

# Bacheloropdracht

## *'Patiënten zonder grenzen'*



### *Medisch toerisme van Nederland naar India*

## Samenvatting

Medisch toerisme is *'het afreizen van patiënten naar het buitenland met het doel daar een medische behandeling te ondergaan al dan niet gecombineerd met een vakantie'*. In dit onderzoek dat is uitgevoerd tussen november 2008 en april 2009 worden de mogelijkheden van medisch toerisme van Nederland naar India verkend door middel van de identificatie en beschrijving van beperkende en bevorderende factoren. Er wordt getracht een antwoord te formuleren op de hoofdvraag: *Wat zijn de beperkende en bevorderende factoren van medisch toerisme van Nederland naar India en hoe kan hierop het best ingespeeld worden door Indiase privéklinieken?*

Dit is gedaan op basis van literatuuronderzoek, webresearch en interviews. De factoren worden gecategoriseerd in organisatorische, financiële en kwalitatieve factoren. Naast factoren, worden ook actoren geïdentificeerd en beschreven. De actoren die een rol spelen in medisch toerisme zijn aanbieders, vragers en financiers van zorg.

De relevante factoren en actoren worden zowel vanuit het Nederlandse als het Indiase perspectief belicht. Vanuit het Nederlandse perspectief levert dit kansen en bedreigingen voor medisch toerisme op, terwijl de bespreking van de Indiase factoren en actoren sterktes en zwaktes in de Indiase gezondheidszorg oplevert. Vervolgens worden de kansen, bedreigingen, sterktes en zwaktes geïntegreerd in een SWOT-analyse. Dit levert vier kwadranten op en per kwadrant is een aantal strategische opties gegenereerd.

Na de bespreking van de strategische opties worden conclusies getrokken en aanbevelingen gedaan. Deze aanbevelingen richten zich op Indiase privéklinieken en toekomstig onderzoek naar medisch toerisme. De aanbevelingen voor Indiase privéklinieken zijn het opzetten van samenwerking met Nederlandse verzekeraars enerzijds en ZBC's en privéklinieken anderzijds, het aantrekken van Hindoestaanse populatie die woonachtig is in Nederland en het steunen van goede doelen en projecten.

Wat betreft toekomstig onderzoek kan het relevant zijn om behandelingen in kaart te brengen die het best in aanmerking komen voor medisch toerisme naar India.

## Inhoudsopgave

**Introductie** **pag 4**

**Hoofdstuk 1 Theoretisch kader** **pag 6**

*Deelvraag 1: Welke factoren zijn volgens de literatuur relevant bij het betreden van de internationale markt en hoe kan dit in kaart worden gebracht?*

**Hoofdstuk 2 Kansen en bedreigingen Nederlandse gezondheidszorg** **pag 15**

*Deelvraag 2: Wat zijn de beperkende en bevorderende factoren in het Nederlandse gezondheidszorgsysteem voor medisch toerisme naar India?*

**Hoofdstuk 3 Sterktes en zwaktes Indiase gezondheidszorg** **pag 29**

*Deelvraag 3: Wat zijn de beperkende en bevorderende factoren die vanuit de Indiase gezondheidszorg relevant zijn voor medisch toerisme vanuit Nederland?*

**Hoofdstuk 4 SWOT-analyse** **pag 40**

*Deelvraag 4: Hoe kunnen de Nederlandse kansen en bedreigingen gecombineerd worden met de Indiase sterktes en zwaktes?*

**Conclusie en aanbevelingen** **pag 50**

**Bijlagen** **pag 54**

**Literatuurlijst** **pag 63**

## Introductie

### Inleiding en aanleiding

De druk op het Nederlandse gezondheidszorgsysteem wordt steeds hoger. De afgelopen 10 jaar hebben er veel veranderingen plaatsgevonden door lange wachtlijsten en stijgende kosten.

Daartegenover ontwikkelt de gezondheidszorg in India zich snel en promoot en ondersteunt de Indiase overheid medisch toerisme actief. Duizenden patiënten uit de Verenigde Staten en Groot-Brittannië reizen jaarlijks al naar India af voor allerlei medische behandelingen (De Graaf, 2006).

Om deze redenen is het interessant om te onderzoeken wat de mogelijkheden van medisch toerisme van Nederland naar India zijn. Medisch toerisme is het afreizen van patiënten naar het buitenland voor een medische behandeling of een alternatieve kuur. Mensen kunnen om verschillende redenen kiezen voor een behandeling in het buitenland. Er kunnen wachtlijsten zijn in het thuisland, de medische kennis is niet voldoende in het thuisland of de behandeling in het buitenland is simpelweg goedkoper.

Er is in dit onderzoek bewust gekozen voor India als bestemming voor het medisch toerisme. Ten eerste zijn in India de prijzen van medische behandelingen en procedures het laagst en de kwaliteit het hoogst, vergeleken met andere bestemmingen zoals Thailand en Singapore (zie bijlage 1). Bovendien is er nauwelijks sprake van een taalbarrière aangezien iedereen Engels spreekt. Uit onderzoek is namelijk gebleken dat Nederlanders een taalbarrière zien als een grote belemmering voor zorg in het buitenland.

### Onderzoeksopzet

Aangezien er nog weinig onderzoek naar medisch toerisme van Nederland naar India is gedaan, is een exploratief onderzoek een goede optie. Informatie zal worden verzameld door literatuuronderzoek en interviews.

De hoofdvraag in dit onderzoek is:

*Wat zijn de beperkende en bevorderende factoren voor medisch toerisme van Nederland naar India en hoe kan hierop het best ingespeeld worden door Indiase privéklinieken?*

Met de hoofdvraag in het achterhoofd zullen vier deelvragen worden beantwoord, namelijk:

1. Welke factoren zijn volgens de literatuur relevant bij het betreden van de internationale markt en hoe kan dit in kaart worden gebracht?
2. Wat zijn de beperkende en bevorderende factoren in het Nederlandse gezondheidszorgsysteem voor medisch toerisme naar India?
3. Wat zijn de beperkende en bevorderende factoren die vanuit de Indiase gezondheidszorg relevant zijn voor medisch toerisme vanuit Nederland?
4. Hoe kunnen de Nederlandse kansen en bedreigingen gecombineerd worden met de Indiase sterktes en zwaktes?

Dit onderzoek zal als volgt worden aangepakt.

Deelvraag 1 zal worden beantwoord met behulp van literatuuronderzoek naar een model dat relevante factoren met betrekking tot toetreding van een internationale markt in kaart kan brengen. Voor dit onderzoek betekent dit dus het verkennen van de Nederlandse medisch toerisme markt door Indiase privéklinieken.

Antwoorden op de deelvragen 2 en 3 zullen worden geformuleerd naar aanleiding van literatuuronderzoek, webresearch en interviews.

Vervolgens zullen de bevindingen (deelvraag 2 en 3) worden gekoppeld aan het gevonden model (deelvraag 1) dat de toekomstmogelijkheden van medisch toerisme kan analyseren om zo een antwoord te formuleren op deelvraag 4.

## Hoofdstuk 1 Theoretisch kader en analyse van factoren

### 1.1 Theoretisch kader

Het doel van dit onderzoek is het in kaart brengen van de mogelijkheden voor medisch toerisme naar India. Om dit doel te bereiken is de hoofdvraag opgedeeld in vier deelvragen. In dit hoofdstuk zal antwoord worden gegeven op deelvraag 1: *Welke factoren zijn volgens de literatuur relevant bij het betreden van de internationale markt en hoe kan dit in kaart worden gebracht?*

In dit hoofdstuk zal aan de hand van wetenschappelijke literatuur gezocht worden naar een model om de mogelijkheden van medisch toerisme van Nederland naar India te analyseren.

De definitie van medisch toerisme die in dit onderzoek gehanteerd wordt, is: *het afreizen van patiënten naar het buitenland met het doel daar een medische behandeling te ondergaan al dan niet gecombineerd met een vakantie* (de Graaf, 2006).

Met betrekking tot medisch toerisme naar India moet een onderscheid gemaakt worden tussen de openbare gezondheidszorg en privéklinieken in India. Dit onderzoek zal zich richten op medisch toerisme naar Indiase privéklinieken en de Indiase openbare gezondheidszorg buiten beschouwing laten.

Als Nederlandse patiënten afreizen naar India, betekent dat de Indiase privéklinieken de internationale markt betreden. Wanneer de internationale markt betreden wordt, is het verstandig de omgeving van de betrokken landen te analyseren (Root, 1995).

Dit kan door middel van een PESTEL-analyse. Deze analyse scant de omgeving op politieke, economische, socioculturele, technologische, milieu (environmentaal) en wettelijke (legal) factoren (Ball et al, 2006).

Als de omgeving is verkend en uit de PESTEL-analyse niet blijkt dat er (te) hoge drempels liggen voor het betreden van de internationale markt, is de volgende stap het in kaart brengen van de specifieke kansen en bedreigingen vanuit de externe omgeving en de sterktes en zwaktes van de betreffende industrie of het specifieke bedrijf. Dit kan worden gedaan met behulp van een SWOT-analyse (Johnson et al, 2005). Een SWOT-analyse verkent de relaties tussen de omgevingsinvloeden en het strategische vermogen van de geanalyseerde organisatie. Een SWOT-analyse vormt een basis voor het opstellen van strategische opties en kan helpen met het inschatten van gevolgen van bepaalde keuzes die al dan niet gemaakt worden (Ball et al, 2006).

Concluderend kan worden gesteld dat uit de literatuur blijkt dat de toekomstmogelijkheden van medisch toerisme naar India in kaart gebracht kunnen worden door middel van een PESTEL-analyse gevolgd door een SWOT-analyse. In figuur 1 is weergegeven hoe de opbouw en structuur van het onderzoek eruit ziet.

De invulling van zowel de PESTEL- als de SWOT-analyse wordt gedaan op basis van literatuur en webresearch. Daarnaast worden interviews gehouden met het doel feitelijkheden en meningen over medisch toerisme te verkrijgen.

In de volgende paragraaf zal de PESTEL-analyse voor medisch toerisme van Nederland naar India worden besproken en wordt deze gelijktijdig ingevuld. Het doel van de PESTEL-analyse is het identificeren van omgevingsfactoren.

## **1.2 Macro- en mesofactoren**

Het PESTEL-model categoriseert zes omgevingsinvloeden, namelijk: politieke, economische, sociale, technologische, environmentaal en wettelijke invloeden. Deze factoren zijn niet onafhankelijk maar beïnvloeden elkaar (Johnson et al, 2005). Als één factor verandert, heeft dat gevolgen voor de competitieve omgeving waarin organisaties zich bevinden. Dus het begrijpen van de PESTEL-factoren is een beginpunt, managers moeten de *key drivers of change* en de differentiële impact die deze invloeden en drivers uitoefenen op industrieën, markten en organisaties begrijpen. Key drivers of change zijn krachten die in de toekomst hoogstwaarschijnlijk de structuur van een industrie, markt of organisatie zullen beïnvloeden (Johnson et al, 2005). Er zullen veel veranderingen plaatsvinden in de omgeving van de meeste organisaties en daarom is het belangrijk het gecombineerde effect van de belangrijkste van deze factoren in kaart te brengen.

Om de key drivers of change in de medisch toeristische industrie te identificeren, wordt er hierna een PESTEL-analyse gepresenteerd. In de PESTEL-analyse worden factoren voor zowel India als Nederland genoemd die belangrijk zijn voor het medisch toerisme. Deze factoren zijn actief op het mesoniveau, dus de specifieke gezondheidszorg sector.

Echter, voordat de PESTEL-factoren worden besproken, worden eerst twee macrofactoren besproken die invloed uitoefenen op de PESTEL-factoren, maar niet direct tot de PESTEL-factoren behoren. Deze factoren zijn actief vanuit het macroniveau en worden daarom apart en als eerst benoemd.

### **1.2.1 Macrofactoren**

De twee macrofactoren die invloed uitoefenen op de PESTEL-factoren zijn de toenemende globalisatie en de recessie / economische crisis.

#### *Globalisatie*

Er zijn veel verschillende definities van globalisatie, maar de definitie die in dit onderzoek gebruikt wordt is: *“de veranderingen in sociale gedragspatronen en technologie die bedrijven in staat stellen om hetzelfde product over de hele wereld te verkopen”* (Levitt, 1983). In dit onderzoek wordt

globalisatie gezien als een proces. Verschillende maatschappijen, culturen en economieën komen dichterbij elkaar, grenzen vervagen en goederen, technologie, arbeid en kapitaal integreren internationaal. Bedrijven implementeren globale strategieën die hun activiteiten wereldwijd coördineren (Ball et al, 2006).

Globalisatie oefent invloed uit op de factoren binnen het medisch toerisme, door het vervagen van grenzen en de integratie van bijvoorbeeld kwaliteitseisen, technologie en prijzen, kunnen privéklinieken in India concurreren met zorgaanbieders in Nederland.

### *Recessie*

Op dit moment zit Nederland in een recessie, de verwachtingen zijn dat er veel ontslagen gaan vallen de komende jaren. Voor de zorg kan dit betekenen dat minder mensen de zorgverzekering kunnen betalen, dit zal dan resulteren in meer onverzekerden en wanbetalers (Ministerie van VWS, 2009). Dit zet de kosten van de zorg onder druk. Bovendien zullen deze mensen (niet-levensbedreigende) zorg zelf moeten gaan betalen. Het inkopen van goedkopere zorg in het buitenland kan een oplossing bieden.

## **1.2.2 PESTEL-analyse**

### *Politieke factoren*

Politieke factoren hebben te maken met hoe een land bestuurd wordt. Deze factoren kunnen positieve, maar ook negatieve invloed hebben op de industrie. Hierna worden politieke factoren van zowel India als Nederland besproken. Welke kansen of barrières voor medisch toerisme worden gecreëerd door de (centrale) overheid van beide landen?

De Indiase overheid steunt en promoot het medisch toerisme actief. Zo bepaalt de Indiase National Health Policy dat het verlenen van medische diensten tegen betaling van buitenlandse valuta gezien wordt als export. Dit levert belastingvoordeel op voor de Indiase klinieken die medisch toeristen behandelen (aziemagazine.nl, 2009). Ook verleent de Indiase overheid speciale medische visa aan medisch toeristen die voor een behandeling naar India reizen. Bovendien heeft de Indiase overheid een grootschalige campagne 'Incredible India' gelanceerd. Er is een website, een YouTube kanaal en er worden in talloze landen reclamespotjes op televisie uitgezonden (incredibleindia.com, 2009). Het doel van Incredible India is het promoten van toerisme naar India en het de nummer één bestemming te maken voor toeristen (incredibleindia.com, 2009).

Sinds 2006 is de rol van de Nederlandse overheid door de privatisatie van de gezondheidszorg in Nederland ingrijpend veranderd. De overheid speelt vanaf 2006 enkel een regulerende rol; de minister van VWS beslist welke zorg er minstens door de verplichte basisverzekering moet worden gedekt. Verder zijn alle verzekeraars vrij om pakketten aan te bieden in welke vorm dan ook, de



enige randvoorwaarde is dat er wordt voldaan aan de dekking die de minister heeft vastgesteld voor het basispakket (ministerie van VWS, 2009). Hierdoor ontstaan bijvoorbeeld mogelijkheden voor zorgverzekeraars om speciale 'India-polissen' aan te bieden.

Concluderend kan worden gesteld dat Indiase politieke factoren medisch toerisme stimuleren, terwijl Nederlandse politieke factoren kansen creëren voor medisch toerisme naar India.

### *Economische factoren*

Hierna zal worden ingegaan op enkele *algemene* economische factoren en *specifiek medisch toeristische* economische factoren.

Het Bruto Nationaal Product in India was in 2005 \$ 754 miljard wat India in de top plaatst van wereldeconomieën. Gezien de grote economische groei van 7% tot 8% wordt verwacht dat India in 2035 tot de top drie van wereldeconomieën zal behoren. De grootste bijdrage aan de groei komt voor rekening van de dienstensector (Gruijters, 2006).

Belangrijke economische factoren in de medisch toeristische industrie zijn de prijzen van de medische behandelingen en de winst die door verschillende partijen behaald kan worden.

Economische factoren spelen een sleutelrol in de toekomstmogelijkheden van medisch toerisme. Als er economisch gezien geen winst kan worden behaald, is er geen reden om te beginnen aan medisch toerisme vanuit Nederland naar India.

