Nota aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal, betreffende overheveling geriatrische revalidatiezorg,* 13 mei 2011
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. 2011. *Nota aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal, betreffende Kamervragen over spoedeisende hulpen,* 1 juni 2011
- Motivaction. 2009. *Wat werkt bij wie?* Utrecht: Motivaction
- Nauta, J., Schrijvers, G., Verweij, M. & Verbout, A. 2011. *De zachte lokroep van de focuskliniek.* Utrecht: Medisch Contact
- Nivel. 2008. *Veel mensen zijn bereid om voor zorg naar het buitenland te gaan.* Utrecht: Nivel

- Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuizen. 2010. *Invitational conference: Spreiding en concentratie ziekenhuisfuncties*, Nijkerk, 24 november 2010
- Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuizen. 2009. *Vizier op vertrouwen: Brancherapport algemene ziekenhuizen 2009*. Utrecht: NVZ
- Nederlandse Mededingingsautoriteit. 2011. *Welke specialisatieafspraken staat de NMa wel/niet toe?* Den Haag: NMa
- Nederlandse Zorgautoriteit. 2007. *De rol van ZBC's in de ziekenhuiszorg*. Utrecht: NZa
- Nederlandse Zorgautoriteit. 2009. *Monitor Ziekenhuiszorg 2009: Tijd voor reguleringszekerheid*. Utrecht: NZa
- Nederlandse Zorgautoriteit. 2010. *Monitor Zorginkoop zorgverzekeraars*. Utrecht: NZa
- Nederlandse Zorgautoriteit. 2011. *Medisch-specialistische zorg: Weergave van de markt 2006-2010*. Utrecht: NZa
- Plexus. 2010. *Kosten en Kwaliteit*. Breukelen: Plexus
- Plexus. 2010. *Business Case Eerstelijns diagnostiek*. Breukelen: Plexus
- Plexus. 2011. *Voorstudie RVZ: Toegankelijkheid en bereikbaarheid in de zorg*. Breukelen: Plexus
- Prismant. 2008. *Arbeid in Zorg en Welzijn: Stand van zaken en vooruitblik voor de sector Zorg en de sector Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening, Jeugdzorg en Kinderopvang*. Utrecht: Prismant.
- PON. 2010. *Brabantpanel onderzoek gezondheidszorg*. Eindhoven: het PON
- Porter M. & Teisberg, E.O. 2006. *Redefining Health Care – Creating Value-Based Competition on Results*. Harvard Business School Press.
- PWC. 2009. *Brancheanalyse gezondheidszorg 2009*. Amsterdam: PWC
- RIVM. 2010. *Towards better health: Main report on the Public Health Status and Forecasts 2010*. Bilthoven: RIVM
- RIVM. 2007. *Vergrijzing en toekomstige ziektelast. Prognose chronische ziektenprevalentie 2005-2025*. Bilthoven: RIVM
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. 2003. *De wensen van zorgcliënten in Europa*. Den Haag: RVZ
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. 2006. *Management van vastgoed in de zorgsector*. Rijswijk: Quantes.

- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. 2008. *Schaal en zorg*. Rijswijk: Quantes
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. 2010. *Gezondheid 2.0*. Den Haag: RVZ
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. 2011a. *Voortgangsnotitie Ziekenhuislandschap*. Den Haag: RVZ
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. 2011b. *Achtergrondstudie Het contracteren en bekostigen van medisch-specialistische netwerken*. Den Haag: RVZ
- Skipr. 2011. *Schippers: inpandige privékliniek in ziekenhuis mag*. 26 mei 2011
- TEDx. 2011. *The future of health care*. TEDxMaastricht, health conference, 4 april, 2011.
- Van der Grinten, T. & Kasdorp, J. 1999. *25 jaar sturing in de gezondheidszorg: van verstatelijking naar ondernemerschap*. Den Haag: SCP
- Van Halder, L. 2011. *Zorg 3.0 – een andere verzekeraar?*, Zorgverzekeraar conferentie, Eze: mei 2011
- Van Rijen, A.J.G., De Lint, M.W. & Ottes, L. 2002. *Inzicht in e-health: Achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg bij het advies e-health in zicht*. Bilthoven: RIVM
- Van Schaik, M. 2011. *Zorgvastgoed: Van nacalculatie naar waardecreatie!*. Utrecht: Rabobank
- Van Wieren, S. 2008. *Ziekenhuiszorg en medisch-specialistische zorg samengevat*, Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM
- Verheij, R.A., Schellevis F.C., Hingstman, L., Bakker, D.H. de. 2006. *Hoe groot is het gebruik en waaruit bestaat het?* In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM
- Vektis, 2010. *Zorgthermometer Vooruitblik 2011*. Zeist: Vektis
- Volkskrant. 2010. *Faillissement dreigt voor 20 ziekenhuizen*. Volkskrant, december 2010
- Volkskrant, 2011. *Kankeroperaties veel beter als ze in een klein aantal ziekenhuizen worden gedaan*. Volkskrant, 4 juni 2011.
- Westert, G.P. Van den Berg, M.J. , Koolman, X. & Verkleij, H. 2008. *Zorgbalans 2008: de prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg*. Den Haag: RIVM
- Westert G.P., Van den Berg M J, Zwakhals S.L.N., Heijink R., De Jong J. & Verkleij, H. (eds). 2010. *Dutch Health Care Performance Report 2010*. Bilthoven: RIVM.