Doordat de levensstandaard in India lager ligt dan die in Nederland, kan zorg in India aanzienlijk goedkoper aangeboden worden. Een hartoperatie in Nederland kost 16.000 euro terwijl dezelfde behandeling in India slechts 3.000 euro kost (zie ook bijlage 1).

In Nederland wordt steeds minder zorg vergoed terwijl premies van zorgverzekeringen stijgen. Voor Nederlandse actoren (verzekeringen, ziekenhuizen en patiënten) biedt medisch toerisme een oplossing voor de stijgende kosten in de zorg. Door outsourcing van zorg kan er namelijk winst behaald worden door bijvoorbeeld ziekenhuizen.

Voor Indiase actoren (privéklinieken) vormt de Nederlandse medisch toerist een aantrekkelijke vraagzijde van de markt.

### *Socio-culturele factoren*

Socio-culturele factoren zijn kenmerkend voor de cultuur van een land. De taal die wordt gesproken en gedragingen van mensen zijn voorbeelden van socio-culturele factoren (Ball et al, 2006). Een socio-culturele factor die een rol speelt in het medisch toerisme is de mobiliteit van de Nederlanders. Nederlanders worden steeds mobieler en reislustiger. Een reis naar India wordt niet (meer) gezien als iets bijzonders.

Bovendien wordt de Nederlander als zorgconsument steeds kritischer en mondiger en zal dus actiever dan voorheen op zoek gaan naar goede, betaalbare zorg. Internet is bij uitstek een goed middel om verschillende producten en diensten te vergelijken. Internetpagina's zouden ook kunnen worden ontwikkeld voor medisch toerisme, zodat een betere vergelijking kan worden gemaakt tussen verschillende alternatieven.

Een andere belangrijke socio-culturele factor is de demografie van Nederland. De bevolking van Nederland is namelijk aan het vergrijzen. Hierdoor zal een enorme druk op de gezondheidszorg en de arbeidsmarkt komen te staan (CBS, 2007). Er zal een tekort ontstaan in mensen die werkzaam zijn in de gezondheidszorg door het feit dat meer mensen zorg nodig hebben en (relatief) minder mensen tot de beroepsbevolking behoren (CBS, 2007). Er zullen oplossingen gezocht moeten worden voor deze knelpunten. Een mogelijke oplossing zou medisch toerisme naar India kunnen zijn.

De Indiase bevolking telde in 2006 1,1 miljard mensen met meer dan 75% jonger dan 35 jaar.

Ongeveer 40% van de bevolking is analfabeet. Een sterk toenemend deel van de bevolking is echter goed tot zeer goed opgeleid. India heeft ongeveer 3 miljoen afgestudeerden per jaar, 700.000 studenten behalen jaarlijks hun master en 9.000 studenten ontvangen hun Ph.D (Gruijters, 2006).

Een bijzondere groep binnen de hoogopgeleide Indiërs zijn de Indiërs die na jaren te hebben gewerkt in de Verenigde Staten of Groot-Brittannië terugkeren naar India om zelf een bedrijf te beginnen.

Veel artsen komen terug naar hun vaderland en beginnen privéklinieken, waarin technologisch en kwalitatief hoogstaande zorg wordt geleverd (Huijts, 2006). Er bestaat enerzijds een opkomende, kapitaalkrachtige midden- en hogere klasse van enkele tientallen miljoenen Indiërs, maar anderzijds leven ook nog steeds 200 miljoen Indiërs onder de armoedegrens (Gruijters, 2006).

In India is dus een groot verschil tussen arm en rijk, waardoor gezondheidszorg voor een groot deel van de Indiase bevolking geen vanzelfsprekendheid is. Met de opbrengsten van medisch toerisme worden projecten gesteund die bijvoorbeeld gratis zorg bieden aan arme Indiërs (Apollo Hospitals, 2009). Dus een medisch toerist neemt geen zorg weg van de arme Indiase bevolking, maar creëert juist medische zorg voor deze groep.

### *Technologische factoren*

Technologische factoren bestaan uit bruikbare kennis die wordt toegepast door de maatschappij en bijdraagt aan het bereiken van bepaalde doelen (Ball et al, 2006).

In deze subparagraaf worden verschillende technologische factoren besproken, respectievelijk algemene technologische factoren (de opkomst van het internet) en specifieke medisch toeristische factoren (technologie in de zorg).

Door technologische vooruitgang is het mogelijk om via internet allerlei klinieken te 'bezoeken' en wereldwijd prijzen te vergelijken. In Nederland wordt internet steeds vaker gebruikt voor het

vergaren van informatie. Internet zorgt voor meer transparantie (Atos, 2007). Echter, internationale kwaliteitsvergelijking is nog niet mogelijk. Indiase privéklinieken zoals Wockhardt en Apollo zijn geaccrediteerd door de Joint Commission International, maar Nederlandse ziekenhuizen en klinieken niet. Hierop wordt verder in dit onderzoek ingegaan.

Ook de technologie in de zorg speelt een grote rol bij het medisch toerisme. Er kan gesteld worden dat India op technologisch gebied stukken vooruit loopt op Nederland (Suyk, 2009). In India worden operaties uitgevoerd die in Nederland nog niet mogelijk zijn, zoals de robot-assisted joint replacement (Bies & Zacharia, 2007).

#### *Environmental / milieufactoren*

Factoren met betrekking tot het milieu spelen een verwaarloosbare rol in medisch toerisme. De vliegereizen van medisch toeristen veroorzaakt wel milieuvuiling, maar dit is niet vergelijkbaar met 'gewone' toeristische milieuvuiling en zal dus geen belemmeringen opleveren.

#### *Wettelijke factoren*

De juridische systemen van zowel Nederland als India bevatten belangrijke wettelijke factoren die niet kunnen worden genegeerd.

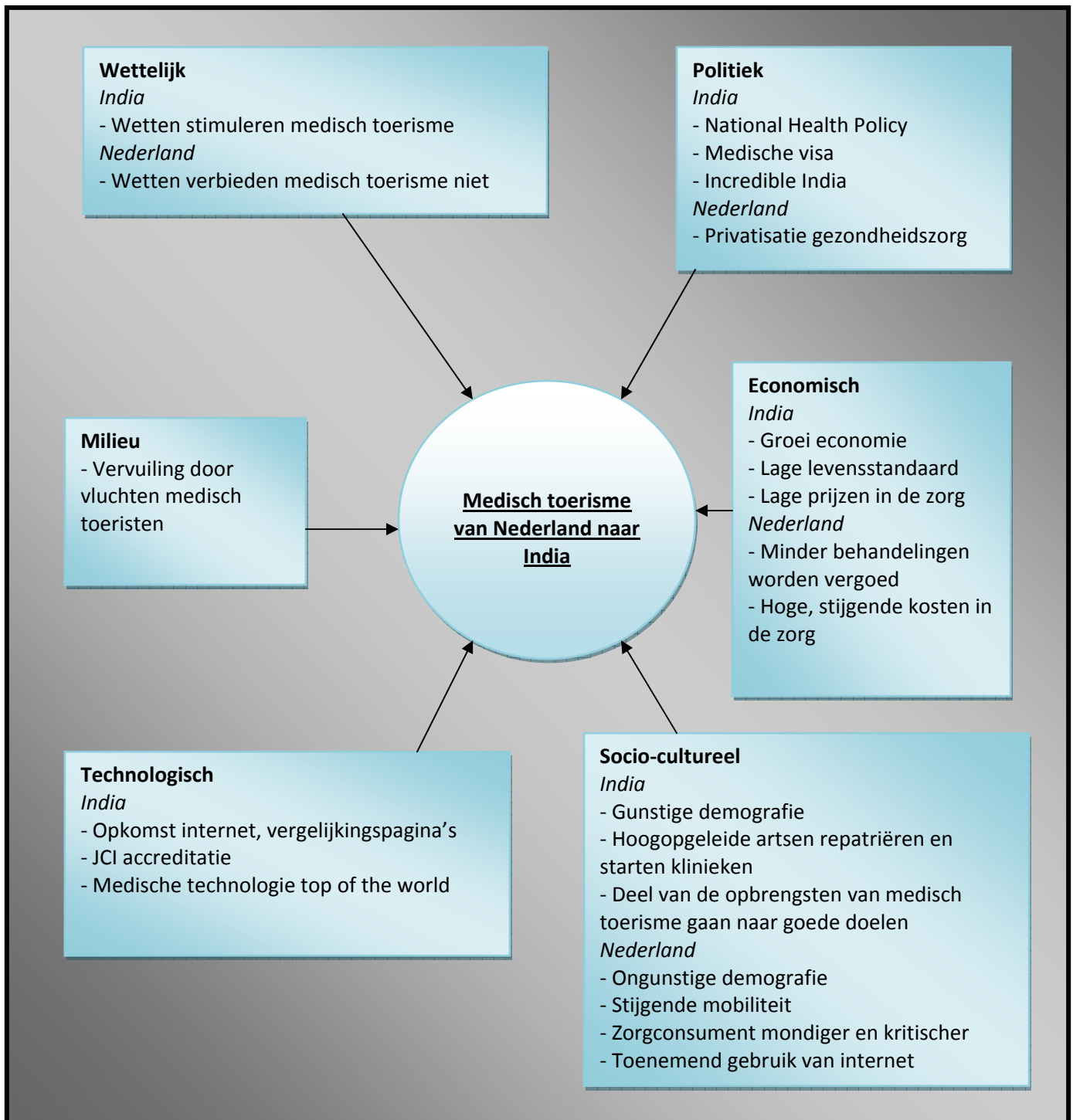
De Nederlandse wet verbiedt zorg in het buitenland niet. Door recent ingevoerde wetten die zorgen voor privatisatie in de zorg, wordt medisch toerisme een mogelijkheid.

In India zijn er wetten ingevoerd die medisch toerisme aantrekkelijk maken voor de behandelaars. Bovendien krijgen medisch toeristen een speciaal medisch visum voor verblijf in India en eventuele nabehandelingen.

Hieruit kan afgeleid worden dat de wettelijke factoren kansen creëren voor medisch toerisme.

### **1.2.3 Conclusie**

In deze paragraaf is een PESTEL-analyse voor medisch toerisme van Nederland naar India uitgevoerd. Concluderend vanuit de verschillende subparagrafen kan een opsomming gemaakt worden van factoren die een rol speelt in het medisch toerisme. Figuur 1 is de visuele weergave van de PESTEL-analyse. De figuur geeft de politieke, economische, socio-culturele, technologisch, milieu en wettelijke factoren voor zowel India als Nederland weer die in dit hoofdstuk zijn benoemd.

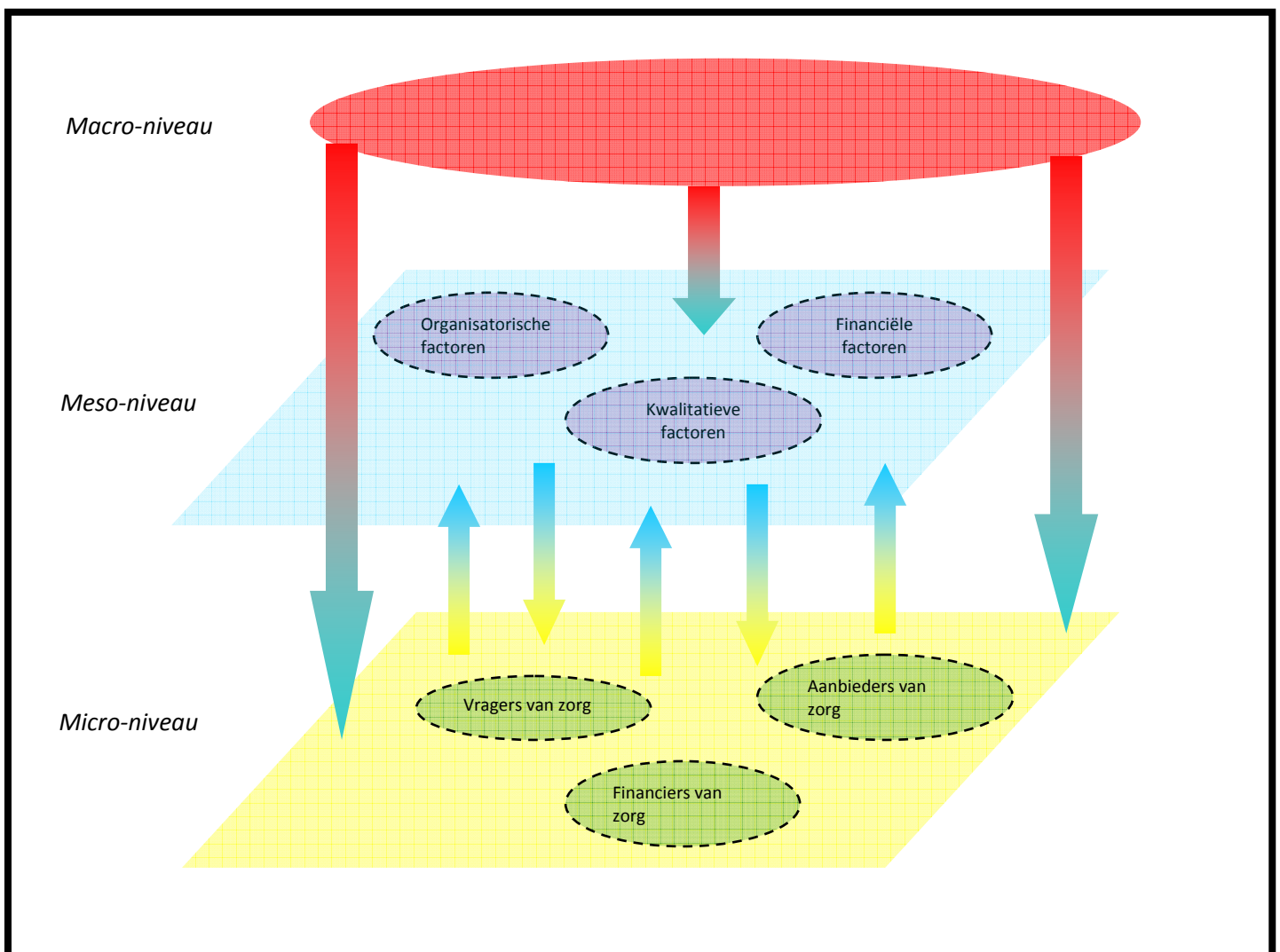


**Figuur 1: PESTEL-analyse medisch toerisme van Nederland naar India**

Uit figuur 1 kan geconcludeerd worden dat *organisatorische* (politieke, socio-culturele en wettelijke factoren), *financiële* (economische factoren) en *kwalitatieve* (technologische factoren) factoren de key drivers of change in de medisch toeristische industrie vormen. Bovendien is uit de PESTEL-analyse gebleken dat ook actoren directe en indirecte invloed kunnen uitoefenen op deze factoren

én op medisch toerisme. Actoren in het medisch toerisme zijn: aanbieders van zorg, vragers van zorg en financiers van zorg. Deze actoren bewegen zich op micro-niveau, dus binnen de medisch toeristische sector. Actoren hebben niet alleen invloed op factoren, deze invloed is wederzijds en continu. De factoren op macro-niveau beïnvloeden zowel de factoren op meso- en micro-niveau, deze invloed is eenzijdig.

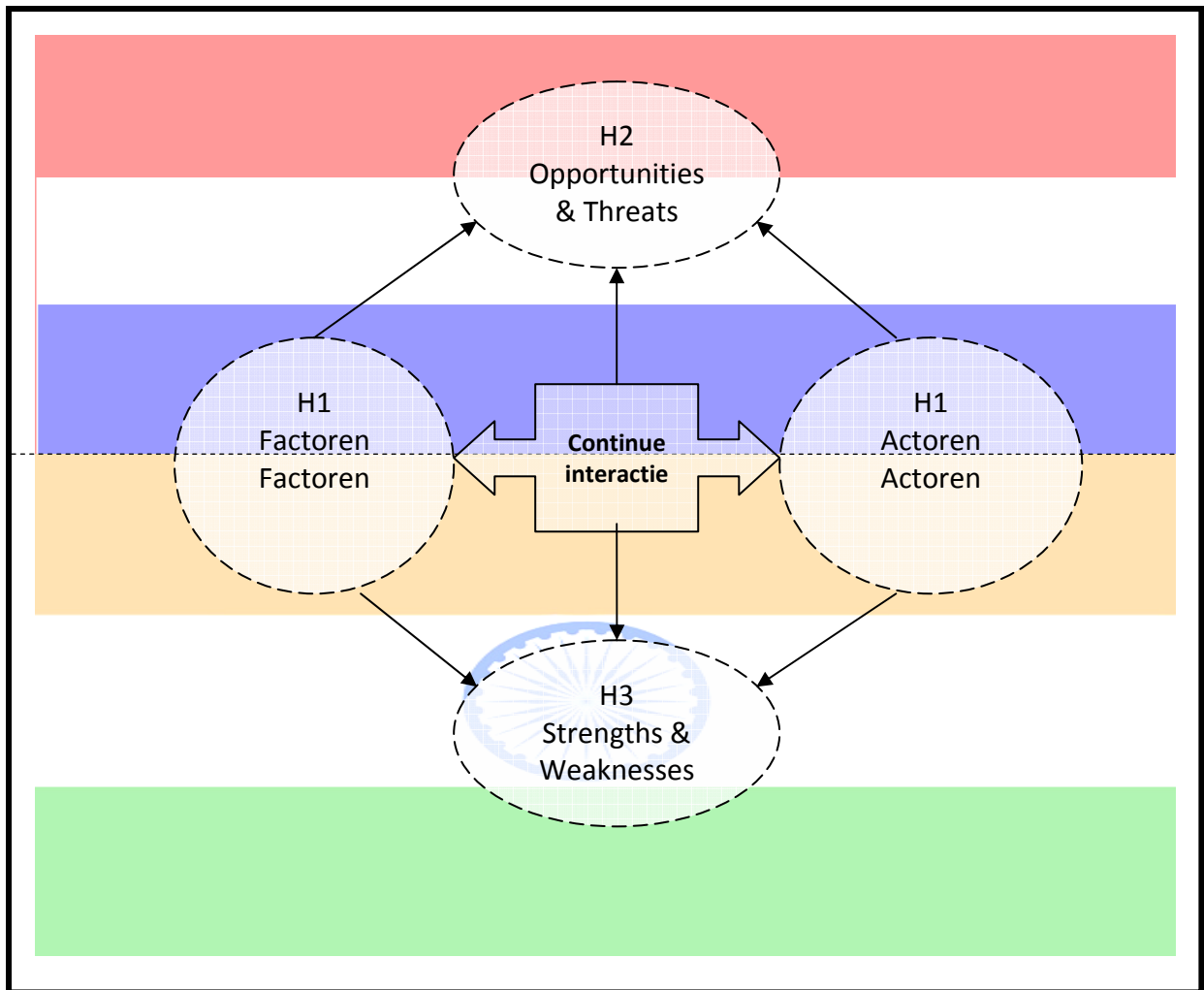
In figuur 2 is weergegeven hoe de drie verschillende niveaus – macro, meso en micro – ten opzichte van elkaar invloed uitoefenen op elkaar.



**Figuur 2: Marco-, meso- en micro-niveau**

In de volgende hoofdstukken worden deze factoren en actoren besproken.

In hoofdstuk 2 worden kansen en bedreigingen voor medisch toerisme in de Nederlandse gezondheidszorg behandeld. Vervolgens worden in hoofdstuk 3 de sterktes en zwaktes van de Indiase gezondheidszorg besproken. Zie figuur 3 voor een visuele weergave.



**Figuur 3: Opbouw en structuur onderzoek**

Aan de hand van de in hoofdstuk 3 verkregen informatie kan in hoofdstuk 4 een SWOT-analyse gemaakt worden. Op basis van de SWOT-analyse kunnen uitspraken worden gedaan over de toekomstmogelijkheden van medisch toerisme van Nederland naar India en strategische adviezen worden gegeven.

## Hoofdstuk 2 Kansen en bedreigingen in de Nederlandse gezondheidszorg

### 2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zal met behulp van literatuur deelvraag 2 *‘Wat zijn de beperkende en bevorderende factoren in het Nederlandse gezondheidszorgsysteem voor medisch toerisme naar India?’* beantwoord worden.

Het doel van dit hoofdstuk is om de kansen voor en bedreigingen van medisch toerisme vanuit Nederland naar India in beeld te krijgen.

Uit de PESTEL-analyse is gebleken dat deze kansen en bedreigingen voortkomen uit een aantal factoren dat belangrijk is voor het medisch toerisme, namelijk de organisatorische factoren, de financiële factoren en de kwalitatieve factoren.

Naast bovengenoemde factoren, spelen ook actoren in Nederland een rol in het medisch toerisme naar India. Zij kunnen deze ontwikkeling maken of breken. Achtereenvolgens worden de volgende actoren besproken: de aanbieders, de vragers en de financiers van de gezondheidszorg.

Aan het eind van dit hoofdstuk levert dit een model op dat een overzicht geeft van de kansen en bedreigingen vanuit de Nederlandse gezondheidszorg. Dit model zal als input worden gebruikt voor de SWOT-analyse in hoofdstuk 4.

### 2.2 Factoren

Uit de PESTEL-analyse is gebleken dat een drietal factoren, te weten organisatorische, financiële en kwalitatieve factoren relevant zijn in het medisch toerisme. Hierna wordt verdiepend ingegaan op deze factoren vanuit het Nederlandse perspectief. Er wordt een antwoord geformuleerd op de vraag: *Welke factoren in Nederland spelen een rol in het medisch toerisme naar India?*

#### 2.2.1 Organisatorische factoren

In de ontwikkeling van medisch toerisme spelen de organisationele factoren een aanzienlijke rol. Met organisationele factoren wordt de organisatie van de gezondheidszorg bedoeld. In deze paragraaf wordt antwoord gegeven op de vraag: *‘Hoe is de Nederlandse gezondheidszorg geregeld?’*

Jarenlang was het in Nederland wettelijk verplicht verzekerd te zijn voor ziektekosten. Tot voor kort reguleerde de overheid de gezondheidszorg door bijvoorbeeld premies en verzekeringspakketten te bepalen. In de jaren '90 vormen de lange wachtlijsten, de vergrijzing en de stijgende kosten van de zorg een bedreiging voor de continuïteit van dit gezondheidszorgsysteem. Nieuwe technologieën, behandelmethoden en dure medicijnen doen de kosten van de gezondheidszorg enorm stijgen.

Bovendien worden oude behandelmethoden niet altijd vervangen door nieuwe, waardoor het aantal beschikbare behandelingen stijgt.

De Nederlandse gezondheidszorg beweegt meer en meer richting privatisering. Deze beweging bereikt een mijlpaal in 2006 met de introductie van complete privatisering van de zorgverzekering. Op het moment van schrijven, is Nederland het enige land met een privaat gefinancierd zorgsysteem, lange wachtlijsten én hoge kosten tegelijkertijd. Gewoonlijk hebben geprivatiseerde systemen hoge kosten, maar korte wachtlijsten (Scheepbouwer, 2006). Scheepbouwer stelt in zijn rapport 'Sneller beter' ook dat zonder verbeteringen in de doelmatigheid één op de vijf mensen in Nederland in 2025 in de gezondheidszorg zal moeten werken. Het advies dat Scheepbouwer in zijn rapport geeft is het gebruik van een geïntegreerde aanpak om de introductie van de vrije markt te continueren en te verbeteren. Ondernemerschap in de zorg en vrije keuze voor patiënten zijn zeer belangrijk. De concurrentie tussen aanbieders moet groter worden.

Meer ondernemerschap, een vrije markt en vrije keuze vormen een stevig fundament voor medisch toerisme.

### **2.2.2 Financiële factoren**

In deze paragraaf wordt antwoord gegeven op de vraag: *'Hoe wordt de gezondheidszorg in Nederland gefinancierd?'* Zoals in de vorige paragraaf geschetst is, stijgen de kosten van de Nederlandse gezondheidszorg. Deze ontwikkeling kan medische toerisme naar India een impuls geven.

De kosten in de Nederlandse gezondheidszorg worden steeds hoger. Demografische ontwikkelingen en de stijgende complexiteit veroorzaken een stijging van de uitgaven. Echter, Scheepbouwer stelt in zijn rapport dat procesoptimalisatie, verbeterde behandelplannen en betere aanbestedingen kostenbesparend kunnen zijn. Als alle potentieel voor verbeteringen optimaal wordt gebruikt, zullen de kosten van curatieve zorg stijgen van 21 miljard Euro naar 37 miljard Euro per jaar in 2020. Als er echter geen verandering komt zullen de kosten stijgen naar 57 miljard per jaar.

Om de gezondheidszorg toch 'betaalbaar' te houden, is in 2006 het Nederlandse zorgsysteem geprivatiseerd.

Verschillende zorgverzekeraars bieden onder andere basisverzekeringen aan. Alle Nederlanders zijn verplicht een basisverzekering te hebben en alle verzekeraars zijn verplicht iedereen te accepteren. Dit voorkomt uitsluiting door bijvoorbeeld risicoselectie.

De Minister van Volksgezondheid bepaalt welke zorg wettelijk verzekerd is in de basisverzekering. Deze basiszorg omvat o.a. ziekenhuiszorg, specialistische zorg, medicijnen, tandartszorg tot 22 jaar en zittend ziekenvervoer.

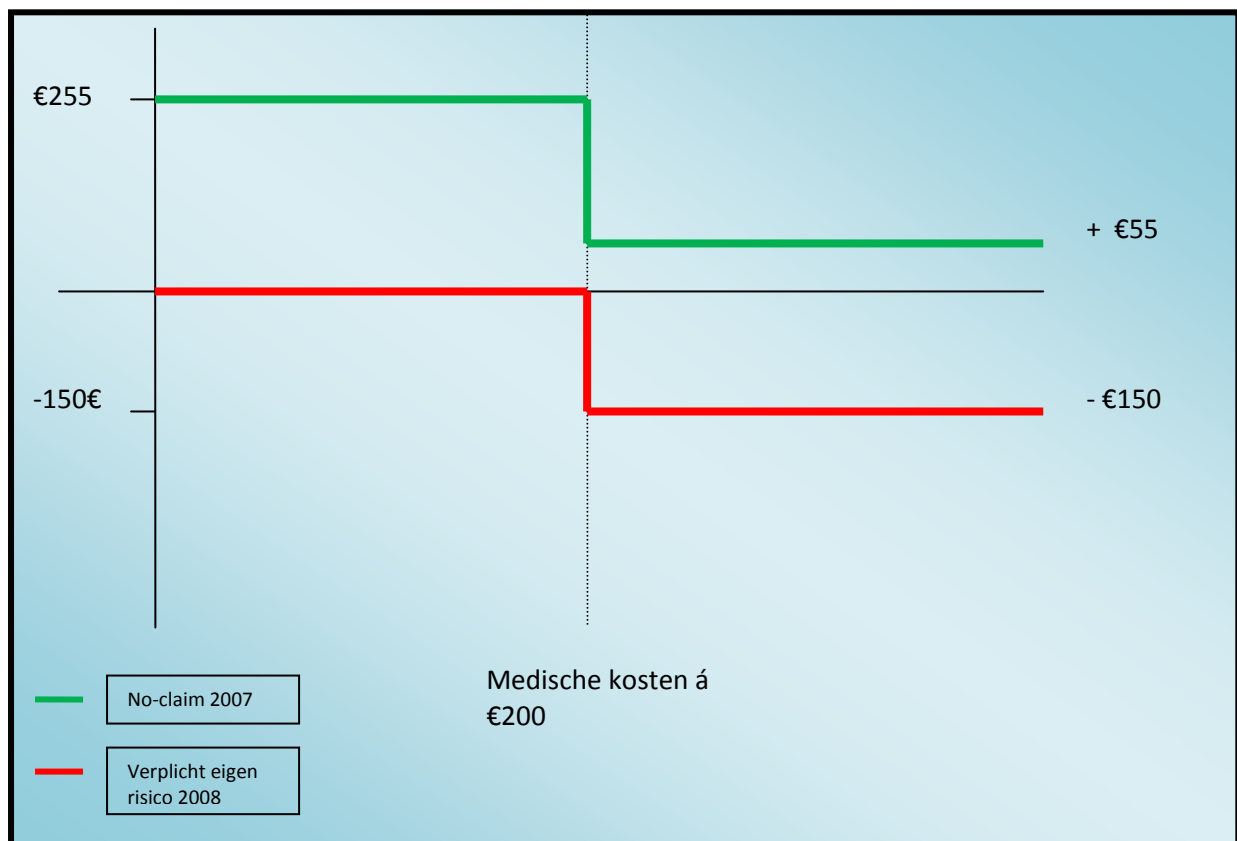


Zorgverzekeraars mogen zelf bepalen of zij alleen deze basiszorg aanbieden of meer. Het is echter niet toegestaan verschillende premies te vragen voor hetzelfde aanbod.

Als een verzekerde in 2007 geen zorgkosten maken, krijgt hij een bedrag van de verzekeraar van €255, dit wordt no-claim teruggaaf genoemd. Maakt de verzekerde kosten waarvoor hij op grond van de Zorgverzekeringswet is verzekerd, worden deze afgetrokken van het no-claim bedrag.

In 2008 verdwijnt de no-claim regeling en wordt het verplichte eigen risico ingevoerd. Elke verzekerde van 18 jaar of ouder betaalt in 2008 jaarlijks de eerste €150 aan gemaakte medische kosten zelf. In 2009 stijgt het eigen risico naar €155. Het verplichte eigen risico geldt voor alle zorg, behalve voor huisarts, verloskundige hulp of kraamzorg en tandheelkundige zorg tot 22 jaar.

De gevolgen van de afschaffing van de no-claim en de invoering van het verplichte eigen risico zijn in figuur 3 samengevat.



**Figuur 3: Verschil no-claim en verplicht eigen risico**

In figuur 3 is te zien dat de verzekerde in 2007 €55 euro terugkrijgt bij medische kosten van €200. In 2008 betaalt de verzekerde juist €150 bij dezelfde medische kosten van €200. In 2009 loopt dit zelfs op naar €155.

De kosten die de verzekerde gaat betalen stijgen dus, terwijl de gedekte zorg hetzelfde blijft of zelfs minder wordt.

Naast de basisverzekering bestaan er ook verschillende aanvullende zorgverzekeringen.

Een aanvullende verzekering vergoedt de medische kosten die niet worden vergoed vanuit de basisverzekering. Zorgverzekeraars bieden verschillende aanvullende verzekeringen aan. De meeste mensen verzekeren zich aanvullend voor tandheelkundige zorg vanaf 22 jaar en fysiotherapie (De Jong, 2006). Voor aanvullende verzekeringen gelden andere wetten dan voor de basisverzekering. Bij het afsluiten van een basisverzekering bestaat acceptatieplicht.

Bij de introductie van het nieuwe zorgverzekeringssysteem op 1 januari 2006 gold ook een acceptatieplicht voor aanvullende verzekeringen. Dit was een eenmalige regeling om de transitie voor de consument te vergemakkelijken. Als iemand na 1 januari 2006 een (andere) aanvullende verzekering wil afsluiten, mag de verzekeraar risicoselectie en prijsdiscriminatie toepassen. Dit betekent dat 'ongezonde' of zieke personen een hogere aanvullende premie moeten betalen of zelfs geweigerd worden voor een aanvullende verzekering. Wat hiervan de gevolgen zijn, is nog niet bekend. Men vreest dat deze regeling ervoor zal zorgen dat grote groepen mensen buiten spel worden gezet als het gaat om aanvullende zorgverzekeringen (CG-raad, 2005).

### **2.2.3 Kwalitatieve factoren**

In deze paragraaf worden de kwalitatieve factoren van de Nederlandse gezondheidszorg besproken. Wel moet er vermeld worden dat het erg moeilijk is om uitspraken te doen over de kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg aangezien hierover weinig informatie beschikbaar is. Er is geen *onafhankelijke* instantie die kwaliteit van ziekenhuizen vergelijkt of in kaart brengt. Er zijn wel onderzoeken geweest naar de kwaliteit van Nederlandse ziekenhuizen en naar aanleiding daarvan worden dan lijsten opgesteld, maar deze onderzoeken gaan vooral over klanttevredenheid en bovendien wordt er niet internationaal vergeleken (AD ziekenhuis top 100, 2008). De Zorgbalans 2008 van het RIVM concludeert dat de transparantie van de kwaliteit in de zorg onvoldoende is (RIVM, 2009).