Zandvliet, K., De Koning, J. & Berretti, T. 2009. Uitwerken 0-scenario arbeidsmarkt zorg. Den Haag: VWS

Zorg Innovatie Platform. Zorg voor mensen, mensen voor de zorg Arbeidsmarktbeleid voor de zorgsector richting 2025. Den Haag: ZIP

Zorg Innovatie Platform. 2010. *Kennis(in)kaart Succes- en belemmeringfactoren voor het versnellen van opschaling van innovaties*. Den Haag: ZIP

Zorgvisie. 2011a. *Een structuurfonds voor de zorg*. Zorgvisie Nieuwsbrief, 41 (2).

Zorgvisie. 2011b *De Jager: Duurdere zorg grootste financiële probleem*. Zorgvisie, 13 mei 2011

Zorgvisie, 2009. *De zorg als koekoeksjong*. Zorgvisie: 39: 9

Geraadpleegde websites

CPB. 2011. www.cpb.nl

DBC Onderhoud. 2011. www.dbconderhoud.nl

Inspectie voor de Gezondheidszorg. 2011. ww.igz.nl

Ministerie VWS. 2011. www.rijksoverheid.nl

National Health Service UK. 2011. www.nhs.uk

RIVM. 2011. www.gezondheidzorgbalans.nl/kosten/zorguitgaven

RIVM. 2011. www.NationaalKompas.nl

SIRM. 2011. www.sirm.nl

Overzicht publicaties RVZ

De adviezen zijn te bestellen en/of te downloaden op de website van de RVZ (www.rvz.net).

Tevens kunt u de adviezen per mail aanvragen bij de RVZ (mail@rvz.net).

Publicaties van vóór 2008 staan op de website van de RVZ en CEG.

De publicaties van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid zijn te bestellen bij het CEG per mail info@ceg.nl

Publicaties RVZ vanaf 2008

- 11/04 *Medisch-specialistische zorg in 2025, oktober 2011*
Publicaties bij dit advies
11/05 - Ziekenhuislandschap 2020: Niemandland of Droomland (achtergrondstueide), oktober 2011
11/06 - Medisch-technologische ontwikkelingen zorg 20/20 (achtergrondstudie), oktober 2011
Publicaties bij dit advies, alleen te downloaden
Samenwerking en mededinging in de zorg (achtergrondstudie), oktober 2011
Het contracteren en bekostigen van medisch specialistische netwerken (achtergrondstudie), oktober 2011
De rol van e-Health in een veranderend ziekenhuislandschap (achtergrondstudie), oktober 2011
Demografische krimp en ziekenhuiszorg (achtergrondstudie), oktober 2011
- 11/03 *Sturen op gezondheidsdoelen, juni 2011*
- 11/02 *Gemeente en zorgvangnetten (briefadvies), april 2011*
- 11/01 *Bekwaam is bevoegd: Innovatieve opleidingen en nieuwe beroepen in de zorg, februari 2011*
- 10/13 Ruimte voor arbeidsbesparende innovaties in de zorg, november 2010
Publicaties bij dit advies
10/14 - *Krant bij het advies ruimte voor arbeidsbesparende innovaties in de zorg, november 2010*
- 10/10 *Perspectief op gezondheid 20/20, september 2010*
Publicaties bi j dit advies
10/11 - *Komt een patiënt bij zijn coach... (achtergrondstudie behorende bij het advies Perspectief op gezondheid 20/20), september 2010*
10/12 - *Veranderen met draagvlak (achtergrondstudie behorende bij het advies Perspectief op gezondheid 20/20), oktober 2010*
- 10/05 *Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening (discussienota), april 2010*