Ook Rien Meijerink, de voorzitter van de Raad van de Volksgezondheid (RVZ) stelt: 'de kwaliteit van de zorg kan en moet beter' (De Volkskrant, 10 maart 2009). Er zijn geen wettelijke basisnormen waaraan de zorg wordt afgemeten. Op dit moment is de raad van bestuur en de raad van toezicht verantwoordelijk voor de kwaliteit. Echter, medisch specialisten geven het bestuur geen inzicht in rapportages over de kwaliteit van de zorg. Als medisch specialisten teveel tegengas krijgen van de directie of het bestuur, zeggen zij het vertrouwen in hen op en worden zij ontslagen. De gemiddelde tijd dat een directeur bij een ziekenhuis in dienst is, bedraagt 2,8 jaar (Volkskrant, 10 maart 2009). Om toch uitspraken te doen over de kwaliteit van ziekenhuizen om de vergelijking met Indiase privéklinieken te kunnen maken, wordt deze opgedeeld in verschillende criteria.

Ten eerste wordt accreditatie besproken. Accreditatie is een belangrijk begrip in de zorg. Wanneer ziekenhuizen of klinieken zijn geaccrediteerd zegt dit iets over de kwaliteit.

Ten tweede komen wachttijden en wachtlijsten aan bod. In Nederland leveren wachtlijsten en wachttijden problemen op. Doordat mensen lang moeten wachten op een behandeling, kunnen er complicaties ontstaan. Lange wachttijden en –lijsten kunnen een reden zijn voor medisch toerisme naar India.

Bovendien wordt aandacht besteed aan medische technologie. Het niveau van de technologie in de gezondheidszorg geeft namelijk een indicatie van de kwaliteit ervan.

Tenslotte worden de service en persoonlijke behandeling besproken. Klanttevredenheid in de zorg wordt steeds belangrijker, aangezien de cliënt steeds meer te zeggen krijgt door de privatisatie van de zorg. Bovendien worden consumenten kritischer en mondiger, zoals in de PESTEL-analyse gebleken is. Er is dus sprake van een dubbele emancipatie van de zorgconsument, enerzijds door de wetten (privatisatie) anderzijds door socio-culturele factoren (kritischer en mondiger zorgconsument).

### *Accreditatie*

Voordat dieper wordt ingegaan op accreditatie is het zinvol het begrip te definiëren. De stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ) geeft de volgende definitie van accreditatie: *“de erkenning door een gezaghebbende organisatie dat een andere organisatie of persoon competent is om een bepaalde taak uit te voeren.”* Andere definities van accreditatie focussen vooral op *“erkenning van kwaliteit door een onafhankelijk orgaan”* (HKZ, 2008).

De belangrijkste internationale kwaliteitsnorm voor ziekenhuizen is de Joint Commission International (JCI) (Medsolution.nl). De JCI is een accreditatie instantie zich wijdt aan het wereldwijd verbeteren van de kwaliteit en veiligheid in de gezondheidszorg. JCI is internationaal erkend en heeft de afgelopen 50 jaar wereldwijd medische instellingen gekeurd. De JCI kwaliteitseisen met betrekking tot bijvoorbeeld MRSA en wondinfecties zijn zeer streng. Voor het verlengen van de reeds verkregen accreditatie gelden 3-jaarlijkse keuringen. Er zijn sinds 1999 ruim 100 ziekenhuizen in 23 landen door JCI geaccrediteerd (Medsolution.nl). Geen enkel Nederlands ziekenhuis is er tot nu toe in geslaagd een JCI accreditatie te behalen (ziekenhuizen transparant.nl).

In Nederland wordt (nationale) accreditatie verleend door het Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen (NIAZ). De naam van NIAZ is eigenlijk misleidend. De erkenning die het instituut geeft is geen accreditatie, maar een certificatie, aangezien de toetsing niet wordt uitgevoerd door een onafhankelijke instelling, maar door een auditorenteam onder regie van het NIAZ. De auditoren zijn meestal vakgenoten en dat maakt de toetsing een soort peer review ([www.hkz.nl](http://www.hkz.nl)).

Van de 142 ziekenhuizen in Nederland zijn er slechts 51 geaccrediteerd door het NIAZ (ziekenhuizen transparant.nl).

### *Wachttijden en wachtlijsten*

Wachttijden en wachtlijsten zijn niet hetzelfde. Wachttijd is de tijd die verloopt tussen de klacht en de uiteindelijke beslissing dat de patiënt geopereerd kan worden. Wachttijden ontstaan al vaak bij het maken van een eerste afspraak met een specialist. Na de eerste afspraak wordt meestal besloten een foto of scan te maken, dit levert nog meer wachttijd op. Pas als besloten wordt daadwerkelijk te opereren, komt de patiënt op een wachtlijst. Hoe langer algehele wachttijd, hoe slechter dit is voor de gezondheid van de patiënt. In de wachttijd kunnen namelijk complicaties optreden.

Per sector hebben verzekeraars en zorgaanbieders afspraken gemaakt over wachttijden in de zorg. Er zijn maximaal aanvaardbare wachttijden vastgesteld in de Treeknormen (zie bijlage 1). De werkelijke wachttijden in Nederlandse ziekenhuizen zijn moeilijk te achterhalen. De Nationale Atlas Volksgezondheid publiceert op haar website wachttijden per specialisme. Gegevens over deze wachttijden zijn afkomstig uit het Diagnose behandel combinatie Informatiesysteem (DIS). Echter, deze gegevens zijn niet altijd compleet of actueel. Uit een steekproef bleek dat de verschillen tussen de wachttijden uit het DIS en van de websites van ziekenhuizen kunnen oplopen tot 10 weken (Deuning, 2007). Overigens is niet bekend hoe actueel de websites van de ziekenhuizen zijn, dus zou er ook verschil kunnen zijn tussen de wachttijden van de websites van ziekenhuizen en de werkelijke wachttijden.

### *Technologie*

De gezondheidszorg in Nederland verkeert in onrustig vaarwater. Er hebben veel veranderingen plaatsgevonden die de technologie en innovatie niet bepaald hebben gestimuleerd (Ministerie VWS, 2006). Baanbrekende technologieën, zoals robotoperaties worden in Nederland (nog) niet toegepast. Nederlandse ziekenhuizen hebben moeite om te voldoen aan de primaire kwaliteitseisen. Alhoewel er (nog) geen basis kwaliteitseisen in de wet beschreven zijn, heeft de Inspectie voor de Volksgezondheid bedreigd met het sluiten van een tiental intensive care afdelingen. Ook kan gedacht worden aan de dood van een vrouw in het Almelose Twenteborg ziekenhuis als gevolg van onverantwoorde veranderingen aan slecht onderhouden anesthesiezuilen (TC Tubantia, mei 2008). In september 2008 worden de OK's van de IJsselmeerziekenhuizen gesloten op aandringen van de Inspectie van de Gezondheidszorg (NOS, 17-09-2008).

### *Service*

In de zorg dreigt een personeelstekort te ontstaan. Bij gelijke omstandigheden zou in 2025 25% van de beroepsbevolking moeten werken in de zorg, op dit moment is dat 17%. De medische wereld is op zoek naar innovaties zoals nieuwe medicijnen en meer efficiëntie in de zorg die oplossingen vormen voor dit dreigende personeelstekort (Trouw, 4 februari 2009).

Door de toenemende druk op ziekenhuizen en artsen, wordt er steeds minder aandacht aan patiënten besteed. Als gevolg hiervan kunnen medische missers ontstaan. Volgens prof. Dr. Kingma vinden er ongeveer 30.000 ernstige en vermijdbare medische fouten plaats. De helft hiervan is het gevolg van verwijtbaar medisch handelen. In Nederland hebben recent enkele schokkende medische calamiteiten plaatsgevonden. Denk bijvoorbeeld aan de Enschedese dokter Jansen Steur die minstens 90 patiënten onterecht met Alzheimer, Parkinson of M.S. gediagnosticeerd heeft (TC Tubantia, 2009).

### **2.2.4 Conclusie factoren in de Nederlandse gezondheidszorg**

Bij de beantwoording van de vraag ‘*Wat zijn de beperkende en bevorderende factoren in het Nederlandse gezondheidszorgsysteem voor medisch toerisme naar India?*’ vloeien de beperkende en bevorderende factoren in het Nederlandse zorgaanbod voort uit drie verschillende categorieën: organisatorische, financiële en kwalitatieve factoren.

#### *Organisatorische factoren*

Ondernemerschap in de zorg en vrije keuze voor patiënten zijn zeer belangrijk. De concurrentie tussen aanbieders moet groter worden.

Meer ondernemerschap, een vrije markt en vrije keuze vormen een stevig fundament voor medisch toerisme.

#### *Financiële factoren*

De zorgverzekeringspremie wordt steeds duurder. Risicoselectie bij overstappen, nadelig voor ongezonde of chronisch zieke personen. Deze patiënten kunnen ervoor kiezen behandelingen in India te ondergaan als zij – al dan niet doordat zij onverzekerd zijn – operaties zelf moeten betalen.

#### *Kwalitatieve factoren*

Geen enkel Nederlands ziekenhuis heeft een JCI accreditatie.

Nationale accreditatie gaat via het NIAZ dat eigenlijk slechts een certificatie kan toewijzen.

Desondanks zijn er maar 51 van de 142 ziekenhuizen in Nederland die voldoen aan de richtlijnen van het NIAZ. Wachttijden en wachtlijsten zijn lang. Internationaal gezien behoort Nederland niet tot de

top wat betreft medische technologie. Samen met het feit dat de Nederlandse zorgconsument steeds kritischer en mondiger wordt, kan dit het medisch toerisme naar India op gang brengen.

Bovendien creëert dreigend personeelstekort in de zorg kansen voor medisch toerisme naar India.

Men is echter ook op zoek naar andere oplossingen, zoals nieuwe medicijnen en meer efficiëntie in de zorg.

## **2.3 Actoren in de Nederlandse gezondheidszorg**

Er zijn veel actoren in de Nederlandse gezondheidszorg. Hierna wordt ingegaan op de actoren die een rol kunnen spelen in het medisch toerisme naar India. Deze actoren zijn ingedeeld in aanbieders, vragers en financiers van zorg.

### **2.3.1 De aanbieders van zorg**

In Nederland zijn er verschillende aanbieders van zorg. In dit onderzoek wordt gefocust op aanbieders van medisch-specialistische zorg, omdat dit de zorg is die in India wordt aangeboden.

Deze aanbieders zijn in te delen in de categorieën: medisch specialisten, ziekenhuizen, zelfstandige behandelcentra (ZBC's) en privéklinieken.

#### *Medisch specialisten*

Medisch specialisten zijn de motor waar een ziekenhuis op loopt. 66 tot 75% van de medisch specialisten hebben zich verenigd in een maatschap. Zij werken als zelfstandig ondernemers binnen een ziekenhuis.

De raad van bestuur is eindverantwoordelijk voor de kwaliteit van het ziekenhuis. Echter, deze kan niet altijd haar taak goed uitvoeren aangezien medisch specialisten geen inzage geven in rapportages betreffende de kwaliteit van de zorg. Bovendien zijn medisch specialisten niet of nauwelijks bereid verantwoording af te leggen over hun werk (RVZ, 2009). Als de directie vervolgens het functioneren van een medisch specialist of een maatschap ter discussie stelt, zeggen de medisch specialisten het vertrouwen in de directie op. Op deze manier hebben medisch specialisten in Nederland veel macht. Zij bepalen wie hen 'controleert', bevalt het niet, kunnen zij het vertrouwen opzeggen en weer opnieuw iemand aanstellen (Volkskrant, 10 maart 2009).

De houding van medisch specialisten tegenover medisch toerisme naar India is overwegend negatief (Suyk, 2009). Voor hen is het een bron van concurrentie die ze liever kwijt dan rijk zijn.

De RVZ heeft in maart 2009 een rapport uitgebracht om de macht van de medisch specialisten aan banden te leggen. Als ziekenhuisdirecties meer invloed krijgen, kan dit gunstig uitpakken voor medisch toerisme. Dit wordt in de volgende paragraaf besproken.

## *Ziekenhuizen*

In Nederland zijn 142 ziekenhuizen met een totale capaciteit van 54,353 bedden. Het Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL, 2002) voorspelt dat steeds meer ziekenhuizen zullen gaan fuseren. Op deze manier willen ziekenhuizen hun onderhandelingspositie met verzekeraars en andere zorgaanbieders verbeteren.

Het gemiddelde aantal bedden per ziekenhuis is 400. In de jaren 2003 – 2006 is het aantal ziekenhuisbedden met ongeveer 5% afgenomen (RIVM, 2008).

Door de vergrijzing is echter juist een toename van de vraag naar ziekenhuiszorg te verwachten. Bovendien zal tussen nu en 2015 naar verwachting het aantal ziekenhuispatiënten ook toenemen door de ontwikkeling van medische technologieën. Meer dagopnames en poliklinische zorg zullen noodzakelijk zijn om de kloof tussen vraag en aanbod te dichten (RIVM, 2006). Een dergelijke trend is al gaande, het aantal dagopnamen is van 2000 tot 2004 met 9,2% toegenomen in algemene ziekenhuizen en met 19% in algemene ziekenhuizen (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2006).

In 2005 is het Diagnose Behandel Combinatie (DBC) systeem ingevoerd in de Nederlandse gezondheidszorg. Een DBC is een 'code' die alle activiteiten en verrichtingen die een patiënt in het ziekenhuis doorloopt, weergeeft (Grit & Meurs, 2005). Een DBC bestaat uit vier onderdelen: het zorgtype, de zorgvraag, de diagnose en de behandeling. Er zijn twee soorten DBC's; segment A en segment B. Aan DBC's in segment A is een bepaald tarief toegekend door de Nederlandse Zorgautoriteit. DBC's in segment B zijn onderhandelbaar. In 2009 is het B-segment uitgebreid van 15% in 2005 naar 34% (Ministerie van VWS, 2009). De nieuwe DBC structuur levert veel problemen op. Soms kost een operatie zelfs meer dan dat hij oplevert. Een voorbeeld is een bariatrische chirurgie. De kosten van een bariatrische ingreep zijn veel hoger dan de opbrengst uit de bijbehorende DBC (Piersma, 2008). Het gevolg is dat er ondanks alle problematiek omtrent obesitas (1,5 obese patiënten en 500.000 diabetes type II patiënten) maar weinig bariatrische operaties worden uitgevoerd (Suyk, 2008). Wanneer dit soort operaties (die meer kosten dan dat ze opleveren) zouden worden uitbesteed aan India, kunnen Nederlandse ziekenhuizen hier winst op maken. De prijs in India ligt namelijk veel lager dan de DBC die een Nederlands ziekenhuis hiervoor ontvangt.

Ziekenhuizen staan onder druk om te presteren. Er wordt van ze verwacht dat ze kwalitatief betere zorg verlenen tegen lagere kosten. Bovendien moeten de wachtlijsten verkort worden. Programma's als 'Sneller Beter' proberen de prestaties van ziekenhuizen te verbeteren. Of dit afdoende zal zijn om het effect van de (dubbel) vergrijzende maatschappij en de stijgende kosten van de gezondheidszorg te neutraliseren, is nog maar de vraag.

Medisch toerisme zou voor deze problematiek een oplossing kunnen bieden. Echter, een aantal Nederlandse ziekenhuizen voert een isolatiebeleid ten aanzien van mensen die in buitenlandse ziekenhuizen opgenomen zijn geweest om de kans op besmetting met de MRSA-bacterie te vermijden. Zelfs patiënten die in België opgenomen zijn geweest, worden in sommige ziekenhuizen geïsoleerd (Nieuw Amsterdams Peil, 2005). Patiënten, al dan niet medisch toeristen, die recentelijk tijd hebben doorgebracht in een buitenlands ziekenhuis, kunnen dus problemen krijgen om een ziekenhuis in Nederland te vinden.

#### *Zelfstandige Behandel Centra en privéklinieken*

In Nederland zijn er 79 door de overheid erkende Zelfstandige Behandel Centra (Medisch Centrum Bilstraat, 2008). Een ZBC is een privé-kliniek met een speciale overheidsvergunning om verzekerde zorg te bieden. Een ZBC verleent niet-acute, planbare zorg waarvoor de patiënt niet opgenomen hoeft te worden. ZBC's zijn vaak gespecialiseerd in bepaalde behandelingen zoals plastische chirurgie, orthopedie en cardiologie.

Naast de 79 ZBC's zijn er in Nederland ook privéklinieken. Dit zijn medisch specialistische centra die in particuliere handen zijn en dus ook particulier worden gefinancierd.

ZBC's en privéklinieken kunnen een oplossing bieden voor medisch toeristen die na hun behandeling in India follow-up afspraken moeten maken in Nederland. Bovendien kunnen zij oplossing bieden op het eerder geschetste MRSA-beleid van Nederlandse ziekenhuizen. Een eventuele samenwerking tussen ZBC's en/of privéklinieken en Indiase ziekenhuizen zou vruchtbaar kunnen zijn.

### **2.3.2 De vragers van zorg**

De vragers van zorg in Nederland zijn de (potentiële) patiënten. Hierna wordt deze algemene groep besproken gevolgd door een specifiek deel van de patiënten namelijk de Hindoestanen die woonachtig zijn in Nederland. Deze groep actoren wordt besproken omdat zij een grote rol kunnen spelen in de opkomst van het medisch toerisme naar India. De Hindoestanen kunnen namelijk een voortrekkersrol spelen in medisch toerisme, zij zullen het meest geneigd zijn om medische behandelingen te ondergaan in India.

#### *Patiënten*

Veertig procent van de 16,4 miljoen Nederlanders zijn ouder dan 45 jaar. De gezondheid van de populatie is gemiddeld vergeleken met andere westerse landen (RIVM, 2006). Ondanks het feit dat iedereen wettelijk verplicht is zich te verzekeren tegen ziektekosten, waren er op 1 mei 2007 282,440 mensen onverzekerd (CBS, 2008). Aan onverzekerde personen wordt in principe geen medische hulp



verleend, behalve als zij in levensgevaar verkeren. De groter wordende groep onverzekerden vormt een interessante potentiële doelgroep voor medisch toerisme naar India. Wanneer een onverzekerde medische zorg nodig heeft, kan hij beslissen dit in India te laten doen voor een fractie van de prijs die hij in Nederland zou moeten betalen.

Naast de trend dat er steeds meer mensen onverzekerd zijn, ontstaat ook de tendens van steeds duurder wordende ziektekostenpremies en zorgverzekeringspakketten die steeds minder behandelingen vergoeden enerzijds en veeleisende en mondige patiënten anderzijds. Als patiënten (beter) zouden worden geïnformeerd over de mogelijkheden van medisch toerisme, kunnen zij ervoor kiezen om hun (aanvullende) verzekering op te zeggen en voor niet-levensbedreigende behandelingen naar India te gaan.

Bovendien worden patiënten steeds mondiger en kritischer. De media speelt hierin een rol. Zij brengen 'schandalen' en misstanden in de zorg naar voren, waardoor zorgconsumenten kritischer worden. Bovendien beoogt de privatisatie van de zorg dat de positie van de zorgconsument beter is dan voorheen. Patiënten moeten zich kritischer gaan gedragen en bewust (aanbieders van) zorg gaan kiezen (Ministerie van VWS, 2009).

Maar wat denken patiënten zelf van medisch toerisme? In 2004 verschijnt het onderzoek '*Voor zorg naar het buitenland: veel mensen willen het, weinigen doen het*' van het Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL), waaruit blijkt dat Nederlanders weinig weten van (de mogelijkheden van) medisch toerisme. Op de vraag of zij bereid zijn voor zorg naar het buitenland af te reizen, antwoordt ongeveer de helft van de respondenten met 'ja'. Daarnaast zegt 35% 'misschien'. Slechts 1,9% van de 947 ondervraagden heeft ervaring met zorg in het buitenland, maar van deze personen vertrekt ruim tweederde ook echt. Van deze mensen hoefde slechts 18% bij te betalen om de zorg in het buitenland te kunnen krijgen. Meer dan 90% was van mening dat de zorg in het buitenland minstens zo goed was als verwacht.

Familie, vrienden en Nederlandse specialisten blijken een grote rol te spelen bij de keuze van patiënten om zich in het buitenland te laten behandelen. 41% van de ondervraagden maakte op basis van positieve verhalen van vrienden/kennissen de keuze om voor zorg naar het buitenland te gaan. Ruim 23% deed dit op aanraden van de medisch specialist. In slechts 12,8% maakte de zorgverzekeraar de beslissing.

Buts en collega's onderzochten de rol van zorgverzekeraars in grensoverschrijdende zorg (2005). Deze blijkt gering te zijn. Patiënten moeten zelf initiatief tonen en over doorzettingsvermogen beschikken als ze informatie over medisch toerisme willen. Zorgverzekeraars hebben geen kant-en-klare informatie. Deze moeizame relatie tussen verzekeringsmaatschappijen en patiënten kan een barrière vormen voor medisch toerisme (Buts et. al., 2005).

Volgens het onderzoek van NIVEL is de grootste belemmering om gebruik te maken van zorg in het buitenland de taal. Het niet beheersen van de taal vindt 59% van de respondenten (zeer) belemmerend. In India is de tweede taal Engels, een taalbarrière zal bij medisch toerisme naar India dan ook weinig tot geen problemen opleveren.

55% van de respondenten vindt het een (grote) barrière om meerdere keren achter elkaar naar het land toe te moeten voor behandeling en/of controle. Deze barrière kan worden afgebroken door samenwerking tussen Indiase privéklinieken en Nederlandse ZBC's en privéklinieken. De lange reis die de zorg in het buitenland met zich meebrengt, blijkt geen tot weinig belemmeringen te vormen. Dit zou kunnen worden verklaard door de stijgende mobiliteit en reislustigheid van Nederlanders (NIVEL, 2004). In bijlage 1 is de gehele tabel van drempels te vinden.

Een veel gehoord argument tegen medisch toerisme is van ethische aard. Wanneer 'rijke' buitenlanders naar India gaan om medische behandelingen te ondergaan, pikken zij de zorg in van arme Indiërs die deze zorg juist zo nodig hebben. Echter, de arme Indiase bevolking zou behandelingen in de privéklinieken nooit kunnen betalen. Bovendien verlenen verscheidene klinieken juist gratis zorg aan arme Indiërs van de winst die zij maken op medisch toerisme. Een substantieel deel van het medisch toeristische geld gaat naar projecten voor educatie en gezondheidszorg (Suyk, 2009; Apollo Hospitals, 2009).

#### *Hindoestaanse populatie in Nederland*

In Nederland wonen ruim 200.000 Hindoestanen. Het grootste deel is woonachtig in Den Haag, Amsterdam en Rotterdam. Indiërs in Nederland kunnen ingedeeld worden in twee groepen. De eerste groep bestaat uit Indiërs die 100 jaar geleden naar Suriname zijn geïmmigreerd en later naar Nederland zijn gekomen. De tweede groep bestaat uit Indiase professionals die recentelijk naar Nederland zijn geïmmigreerd.

Uit onderzoek blijkt dat Hindoestanen die woonachtig zijn in Nederland geïnteresseerd zijn in medisch toerisme naar India (Mandemaker, 2007).

Omdat Hindoestanen oorspronkelijk uit India afkomstig zijn, zijn de (culturele) drempels voor hen om naar India af te reizen voor een medische behandeling niet zo groot als voor Nederlanders.

Hindoestanen zouden hun behandeling zelfs kunnen combineren met bezoek aan familie of vrienden in India.

Concluderend kan dus worden gesteld dat de Hindoestanen die woonachtig zijn in Nederland een interessante doelgroep is voor medisch toerisme naar India. Bovendien zouden zij een voortrekkersrol kunnen spelen in het promoten van medisch toerisme naar India.

### **2.3.3 De financiers van zorg**

Zoals eerder in dit hoofdstuk besproken, zijn Nederlanders verzekerd tegen ziektekosten. De verzekering koopt zorg in bij de aanbieders en de overheid bepaalt welke zorg al dan niet vergoed wordt. De verzekeringsmaatschappijen spelen een centrale rol in de financiering van de zorg. Zij dienen met het geld verkregen uit de premies zorg optimaal in te kopen.

#### *Verzekeringsmaatschappijen*

De rol van verzekeringsmaatschappijen verandert. Zij verschuiven van bureaucratische organisaties die premies ontvangen en de zorgverleners betalen naar moderne 'bedrijven' die de doelstelling hebben goede zorg in te kopen voor een zo laag mogelijke prijs.

Zorgverzekeraars kochten al eerder zorg in over de grens in verband met de wachtlijsten. Deze zorg werd dan vooral ingekocht in Duitsland en België. Sommige verzekeraars kochten de zorg ook in uit landen als Turkije, Marokko, Curaçao, Sint Maarten en Suriname. Doelgroepen voor deze zorg zijn vooral emigranten vanuit deze landen die woonachtig zijn in Nederland (Buts et. al., 2005).

Het inkopen van zorg in India zou een oplossing kunnen zijn voor zorgverzekeraars. De combinatie van lage kosten en de afwezigheid van wachtlijsten biedt een oplossing voor de Nederlandse problematiek. Het blijkt dat zorgverzekeraars wel degelijk geïnteresseerd zijn in medisch toerisme, want in januari 2006 vertrekt een afvaardiging van directeuren en voorzitters van Menzis, Zorgverzekeraars Nederland, Agis zorgverzekeringen en andere (zorg)organisaties op een innovatiereis naar India. Op deze reis wordt ingegaan op de mogelijkheden van medisch toerisme naar India (IT & Zorg Innovatie in India, 2006).

Naast het inkopen van zorg in het buitenland door de zorgverzekeraar, kunnen patiënten zelf ook kiezen voor zorg over de grens. De patiënt kan dan bij de verzekeraar een verzoek indienen voor vergoeding van een behandeling in het buitenland.

### **2.3.4 Conclusie actoren in de Nederlandse gezondheidszorg**

#### *Aanbieders van zorg*

De druk op ziekenhuizen door lange wachtlijsten en marktwerking. Veel problematiek rondom de DBC's. Medisch toerisme naar India zou hiervoor een oplossing kunnen zijn. Echter, Nederlandse ziekenhuizen voeren een isolatiebeleid tegen mensen die in het buitenland in een ziekenhuis zijn verbleven om besmetting met de MRSA bacterie te voorkomen. Dit werpt een hoge drempel op voor medisch toerisme in verband met eventuele nabehandelingen die in Nederland plaats moeten vinden.

De oplossing hiervoor zou gevormd kunnen worden door een samenwerking tussen Indiase en Nederlandse privéklinieken, waarbij de laatstgenoemde de nabehandelingen in Nederland op zich zou kunnen nemen.

#### *Vragers van zorg*

Uit onderzoek blijkt dat Nederlanders open staan voor medische behandelingen over de grens. Er zijn enkele barrières, maar deze kunnen worden afgebroken. Echter, medisch toerisme heeft nog weinig bekendheid. Om medisch toerisme naar India op de kaart te zetten en te promoten zou de Hindoestaanse populatie een voortrekkersrol kunnen spelen. Zij zullen eerder geneigd zijn naar India af te reizen voor medische behandelingen al dan niet gecombineerd met een vakantie of bezoek aan familie. Naast het promoten van medisch toerisme naar India, zal ook het ethische argument tegen medisch toerisme – het afpakken van zorg van de arme Indiërs – moeten worden weerlegd.

#### *Financiers van zorg*

Nederlandse zorgverzekeraars zijn geïnteresseerd in het inkopen van zorg over de grens. Medisch toerisme naar India zou een oplossing kunnen zijn voor de problematiek met betrekking tot de wachtlijsten en de stijgende kosten in Nederland. Bovendien kan het kostenbesparingen opleveren voor verzekeringen, dit kan ten goede komen aan de concurrentiepositie van zorgverzekeraars.

In bijlage 2 zijn de relaties tussen de verschillende actoren in de Nederlandse gezondheidszorg ten opzichte van elkaar en van medisch toerisme weergegeven.

## 2.4 Conclusie hoofdstuk 2

Uit de analyse van de verschillende factoren en actoren in de Nederlandse gezondheidszorg, kan geconcludeerd worden dat er zowel kansen als bedreigingen liggen voor medisch toerisme naar India. Kansen komen vooral voort uit de veranderingen die de gezondheidszorg in Nederland heeft doorgemaakt (privatisatie) en bedreigingen worden gevormd door onbekendheid van medisch toerisme en het Nederlandse MRSA-beleid.

De kansen en bedreigingen zijn samengevat in tabel 1.

Opportunities	Threats
Privatisatie <i>Vrije keuze, ondernemerschap en vrije markt</i>	
Achterblijvende kwaliteit Nederlandse gezondheidszorg (internationaal gezien) <i>Indiase privéklinieken JCI geaccrediteerd</i>	Onbekendheid van medisch toerisme
Dreigend personeelstekort in de zorg <i>Op zoek naar oplossingen, zoals medisch toerisme</i>	Medische wereld is op zoek naar innovaties anders dan medisch toerisme
DBC-stelsel <i>Sommige behandelingen kosten meer dan de DBC voorschrijft.</i>	
Lange wachtlijsten <i>Men zoekt naar oplossingen voor wachtlijsten, zoals medisch toerisme</i>	Medische wereld is op zoek naar innovaties anders dan medisch toerisme
Hoge, stijgende kosten <i>In India zijn de kosten lager</i>	
Nederlandse privéklinieken hebben geen MRSA-beleid <i>Samenwerking Nederlandse privéklinieken met Indiase klinieken</i>	Nederlands MRSA beleid <i>Mensen die in India zijn behandeld worden niet opgenomen in Nederlandse ziekenhuizen uit angst voor besmetting MRSA-bacterie</i>
Premie zorgverzekering duurder <i>Mensen kunnen dit niet meer betalen, zoeken naar alternatieven zoals medisch toerisme</i>	Medische wereld is op zoek naar innovaties anders dan medisch toerisme
Stijgende mobiliteit en reislustigheid van Nederlanders <i>Reis naar India wordt niet (meer) als belemmering gezien</i>	Ethische kant: zorg wordt afgenomen van arme bevolking
Hindoestaanse populatie <i>Kan voortrekkersrol spelen in medisch toerisme</i>	

Tabel 1: Kansen en bedreigingen vanuit Nederland voor medisch toerisme naar India

## Hoofdstuk 3 Sterktes en zwaktes van de Indiase gezondheidszorg

### 3.1 Inleiding

Er zal in dit hoofdstuk een antwoord worden geformuleerd op deelvraag 2 *‘Wat zijn de beperkende en bevorderende factoren die vanuit de Indiase gezondheidszorg relevant zijn voor medisch toerisme vanuit Nederland?’*

Het doel van dit hoofdstuk is om de sterktes en zwaktes van medisch toerisme vanuit het Indiase perspectief in beeld te krijgen.

Uit de PESTEL-analyse is gebleken dat deze sterktes en zwaktes voortkomen uit een aantal factoren dat belangrijk is voor het medisch toerisme, namelijk de organisatorische factoren, de financiële factoren en de kwalitatieve factoren.

Naast bovengenoemde factoren, spelen ook actoren in India een rol in het medisch toerisme naar India. Achtereenvolgens worden de volgende actoren besproken: de aanbieders, de vragers en de financiers van de gezondheidszorg.

Aan het eind van dit hoofdstuk levert deze analyse een model op dat een overzicht geeft van de sterktes en zwaktes in de Indiase gezondheidszorg. Dit model zal als input worden gebruikt voor de SWOT-analyse in hoofdstuk 4.