- Publicaties bij dit advies*
- 10/09 - *Van zz naar gg. Acht debatten, een sprekend verhaal*
- 10/08 - *Moderne patiëntenzorg: Acht jaar later (achtergrondstudie behorende bij de discussienota Zorg voor je gezondheid!), april 2010*
- 10/07 - *Leefstijl en de zorgverzekering (achtergrondstudie behorende bij de discussienota Zorg voor je gezondheid!), april 2010*
- 10/06 - *Een nieuwe ordening door het naar voren schuiven van zorg (achtergrondstudie behorende bij de discussienota Zorg voor je gezondheid!), april 2010*
- 10/04 *De patiënt als sturende kracht*
- 10/03 *De relatie medisch specialist en ziekenhuis in het licht van de kwaliteit van zorg*
- 10/01 *Gezondheid 2.0 (advies), februari 2010*
- Publicaties bij dit advies*
- 10/02 - *Health 2.0: It's not just about medicine and technology, it's about living your life (achtergrondstudie behorende bij het advies Gezondheid 2.0), februari 2010*
- 09/14 *Investeren rondom kinderen, september 2009*
- 09/13 *Numerus Fixus Geneeskunde: loslaten of vasthouden, januari 2010*
- 09/12 *Brochure Numerus Fixus, januari 2010*
- 09/11 *Werkprogramma 2010, november 2009*
- 09/10 *Steunverlening zorginstellingen (advies), juni 2009*
- 09/09 *Buiten de gebaande paden. Advies over Intersectoraal gezondheidsbeleid, mei 2009*
- 09/08 *Buiten de gebaande paden: Inspirerende voorbeelden van intersectoraal gezondheidsbeleid (brochure,) mei 2009*
- 09/07 *Evaluatie RVZ 2004-2008, april 2009*
- 09/06 *Geven en nemen in de spreekkamer. Rapportage over veranderende verhoudingen, maart 2009*
- 09/05 *Tussen continuïteit en verandering. 27 adviezen van de RVZ 2003-2009, februari 2009*
- 09/04 *Governance en kwaliteit van zorg (advies) maart 2009*
- 09/03 *Werkprogramma 2009, maart 2009*
- 09/02 *Farmaceutische industrie en geneesmiddelengebruik: evenwicht tussen publiek en bedrijfsbelang (debatverslag), januari 2009*
- 09/01 *De verzekeraar en de patiënt: een succesvolle coalitie: goede voorbeelden van patiëntgestuurde zorginkoop (in samenwerking met de NPCF), januari 2009*
- 08/11 *Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg (advies), december 2008*
- Publicaties behorende bij dit advies*
- 08/12 - *Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg: achtergrondstudies, december 2008*
- 08/10 *Versterking voor gezinnen. Preadviezen Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (Versterken van de village: preadvies over gezinnen en hun sociale omgeving) en Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (Zorg in familieverband: preadvies over zorgrelaties tussen generaties), september 2008*
- 08/08 *Schaal en zorg (advies), mei 2008*
- Publicaties bij dit advies*
- 08/09 - *Schaal en zorg: achtergrondstudies (achtergrondstudies behorende bij het advies Schaal en zorg), mei 2008*
- 08/05 *Zorginkoop (advies), maart 2008*

- 08/06 - Zorginkoop heeft de toekomst: maar vraagt nog een flinke inzet van alle betrokken partijen (achtergrondstudie behorende bij het advies Zorginkoop), maart 2008
- 08/07 Onderhandelen met zorg (achtergrondstudie behorende bij het advies Zorginkoop), maart 2008
- 08/03 Screening en de rol van de overheid (advies), april 2008
Publicaties bij dit advies
- 08/04 - Screening en de rol van de overheid: achtergrondstudies (achtergrondstudie behorende bij het advies Screening en de rol van de overheid), april 2008
- 08/01 Beter zonder AWBZ? (advies), januari 2008
Publicaties bij dit advies
- 08/02 - Leven met een chronische aandoening (Acht portretten behorende bij het advies Beter zonder AWBZ?), januari 2008
- Sig 08/01a Publieksversie Vertrouwen in de spreekkamer, februari 2008

Publicaties CEG vanaf 2008

- Sig 10/11 Ver weg en toch dichtbij? Ethische overwegingen bij zorg op afstand
- Sig 09/11 Dilemma's van verpleegkundigen en verzorgenden.
- Sig 09/05 Met de camera aan het ziekbed. Morele overwegingen bij gezondheidszorg op televisie, mei 2009
- Sig 08/02 Dilemma's op de drempel. Signaleren en ingrijpen van professionals in opvoedingssituaties (signalement), september 2008
- Sig 08/01 Afscheid van de vrijblijvendheid. Beslissystemen voor orgaandonatie in ethisch perspectief (studie in het kader van het Masterplan Orgaandonatie VWS), juni 2008