### 3.2 Factoren

Uit de PESTEL-analyse is gebleken dat een drietal factoren, namelijk organisatorische, financiële en kwalitatieve factoren relevant zijn in het medisch toerisme. Hierna wordt verdiepend ingegaan op deze factoren vanuit het Indiase perspectief. Er wordt een antwoord geformuleerd op de vraag: *Welke factoren in India spelen een rol in het medisch toerisme?*

#### 3.2.1 Organisatorische factoren

In de ontwikkeling van medisch toerisme spelen organisatorische factoren een rol. Met organisatorische factoren wordt de organisatie van de gezondheidszorg bedoeld. In deze paragraaf wordt antwoord gegeven op de vraag: *“Hoe is de Indiase (private) gezondheidszorg geregeld met het oog op medisch toerisme?”*

De centrale overheid in India promoot medisch toerisme. Medisch toeristen krijgen een speciaal Medical Visum en er wordt geld geïnvesteerd in het verbeteren van de infrastructuur (Mandemaker, 2007). Bovendien bepaalt de National Health Policy dat het verlenen van medische diensten tegen betaling in buitenlandse valuta wordt gezien als export, met alle belastingvoordelen van dien. Tot

slot is er een grootschalige campagne opgezet om toerisme en medisch toerisme naar India te promoten. Bovendien heeft de Indiase overheid een grootschalige campagne 'Incredible India' gelanceerd. Er is een website, een YouTube kanaal en er worden in talloze landen reclamespotjes op televisie uitgezonden (incredibleindia.com, 2009). Het doel van Incredible India is het promoten van toerisme naar India en de nummer één bestemming te maken voor toeristen (incredibleindia.com, 2009).

De meeste privéklinieken in India werken zeer efficiënt. Het zijn gespecialiseerde klinieken waar taken en procedures georganiseerd zijn om zo efficiënt mogelijk te werken. Deze organisatie is vergelijkbaar met de organisatie van een Toyota fabriek (Fuhrmans, 2007).

Fortis Healthcare Hospital in New Delhi gebruikt een business model dat de persoonlijke service van een hotel combineert met de industriële processen van een autofabriek. De bestuursleden hebben ervaring op beide gebieden. De vice voorzitter Jasbir Grewal heeft jarenlang gewerkt voor de bekende hotelketen Hilton. Hij beschrijft het ziekenhuis als een hotel dat medische superieure behandelingen verleent. De voorzitter van Fortis Harpal Singh heeft in de auto-industrie gewerkt en benadrukt de noodzaak om processen zo in te richten dat procedures snel en efficiënt kunnen worden verricht. (Stokes, 2007)

Apollo Hospitals past een speciaal model, genaamd the Apollo Clinical Excellence (ACE) toe om internationale gezondheidszorgstandaarden na te leven. Een ACE score systeem wordt gebruikt om de ziekenhuizen van de Apollo Group te rangschikken. Er zijn verschillende niveaus, het hoogste is Level 1. Als een bepaald ziekenhuis Level 1 bereikt, worden de maatstaven verhoogd. Op deze manier wordt continue verbetering gewaarborgd (Apollo, 2009).

### **3.2.2 Financiële factoren**

Medisch toerisme is voor India een belangrijke bron van inkomsten en de markt is groeiend.

In 2005 kwamen 500.000 medisch toeristen naar India. Het Apollo ziekenhuis meldt een jaarlijkse groei van 20 tot 25% (Roth, 2006). McKinsey & Company schat dat het medisch toerisme in India zal groeien naar \$2,3 miljard in 2012 (McKinsey & Company, 2005).

De belangrijkste reden voor medisch toerisme is van financiële aard. Een operatie in India kan tot tien keer goedkoper zijn dan in landen in het Westen. Hierna worden een paar voorbeelden gegeven van prijsverschillen van medische behandelingen, wel moet vermeld worden dat de prijzen in Nederland niet eenduidig zijn. Het vinden van een overzicht van prijzen en DBC's van ingrepen en behandelingen is zeer moeilijk. Er is geen onafhankelijke organisatie die deze prijzen en tarieven publiceert, daarom zullen gemiddelde prijzen worden gehanteerd.

Klinieken zoals Max Healthcare, Asian Heart Institute en Wockhardt Hospitals hebben zich gespecialiseerd in hartoperaties en behoren tot de beste en goedkoopste klinieken ter wereld. Een

open hartoperatie kost bijvoorbeeld ongeveer €3,600 (Mudur, 2004), terwijl dit in Nederland tussen €10,000 en €30,000 kost (de Groot, 2005). Een neuscorrectie kost in Nederland gemiddeld €3500 (\$4050), in India is de prijs slechts \$850. Een hartoperatie kost in India \$4000, terwijl een vergelijkbare operatie in Nederland gemiddeld €25000 (\$30000) bedraagt (Herrick, 2007).

Ook niet-chirurgische procedures zijn in India goedkoper. Een MRI scan in India kost \$200, in Nederland betaal je gemiddeld €1400 (\$1770).

De prijzen van medische behandelingen en procedures in India zijn om aantal redenen lager dan in Nederland.

In Nederland bedragen de arbeidskosten gemiddeld ongeveer de helft van de opbrengsten van het ziekenhuis (Berger, 2005). Lonen en andere arbeidskosten liggen in India lager, bijvoorbeeld bij Apollo waar artsen ongeveer 40% minder verdienen dan artsen in het Westen. Verpleegkundig personeel in India verdient ongeveer een vijfde tot een twintigste vergeleken met westers verpleegkundig personeel. Ook ligt het loon van ongeschoold in India een stuk lager dan in het Westen (Herrick, 2007).

Bovendien is het in India veel goedkoper om een ziekenhuis te bouwen en te laten functioneren (Stokes, 2007).

Markten, zoals de Nederlandse zorgmarkt zijn bureaucratisch als verzekeraars en overheid de meeste rekeningen betalen. Patiënten hoeven zelf geen grote bedragen neer te tellen wanneer zij een operatie of behandeling nodig hebben. Hierdoor gedragen patiënten zich niet als prijsbewuste zorgconsumenten. Dit stimuleert zorgaanbieders niet om op prijs te concurreren.

In de private zorgsector in India zijn patiënten verantwoordelijk voor 78% van de uitgaven in de zorg (WHO, 2004). Als patiënten meer zelf moeten betalen voor gezondheidszorg, zijn zij kritischer ten opzichte van de prijs. Dit zorgt voor een stimulans voor zorgaanbieder in India om de prijzen laag te houden.

### **3.2.3 Kwalitatieve factoren**

In deze paragraaf worden de kwalitatieve factoren van de privéklinieken in India besproken. De kwaliteit van ziekenhuizen wordt opgedeeld in verschillende criteria.

Ten eerste wordt accreditatie besproken. Accreditatie is een belangrijk begrip in de zorg. Wanneer ziekenhuizen of klinieken zijn geaccrediteerd zegt dit iets over de kwaliteit.

Ten tweede komen wachttijden en wachtlijsten aan bod. Zoals in hoofdstuk 2 naar voren kwam, leveren wachtlijsten en wachttijden problemen op. Doordat mensen lang moeten wachten op een behandeling, kunnen er complicaties ontstaan. In India is er geen sprake van wachtlijsten, dit kan een reden zijn om te kiezen voor een behandeling in India.



Bovendien wordt aandacht besteed aan medische technologie. Het niveau van de technologie in de gezondheidszorg geeft namelijk een indicatie van de kwaliteit ervan.

Tenslotte worden de service en persoonlijke behandeling besproken. Klanttevredenheid in de zorg wordt steeds belangrijker, aangezien de Nederlandse cliënt steeds meer te zeggen krijgt door de privatisatie van de zorg.

### *Accreditatie*

In tegenstelling tot Nederlandse ziekenhuizen, zijn de Indiase privéklinieken wel JCI geaccrediteerd.

In hoofdstuk 2 is vermeld wat JCI is. Bij het accrediteren van ziekenhuizen letten zij vooral op de volgende gebieden:

- toegang tot gezondheidszorg
- diagnosestelling en zorgprocessen
- educatie en rechten van het individu
- management van informatie en human resources
- veiligheid
- infectiecijfers
- geïntegreerd samenwerkend management
- facility management
- meting van prestaties
- educatie en rechten van patiënten

Een JCI accreditatie is een wereldwijde 'gouden standaard' als het gaat om kwaliteit en veiligheid in de gezondheidszorg.

Er kan dus gesteld worden dat de medisch toeristische zorg verleend in JCI geaccrediteerde klinieken van betere kwaliteit is dan de zorg die in Nederland wordt verleend.

### *Wachttijden en wachtlijsten*

Door de afwezigheid van wachtlijsten kunnen medisch toeristen eerder behandeld worden in India dan in Nederland. De wachttijden en de eventuele ziekteduur zijn dus aanzienlijk minder lang en dit heeft positieve gevolgen voor de algehele gezondheid van de patiënt.

### *Technologie*

Doordat de Indiase overheid nieuwkomers op de medisch toerisme markt volop de ruimte en kansen geeft, investeren grote ondernemingen in de zorg en keren ervaren artsen die zijn opgeleid in de VS of in Groot-Brittannië terug naar hun moederland om klinieken op te zetten. Dit resulteert in een

private zorgsector met een goede kwaliteit. Vooral de hartchirurgie, neurochirurgie en orthopedie in Indiase klinieken behoren tot de wereldtop (de Graaf, 2006).

India loopt voor op veel andere landen op het gebied van technologie en vooruitgang in de gezondheidszorg. Chirurgen als dokter Subramaniam van het Apollo ziekenhuis zijn pioniers in keyhole hartoperaties en robotoperaties (Medical Tourism Magazin, 2007).

Dokter Ramachandran is een neurowetenschapper die studeerde in San Diego en de aard van fantoompijn ontdekte en hier een behandeling voor ontwikkelde (MTM, 2007).

Daarnaast worden in India operaties uitgevoerd die in Nederland niet tot de mogelijkheden behoren, bijvoorbeeld 'robot-assisted joint replacement' (Bies & Zacharia, 2007).

Medische apparatuur wordt voor 80% ingevoerd vanuit de VS en Europa en is dus van dezelfde kwaliteit als in Nederland.

Naast technologische operaties die in Nederland niet tot de mogelijkheden behoren, maakt men in India ook gebruik van telemedicine. Telemedicine is het op afstand verlenen van zorg door gebruik te maken van ICT (Nitel, 2009). Zo kan bijvoorbeeld een diagnose worden gesteld op afstand.

#### *Service*

Service is vreemd genoeg niet iets waar mensen aan denken als het om zorg gaat. Wat vooral opvalt, is de gastvrije en vriendelijke bejegening van de patiënt. De medisch toerist wordt opgehaald van het vliegveld, begeleid door een speciale patiëntenbegeleid(st)er en verblijft in een VIP kamer in het ziekenhuis. De partner van de patiënt kan meekomen en verblijft dan op dezelfde kamer als de patiënt. Per patiënt is er minstens één verpleegkundige 24 uur per dag aanwezig.

Kortom, de dienstverlening in India is de dienstverlening in Nederland wat betreft de zorg ver vooruit.

### **3.2.4 Conclusie factoren Indiase gezondheidszorg**

Bij het beantwoorden van de vraag '*Welke factoren in India spelen een rol in het medisch toerisme?*' zijn kenmerken van de Indiase private gezondheidszorg benoemd die een rol spelen in medisch toerisme. Deze factoren zijn ingedeeld in drie categorieën: organisatorische, financiële en kwalitatieve factoren.

#### *Organisatorische factoren*

De Indiase centrale overheid promoot medisch toerisme wereldwijd op een zeer actieve manier. Daarnaast is uit de analyse gebleken dat de privéklinieken zoals Fortis en Apollo zeer efficiënt werken. De organisatie van Fortis kan vergeleken worden met enerzijds de service van een hotel gecombineerd met de efficiëntie van een autofabriek.

Apollo Hospital hanteert een speciaal programma om waarborging en continue verbetering van de kwaliteit van zorg te bewerkstelligen.

#### *Financiële factoren*

Medisch toerisme is voor India een belangrijke bron van inkomsten. Er is zelfs geschat dat medisch toerisme in 2012 \$2,3 miljard dollar zal opleveren.

Operaties kunnen tot tien keer goedkoper zijn dan in Westerse landen. De lagere prijzen stimuleren medisch toeristen in eerste instantie om een behandeling in het buitenland te ondergaan, of hier in ieder geval over na te gaan denken.

#### *Kwalitatieve factoren*

Indiase privéklinieken zijn JCI geaccrediteerd, de kwaliteit en veiligheid is dus gewaarborgd. Naast de geaccrediteerde kwaliteit, hanteert men in India geen wachtlijsten of –tijden. Qua technologie in de zorg behoort India tot de wereldtop. Er worden operaties uitgevoerd die in Nederland niet tot de mogelijkheden behoren.

De service is in India ook van een hoog niveau. Medisch toeristen worden opgehaald van het vliegtuig, opgevangen en intensief begeleid. Ze slapen (eventueel samen met een familielid) in een VIP kamer en per patiënt is er minstens één verpleegkundige 24 uur per dag aanwezig.

### **3.3 Actoren in het medisch toerisme**

In de volgende paragrafen wordt ingegaan op de actoren die een belangrijke rol kunnen spelen in het medisch toerisme naar India. Deze actoren zijn ingedeeld in aanbieders, vragers en financiers van zorg.

#### **3.3.1 Aanbieders van zorg**

In deze paragraaf wordt ingegaan op de aanbieders van medisch toeristische zorg in India. Wel moet er nadruk worden gelegd dat enkel gespecialiseerde privéklinieken worden besproken. Om een concreet voorbeeld te geven is er op basis van literatuur- en veldonderzoek gekozen voor één ziekenhuisgroep in India die representatief is voor alle privéklinieken en de grootste speler is op de medisch toeristische markt. Er is gekozen voor de Apollo Hospitals.



De Apollo-groep heeft meer dan 10.000 bedden verspreid over 43 ziekenhuizen in India en daarbuiten. Indraprastha Apollo Hospital is de grootste Apollo vestiging met een

bedden capaciteit van 560 en 14 operatiekamers, medische experts en de nieuwste technologie. Er worden jaarlijks ongeveer 200.000 patiënten behandeld, waaronder 12.000 internationale patiënten. Deze patiënten zijn afkomstig uit landen als Amerika, Groot-Brittannië, Duitsland, Spanje, Zwitserland, België, Frankrijk, Nederland, Canada, Oman, Verenigde Arabische Emiraten en Mauritius. Behandeling die internationale patiënten vooral ondergaan zijn cosmetische chirurgie, orthopedie en cardiologie.

Om er zeker van te zijn dat de reis, behandeling en het verblijf van de internationale patiënt zorgeloos verloopt, organiseert Apollo Hospitals lokale reisarrangementen, transfers van en naar het vliegveld, coördinatie van afspraken met dokters, accommodatie voor familie, tolk(en) en afspraken met resorthebbers voor postoperatieve zorg.

Indraprastha Apollo Hospital was het eerste Indiase ziekenhuis dat een gouden standaard certificaat ontvangen heeft van de Joint Commission International (JCI) ([apollohospitals.com](http://apollohospitals.com); interview 2-2-2009).

### **3.3.2 Vragers van zorg**

De vragers van medisch toeristische zorg kunnen worden ingedeeld in drie categorieën.

In al deze categorieën geldt dat Hindoestanen van Nederlandse afkomst een voortrekkersrol kunnen spelen. Hindoestanen kunnen er vooral voor zorgen het beeld dat Nederlanders hebben van India als een onhygiënisch en vies land te nuanceren.

De eerste categorie medisch toeristen zijn mensen die op korte termijn zorg nodig hebben, maar deze zorg in Nederland niet tijdig kunnen ontvangen. Aangezien in India geen wachtlijsten zijn en een operatie binnen 10 dagen na het eerste emailcontact kan plaatsvinden, zou medisch toerisme voor deze patiënten een oplossing kunnen zijn.

Een tweede categorie vormen patiënten die een zorgvraag hebben die niet door de zorgverzekeraar vergoed wordt. Hierbij kan gedacht worden aan plastische chirurgie of dentale chirurgie. Als deze patiënten de zorg zelf moeten betalen, kan het voor hen aantrekkelijk zijn de gewenste behandeling(en) in India te ondergaan, aangezien de prijzen veel lager liggen.

De laatste categorie potentiële medisch toeristen wordt gevormd door onverzekerden. Hoewel er op dit moment in Nederland relatief weinig mensen niet verzekerd zijn voor zorg, wordt voorspeld dat dit aantal in de toekomst flink gaat stijgen. Als een onverzekerde zorg nodig heeft, moet hij/zij dit zelf

betalen. Zoals eerder gezegd zijn de prijzen van zorg in India aanzienlijk lager dan die in Nederland. Het kan voor onverzekerden dus zeer interessant zijn om naar India af te reizen voor medische zorg.

### **3.3.3 Financiers van zorg**

Bij medisch toerisme zijn er met betrekking tot financiering twee mogelijkheden.

Als de patiënt naar India afreist omdat hij/zij een zorgvraag heeft die niet door de verzekering vergoed wordt of omdat de patiënt niet verzekerd is, betaalt de patiënt de zorg zelf. Zoals eerder vermeld, kan medisch toerisme voor deze mensen veel voordeel opleveren.

Als de patiënt echter naar India vertrekt omdat de zorg niet (tijdig) in Nederland verleend kan worden, betaalt de zorgverzekeraar (mits de zorg gedekt wordt door de verzekering van de patiënt). Een groot struikelblok is dat zorgverzekeraars niet positief staan tegenover medisch toerisme. De lopende contracten met verschillende Nederlandse ziekenhuizen en chirurgen mogen niet in gevaar komen. Medisch toerisme kan namelijk een bedreiging gaan vormen voor Nederlandse ziekenhuizen en chirurgen als blijkt dat de zorg in India niet alleen kwalitatief beter, goedkoper, maar populairder onder de vragers van zorg wordt. Zorgverzekeraars willen zich niet in dit vaarwater begeven. Één uitzondering hierop is zorgverzekeraar ONVZ die cliënten totale keuzevrijheid geeft (interview 3-2-2009).

### **3.3.4 Conclusie actoren in Indiase gezondheidszorg**

#### *Aanbieders van medisch toeristische zorg*

Privéklinieken in India zijn JCI geaccrediteerd in tegenstelling tot Nederlandse zorgverleners.

Door speciale programma's en business modellen proberen zij klantvriendelijkheid en service te combineren met efficiëntie.

#### *Vragers van zorg*

Medisch toerisme kan voor vragers van zorg voordeel opleveren in termen van gezondheid (bij snellere behandeling door afwezigheid van wachtlijsten) en geld (bij goedkopere, maar kwalitatief minstens gelijke behandelingen).

#### *Financiers van zorg*

Financiers van zorg kunnen ook profiteren van medisch toerisme. Patiënten die de zorg zelf moeten betalen, zijn minder geld kwijt als ze in India hun behandeling ondergaan. Zorgverzekeraars kunnen wat doen aan wachtlijsten door zorg in te kopen in India én zo op hun kosten besparen. Echter, zorgverzekeraars zijn niet allemaal geïnteresseerd in medisch toerisme.

### 3.4 Conclusie hoofdstuk 3

Uit de analyse van de verschillende factoren en actoren in de Indiase gezondheidszorg, kan geconcludeerd worden dat sterke punten van de Indiase gezondheidszorg vooral zijn: lage prijzen en hoge kwaliteit van de zorg. Zwakkere punten zijn vooral het negatieve beeld van India, de onbekendheid van medisch toerisme in Nederland en de lange reis naar India.

De sterktes en zwaktes van de Indiase gezondheidszorg zijn samengevat in tabel 2.

Strengths	Weaknesses
Lage prijzen <i>Kosten zijn veel lager dan in Nederland</i>	
Goede kwaliteit <i>Privéklinieken zijn JCI geaccrediteerd</i>	Beeld van India: vies, onhygiënisch
Overheid promoot medisch toerisme <i>Medische visa, National Health Policy, Incredible India</i>	Promotie heeft (tot nu toe) weinig effect op patiëntenstromen vanuit Nederland
Geen wachttijden en –lijsten <i>Operatie kan binnen 10 dagen plaatsvinden</i>	Lange reis <i>Kan een belemmering opleveren</i>
Top of the world technologie <i>Operaties die in Nederland niet worden uitgevoerd behoren tot de mogelijkheden</i>	
Persoonlijke aandacht / service <i>24-uurs verpleging, luxe kamers, vip-behandeling</i>	
Opbrengsten gaan gedeeltelijk naar goede doelen / projecten <i>Medisch toeristen nemen geen zorg af, maar maken het juist mogelijk voor de arme lokale bevolking</i>	

Tabel 2: Sterktes en zwaktes Indiase gezondheidszorg

In de hoofdstukken 2 en 3 zijn respectievelijk de kansen en bedreigingen vanuit Nederland en de sterktes en zwaktes in India geanalyseerd en in kaart gebracht. Op de volgende pagina is een overzicht van deze analyses te vinden.

Nederland		India	
Opportunities	Threats	Strengths	Weaknesses
Privatisatie <i>Vrije keuze, ondernemerschap en vrije markt</i>	Stijging privéklinieken en ZBC's <i>Vormen concurrentie voor Indiase privéklinieken</i>	Lage prijzen <i>Kosten zijn veel lager dan in Nederland</i>	
Achterblijvende kwaliteit Nederlandse gezondheidszorg <i>Indiase privéklinieken JCI geaccrediteerd</i>	Onbekendheid van medisch toerisme	Goede kwaliteit <i>Privéklinieken zijn JCI geaccrediteerd</i>	Beeld van India: vies, onhygiënisch
Dreigend personeelstekort in de zorg <i>Op zoek naar oplossingen, zoals medisch toerisme</i>	Medische wereld is op zoek naar innovaties anders dan medisch toerisme	Overheid promoot medisch toerisme <i>Medische visa, National Health Policy, Incredible India</i>	Promotie heeft (tot nu toe) weinig effect op patiëntenstromen vanuit Nederland
DBC-stelsel <i>Sommige behandelingen kosten meer dan de DBC voorschrijft</i>		Geen wachttijden en -lijsten <i>Operatie kan binnen 10 dagen plaatsvinden</i>	Lange reis <i>Kan gevaarlijk zijn voor patiënten</i>
Lange wachtlijsten <i>Men zoekt naar oplossingen voor wachtlijsten, zoals medisch toerisme</i>	Medische wereld is op zoek naar innovaties anders dan medisch toerisme	Top of the world technologie <i>Operaties die in Nederland niet worden uitgevoerd behoren tot de mogelijkheden</i>	
Hoge, stijgende kosten <i>In India zijn de kosten lager</i>		Persoonlijke aandacht / service <i>24-uurs verpleging, luxe kamers, vip-behandeling</i>	
Nederlandse privéklinieken hebben geen MRSA-beleid <i>Samenwerking Nederlandse privéklinieken met Indiase klinieken</i>	Nederlands MRSA beleid <i>Mensen die in India zijn behandeld worden niet opgenomen in Nederlandse ziekenhuizen uit angst voor besmetting MRSA-bacterie</i>	Opbrengsten gaan gedeeltelijk naar goede doelen / projecten <i>Medisch toeristen nemen geen zorg af, maar maken het juist mogelijk voor de arme lokale bevolking</i>	
Premie zorgverzekering duurder <i>Mensen kunnen dit niet meer betalen, zoeken naar alternatieven zoals medisch toerisme</i>	Medische wereld is op zoek naar innovaties anders dan medisch toerisme		
Stijgende mobiliteit en reislustigheid van Nederlanders	Ethische kant: zorg wordt afgenomen van arme bevolking		
Hindoestaanse populatie <i>Kan een voortrekkersrol spelen</i>			

Tabel 3: Inventarisatie hoofdstuk 2 en 3

## Hoofdstuk 4 SWOT-analyse en strategische opties

### 4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zal een antwoord geformuleerd worden op deelvraag 4: *'Hoe kunnen de Nederlandse kansen en bedreigingen gecombineerd worden met de Indiase sterktes en zwaktes?'* Dit wordt gedaan met behulp van een SWOT-analyse.

Het uiteindelijke doel is om antwoord te krijgen op de hoofdvraag van dit onderzoek: *'Wat zijn de beperkende en bevorderende factoren van medisch toerisme van Nederland naar India en hoe kan hierop het best ingespeeld worden door Indiase privéklinieken?'*

Aan de hand van de SWOT-analyse kunnen strategische opties gegenereerd worden, deze strategische opties vormen een antwoord op de hoofdvraag.

### 4.2 De SWOT-analyse

Een SWOT-analyse is bruikbaar als basis voor het genereren van strategische opties en het plannen van toekomstige acties (Johnson, 2005).

Het doel is vast te stellen in welke mate de sterktes en zwaktes zich verhouden tot de veranderingen in de omgeving. In de vorige hoofdstukken zijn interne (sterktes en zwaktes) en externe (kansen en bedreigingen) factoren geïdentificeerd.

Een SWOT-analyse confronteert sterktes, zwaktes, kansen en bedreigingen met behulp van een tabel.

Een scoremechanisme van -3 tot +3 wordt gebruikt om de relatie/interactie tussen

omgevingsfactoren en sterktes en zwaktes van de industrie, de markt of het bedrijf te waarderen.

Een positieve waardering gekenmerkt door de +, duidt aan dat de sterkte van de industrie of het bedrijf kan helpen voordeel te behalen, een nadeel dat voortkomt uit de omgeving neutraliseert of dat een zwak punt wordt gecompenseerd door de verandering.

Een negatieve waardering (-) indiceert dat een sterkte wordt verminderd door een verandering in de omgevingsfactoren of dat een zwakte oplossingen met betrekking tot het probleem gevormd door de omgeving verhindert (Johnson et al, 2005).

In figuur 4 is de SWOT-analyse voortvloeiend uit de vorige hoofdstukken weergegeven.

#### *Selectie factoren*

De sterktes, zwaktes, kansen en bedreigingen zijn geselecteerd op basis van belang. Niet alle factoren kunnen in de SWOT-analyse geconfronteerd worden. Daartoe is tabel 3 voorgelegd aan twee experts op het gebied van medisch toerisme naar India. De eerste persoon is werkzaam als internationale patiëntencoördinator in een privé-kliniek in India. De tweede expert is werkzaam bij de Nederlandse Stichting voor Bedrijfsproces Innovatie, heeft onderzoek gedaan naar medisch toerisme naar India en



is de Nederlandse contactpersoon van Apollo Hospitals. In overleg met deze twee experts, zijn de meest relevante factoren geselecteerd. In bijlage 4 is een overzicht te zien van de argumenten voor de selectie van de factoren.

#### *Toekenning scores*

De toekenning van de scores is gedaan op basis van de volgende overwegingen. De invloed van de externe factor (kans of bedreiging) en belang van de interne factor (sterkte of zwakte). De waarderingen zijn gegenereerd op basis van een score-indicatiemodel dat te vinden is in bijlage 5. De scores zijn tot stand gekomen in samenwerking met de eerder genoemde experts.

## SWOT-analyse

		Nederland													
		Kansen						Bedreigingen							
India	Sterktes		Privatisatie	Achterblijvende kwaliteit	Lange wachtlijsten	Hogere eisen, stijgende kosten, minder vergoed	Druk op verzekeraars	Stijgende mobiliteit	Hindoestaanse populatie	Onbekendheid medisch toerisme	Medische wereld op zoek naar innovaties	Stijging privéklinieken en ZBC's	MRSA-beleid	Ethische kant	
		Lage prijzen	+3		+2	+3	+3	+1				-1			
		Goede kwaliteit	+2	+3		+2								+1	
		Overheidspromotie									+2				
		Geen wachttijden en wachtlijsten	+2		+3	+1	+2	+2				-1	-2		
		Top of the world technologie	+2			+3	+1								
		Service	+2			+2	+1						-1		
	Goede doelen						+1							+3	
	Zwaktes	Negatief beeld van India				-1		+1	+2						-3
	Promotie weinig effect								+2		-1				
Lange reis				-1		+2					-2				

Figuur 4: SWOT-analyse

### **4.3 Strategische opties**

In de SWOT-analyse in figuur 4 worden kansen en bedreigingen geconfronteerd met sterktes en zwaktes. Uit deze confrontatie volgen vier kwadranten. In het kwadrant waar sterktes en kansen worden geconfronteerd, zijn er veel positieve getallen te zien. Dit betekent dat de kansen vanuit de Nederlandse gezondheidszorg goed kunnen worden benut door de sterktes van de Indiase gezondheidszorg.

Er zijn relatief weinig negatieve punten onder bedreigingen. In het kwadrant waar bedreigingen worden geconfronteerd met sterktes zijn zelfs positieve punten te vinden. Dit betekent dat de gevolgen van de bedreigingen beperkt zijn en dat deze beperkingen in combinatie met bepaalde sterktes, kunnen worden veranderd in kansen.

Er is eenzelfde beeld te zien in het kwadrant waar kansen en zwaktes worden geconfronteerd. Bepaalde zwaktes in India kunnen worden geëlimineerd in combinatie met kansen vanuit Nederland. In het kwadrant waar bedreigingen en zwaktes worden geconfronteerd zijn drie negatieve punten te vinden. Op deze en de eerder genoemde punten wordt hierna ingegaan.

De confrontatie van kansen en sterktes, kansen en zwaktes, bedreigingen en sterktes en bedreigingen en zwaktes mondt dus uit in vier kwadranten. Bij elk kwadrant kan een strategische vraag worden gesteld (zie figuur 5).

Hierna zullen de vier kwadranten en de strategische opties besproken worden.

## Strategische vragen

		Nederland												
		Kansen							Bedreigingen					
India	Sterktes		Privatisatie	Achterblijvende kwaliteit	Lange wachtlijsten	Hogere eisen, tijdige kosten, minder vergoed	Druk op verzekeraars	Stijgende mobiliteit	Hindoestaanse populatie	Onbekendheid medisch toerisme	Medische wereld op zoek naar innovaties	Stijging privéklinieken en ZBC's	MRSA-beleid	Ethische kant
		Lage prijzen	<i>Hoe kan er gebruik gemaakt worden van de sterktes om in te spelen op de kansen?</i>							<i>Hoe kan er gebruik gemaakt worden van sterktes om bedreigingen af te weren?</i>				
		Goede kwaliteit												
		Overheidspromotie												
		Geen wachttijden en wachtlijsten												
		Top of the world technologie												
		Service												
	Goede doelen													
	Zwaktes	Negatief beeld van India	<i>Hoe kunnen zwaktes versterkt worden om in te spelen op kansen?</i>							<i>Hoe kunnen zwaktes versterkt worden om bedreigingen af te weren?</i>				
		Promotie weinig effect												
Lange reis														

Figuur 5: Strategische vragen

## **Kwadrant 1: Kansen en sterktes**

*Hoe kan er gebruik gemaakt worden van de sterktes om in te spelen op de kansen?*

De confrontatie van lage kosten, hoge kwaliteit en de afwezigheid van wachtlijsten in India enerzijds, met de privatisatie van de Nederlandse gezondheidszorg anderzijds, zorgt ervoor dat Indiase privéklinieken op een hoog niveau kunnen concurreren met Nederlandse ziekenhuizen.

De druk die op verzekeraars ligt om kwalitatief goede zorg zo goedkoop mogelijk in te kopen zonder wachtlijsten vormt voor het medisch toerisme naar India een kans om zichzelf op de kaart te zetten in Nederland. Indiase privéklinieken zouden er verstandig aan doen Nederlandse verzekeraars te benaderen. Uit nader onderzoek is gebleken dat de twee meest geschikte verzekeraars OHRA en ONVZ zijn. Deze verzekeringsmaatschappijen staan namelijk open voor zorg over de grens.

Naast het benaderen van Nederlandse verzekeraars, kunnen Indiase privéklinieken zich ook op de vragers van zorg gaan richten.

De combinatie van hogere eisen van patiënten, stijgende kosten van zorg en het feit dat er steeds minder vergoed wordt in Nederland kan ervoor zorgen dat patiënten zelf het heft in handen nemen en besluiten hun zorg over de grens te zoeken. Om op de vraag van deze patiënten in te spelen, zullen de Indiase privéklinieken zich duidelijk moeten profileren als instellingen die kwalitatief uitstekende zorg leveren voor lage prijzen zonder wachtlijsten. Ook het feit dat de klant (patiënt) als koning wordt behandeld kan een positief effect hebben op de patiëntenstroom van Nederland naar India. Het inlichten van medisch toeristen over de goede doelen die gesteund worden door medisch toerisme, kan de laatste bezwaren wegnemen.

De stijgende mobiliteit onder Nederlanders is een 'enabler' van medisch toerisme. Dit betekent dat het op gang brengen van medisch toerisme veel gemakkelijker is door de stijgende reislustigheid en mobiliteit van de Nederlandse populatie.

### *Conclusie*

Om de vraag: *Hoe kan er gebruik gemaakt worden van de sterktes om in te spelen op de kansen?* te beantwoorden, is er een blik geworpen op de confrontaties in kwadrant 1.

Om medisch toerisme op de kaart te zetten in Nederland zouden Indiase privéklinieken Nederlandse zorgverzekeringsmaatschappijen moeten benaderen. De kans is groot dat OHRA en/of ONVZ geïnteresseerd zullen om medische zorg uit India in te kopen.

Naast verzekeraars, vormen de Nederlandse vragers van zorg ook een interessante doelgroep. Indiase privéklinieken moeten zich profileren als leveranciers van goedkope, kwalitatief hoogstaande zorg zonder wachtlijsten. Als de privéklinieken die goed aanpakken, zullen zowel verzekeraars en patiënten de voordelen van medisch toerisme zien en hierop inspelen.

## **Kwadrant 2: Kansen en zwaktes**

*Hoe kunnen zwaktes versterkt worden om in te spelen op kansen?*

In kwadrant 2 zijn twee negatieve scores te vinden. De eerste negatieve score ontstaat bij de confrontatie van hogere eisen, stijgende kosten en minder vergoed enerzijds met het negatieve beeld van India anderzijds.

Het negatieve beeld van India kan namelijk negatief uitwerken voor het medisch toerisme. Men ziet India nog vaak als een 'derde wereld land' en daarom is India niet het eerste land waaraan de gemiddelde Nederlander denkt als het gaat over medische zorg van wereldniveau. Dit beeld kan aangepast worden door de stijgende mobiliteit en de Hindoestaanse populatie die woonachtig is in Nederland.

Door de stijgende mobiliteit worden grenzen vervaagd en afstanden kleiner. Meer mensen reizen verder en kunnen een persoonlijk beeld vormen van verschillende landen, zoals India. Er zijn natuurlijk grote verschillen tussen arm en rijk en hier moet wat aan gedaan worden, maar dit betekent niet dat de medische faciliteiten in India ondergeschikt zijn. Zoals eerder vermeld zijn de privéklinieken JCI geaccrediteerd wat getuigt van wereldkwaliteit waaraan Nederlandse ziekenhuizen niet kunnen tippen. De mobiliteit en vooral de voortrekkersrol die Nederlandse Hindoestanen kunnen spelen in het medisch toerisme, kan het negatieve beeld van India (met betrekking tot het medisch toerisme) veranderen. Bovendien zou wederom samenwerking met Nederlandse zorgverzekeraars een goede zet zijn. Hierdoor zou medisch toerisme meer bekendheid kunnen verwerven, een aspect dat ook relevant is voor het op gang brengen van de patiëntenstroom vanuit Nederland naar India.

De tweede negatieve score ontstaat bij de confrontatie van hogere eisen, stijgende kosten en minder vergoed enerzijds met de lange reis van Nederland naar India anderzijds. De stijgende mobiliteit heeft op deze zwakte een positief effect, 9 uur vliegen wordt niet meer als onoverkomelijk gezien. Echter, voor sommige patiënten kan de vliegreis naar India gezondheidsrisico's met zich meebrengen. Een patiënt kan namelijk een aandoening hebben waarmee vliegen afgeraden wordt. Indiase privéklinieken vragen daarom een 'vliegverklaring' van de Nederlandse specialist waarbij de patiënt onder behandeling is om risico's met betrekking tot vliegen te minimaliseren (Apollo, 2009).

### *Conclusie*

Om antwoord te geven op de vraag: *Hoe kunnen zwaktes versterkt worden om in te spelen op kansen?* is er gekeken naar de confrontatie van kansen en zwaktes.

Een zwakte is het negatieve beeld van India. Om dit negatieve beeld te kenteren zijn zowel de stijgende mobiliteit van de Nederlanders als de voortrekkersrol van de Nederlandse Hindoestanen relevante factoren.

Ook de lange reis van Nederland naar India is een zwakte. De reisduur op zich vormt geen groot probleem aangezien de mobiliteit van de Nederlanders te laatste jaren enorm is gestegen. Om eventuele gezondheidsrisico's te minimaliseren is een 'vliegverklaring' benodigd.

Tot noch toe heeft de promotie van het medisch toerisme niet veel effect gehad op de Nederlandse patiëntenstroom. Weer kan de Hindoestaanse populatie een sleutelrol vervullen door medisch toerisme onder de aandacht te brengen in Nederland. Ook een samenwerking met een Nederlandse verzekeringmaatschappij kan medisch toerisme op de kaart zetten.

### **Kwadrant 3: Bedreigingen en sterktes**

*Hoe kan er gebruik gemaakt worden van sterktes om bedreigingen af te weren?*

In kwadrant 3 zijn 2 bedreigingen te zien die een negatieve score opleveren.

De eerste bedreiging ligt in het feit dat de medische wereld op zoek is naar innovaties die kostenbesparingen in de zorg kunnen bewerkstelligen en waardoor wachtlijsten zullen worden verminderd en uiteindelijk zullen verdwijnen. Het is voor privéklinieken in India van belang dat zij medisch toerisme promoten vóór dergelijke innovaties zijn bewerkstelligd. Op dit moment vormt Nederland een ideaal land voor medisch toerisme en nu moet daarvan door Indiase privéklinieken (maar ook door verzekeraars en patiënten) geprofiteerd worden.

De tweede factor die een bedreiging vormt is de stijging van privéklinieken en ZBC's in Nederland. Deze privéklinieken hebben geen wachtlijsten en bieden ook goede service. Echter, de prijzen in Nederlandse privéklinieken liggen beduidend hoger dan die in India. De bedreiging is voor Indiase privéklinieken om te zetten in een kans door een samenwerking aan te gaan met Nederlandse privéklinieken. Met deze samenwerking wordt meteen de bedreiging van het Nederlandse MRSA-beleid uitgeschakeld. Als Nederlandse privéklinieken de voor- en nazorg van medisch toeristen op zich nemen, is dit een win-winsituatie: de Nederlandse privéklinieken zijn hierbij (financieel gebaat) en medisch toeristen hoeven zich geen zorgen meer te maken over het isolatiebeleid dat de Nederlandse ziekenhuizen voeren. Privéklinieken en ZBC's hoeven zich overigens geen zorgen te maken over MRSA besmettingsgevaar aangezien in de JCI geaccrediteerde Indiase klinieken een beduidend lager infectiegevaar heerst dan in bijvoorbeeld Nederlandse ziekenhuizen (JCI, 2009). Verder is in kwadrant 3 te zien dat de overheids promotie een positief effect heeft op de bedreiging die ligt in het feit dat medisch toerisme in Nederland nog relatief onbekend is.

Wederom een relevante sterkte is de steun aan goede doelen, dit weerlegt de ethische bezwaren die mensen zouden kunnen hebben tegen medisch toerisme. Het is dus ook van belang dat veel aandacht uitgaat naar het bekendmaken van deze goede doelen en projecten die gesteund worden dankzij medisch toerisme naar India.

### *Conclusie*

Om een antwoord te formuleren op de vraag: *Hoe kan er gebruik gemaakt worden van sterktes om bedreigingen af te weren?* is er gekeken naar de confrontatie van sterktes en bedreigingen.

Om eventuele innovaties in de zorg voor te zijn, moet medisch toerisme gepromoot worden en meer bekendheid krijgen. Dit kan door Indiase privéklinieken wederom bereikt worden door samen te werken met verzekeraars.

Door de prijzen laag te houden en samenwerkingsverbanden aan te gaan met Nederlandse privéklinieken kunnen Indiase privéklinieken ten eerste concurrentie aangaan met de Nederlandse zorg en ten tweede het MRSA-beleid dat Nederlandse ziekenhuizen hanteren, omzeilen.

Tot slot zullen Indiase privéklinieken de goede doelen en projecten moeten blijven steunen om ethische argumenten te weerleggen.

### **Kwadrant 4: Bedreigingen en zwaktes**

*Hoe kunnen zwaktes versterkt worden om bedreigingen af te weren?*

In kwadrant 4 zijn 3 confrontaties te vinden met negatieve scores. Hierna zullen ze op volgorde van relevantie worden behandeld.

Ten eerste werkt het minimale effect van de overheidsinspanning om medisch toerisme te promoten niet positief op het creëren van bekendheid van medisch toerisme in Nederland. Er zal een passende promotie moeten komen voor de Nederlandse markt, al dan niet in samenwerking met verzekeringsmaatschappijen.

Ten tweede heeft de stijging van de privéklinieken en ZBC's in Nederland een negatief effect aangezien de lange reis een barrière vormt voor medisch toerisme naar India. Dit negatieve effect kan worden gekenterd naar een positief effect als Indiase privéklinieken samen gaan werken met Nederlandse privéklinieken en ZBC's.

Tot slot is er het negatieve effect dat ontstaat uit de confrontatie van de ethische kant met het negatieve beeld van India. Dit effect kan worden verminderd door de steun aan goede doelen en projecten die (mede) mogelijk gemaakt worden door medisch toerisme.

### *Conclusie*

Om de vraag: *Hoe kunnen zwaktes versterkt worden om bedreigingen af te weren?* te beantwoorden, is er een blik geworpen op de confrontaties in kwadrant 4.



Om zwaktes te versterken en vervolgens bedreigingen af te weren, moeten samenwerkingsverbanden worden aangegaan tussen Indiase privéklinieken enerzijds en Nederlandse verzekeringsmaatschappijen, privéklinieken en ZBC's anderzijds. Door steun aan goede doelen en projecten, kunnen ethische argumenten weerlegd worden.

## Conclusie en aanbevelingen

### Conclusie

In de introductie van dit onderzoek is de hoofdvraag geformuleerd: *‘Wat zijn beperkende en bevorderende factoren voor medisch toerisme van Nederland naar India en hoe kan hierop het best ingespeeld worden door Indiase privéklinieken?’* Om deze vraag zo correct en compleet mogelijk te beantwoorden is dit rapport opgedeeld in hoofdstukken die ieder een deelvraag hebben beantwoord.

De deelvragen die in de hoofdstukken aan de orde zijn gekomen:

1. Welke factoren zijn volgens de literatuur relevant bij het betreden van de internationale markt en hoe kan dit in kaart worden gebracht?
2. Wat zijn beperkende en bevorderende factoren in het Nederlandse gezondheidszorgsysteem voor medisch toerisme naar India?
3. Wat zijn beperkende en bevorderende factoren die vanuit de Indiase gezondheidszorg relevant zijn voor medisch toerisme vanuit Nederland?
4. Hoe kunnen de Nederlandse kansen en bedreigingen gecombineerd worden met de Indiase sterktes en zwaktes?

Deelvraag 1 *‘Hoe kunnen volgens de literatuur toekomstmogelijkheden van industrieën het best geanalyseerd worden?’* is in hoofdstuk 1 beantwoord met behulp van literatuuronderzoek naar een model dat toekomstmogelijkheden van een industrie, in dit onderzoek dus medisch toerisme, in kaart kan brengen. Uit de literatuur is gebleken dat de toekomstmogelijkheden van medisch toerisme naar India in kaart gebracht kunnen worden door middel van een PESTEL-analyse gevolgd door een SWOT-analyse.

De PESTEL-analyse heeft factoren opgeleverd die relevant zijn voor medisch toerisme van Nederland naar India. Deze factoren zijn in te delen in organisatorische, financiële en kwalitatieve factoren.

Naast factoren zijn ook actoren geïdentificeerd. Deze actoren zijn: aanbieders, vragers en financiers van zorg.

In hoofdstuk 2 is verdiepend ingegaan op factoren en actoren die in Nederland relevant zijn voor het medisch toerisme naar India. Deze analyse leverde een model op dat een overzicht biedt van kansen en bedreigingen vanuit de Nederlandse gezondheidszorg (zie tabel 1). Dit model zal gebruikt worden als input voor de SWOT-analyse in hoofdstuk 4.

In hoofdstuk 3 heeft een verdieping van de Indiase factoren en actoren plaatsgevonden. Dit heeft een overzicht opgeleverd van sterktes en zwaktes in de Indiase gezondheidszorg (zie tabel 2). Deze sterktes en zwaktes vormen samen met de kansen en bedreigingen uit hoofdstuk 2 de input van de SWOT-analyse.

Vervolgens zijn in hoofdstuk 4 de bevindingen uit hoofdstuk 2 en 3 geïntegreerd in de SWOT-analyse (zie figuur 4) zodat kansen en bedreigingen (hoofdstuk 2) geconfronteerd worden met sterktes en zwaktes (hoofdstuk 3). De confrontatie van kansen, bedreigingen, sterktes en zwaktes mondt uit in vier kwadranten (zie figuur 5). Aan de hand van deze SWOT-confrontatie zijn per kwadrant strategische opties gegenereerd om zo een antwoord te formuleren op de hoofdvraag.

In kwadrant 1 is er een blik geworpen op de confrontaties om de vraag: *Hoe kan er gebruik gemaakt worden van de sterktes om in te spelen op de kansen?* te beantwoorden.

Indiase privéklinieken zouden Nederlandse zorgverzekeringsmaatschappijen moeten benaderen om medisch toerisme op de kaart te zetten in Nederland. Naast verzekeraars, vormen de Nederlandse vragers van zorg ook een interessante doelgroep. Indiase privéklinieken moeten zich profileren als leveranciers van goedkope, kwalitatief hoogstaande zorg zonder wachtlijsten.

In kwadrant 2 is gekeken naar de confrontatie van kansen en zwaktes om antwoord te geven op de vraag: *Hoe kunnen zwaktes versterkt worden om in te spelen op kansen?*

De relevante zwaktes zijn het negatieve beeld dat Nederlanders hebben van India, de lange reis naar India en de relatief kleine patiëntenstroom. De Hindoestaanse populatie die woonachtig is in Nederland kan een rol spelen bij het kenteren van het negatieve beeld van India en het op gang brengen van de Nederlandse patiëntenstroom. Ook verzekeraars kunnen hierin een rol spelen door bijvoorbeeld in samenwerking met Indiase privéklinieken medisch toerisme te promoten. Eventuele risico's met betrekking tot de vliegreis worden geminimaliseerd door de zogenaamde 'vliegverklaring'.

In het derde kwadrant is een blik geworpen op de confrontatie van sterktes en bedreigingen om een antwoord te formuleren op de vraag: *Hoe kan er gebruik gemaakt worden van sterktes om bedreigingen af te weren?*

Om eventuele innovaties in de zorg voor te zijn, moet medisch toerisme gepromoot worden en meer bekendheid krijgen. Dit kan door Indiase privéklinieken wederom bereikt worden door samen te werken met verzekeraars.

Door de prijzen laag te houden en samenwerkingsverbanden aan te gaan met Nederlandse privéklinieken kunnen Indiase privéklinieken ten eerste concurrentie aangaan met de Nederlandse zorg en ten tweede het MRSA-beleid dat Nederlandse ziekenhuizen hanteren, omzeilen. Tot slot moeten Indiase privéklinieken de goede doelen en projecten blijven steunen om ethische argumenten te weerleggen.

In kwadrant 4 is er een blik geworpen op de confrontatie van zwaktes en bedreigingen om de vraag: *Hoe kunnen zwaktes versterkt worden om bedreigingen af te weren?* te beantwoorden.

Om zwaktes te versterken en vervolgens bedreigingen af te weren, moeten samenwerkingsverbanden worden aangegaan tussen Indiase privéklinieken enerzijds en Nederlandse

verzekeringsmaatschappijen, privéklinieken en ZBC's anderzijds. Door steun aan goede doelen en projecten, kunnen ethische argumenten weerlegd worden.

## **Aanbevelingen**

Er zijn een aantal aanbevelingen die gedaan kunnen worden op basis van dit onderzoek.

Hierna worden aanbevelingen gegeven gericht aan Indiase privéklinieken. Vervolgens worden aanbevelingen gedaan voor toekomstig onderzoek naar medisch toerisme.

### *Aanbevelingen gericht aan Indiase privéklinieken.*

De aanbevelingen die uit dit onderzoek voortvloeien richten zich vooral op Indiase privéklinieken. Zij zullen de Nederlandse zorgmarkt moeten penetreren en om dit op een effectieve manier te doen zijn de volgende aanbevelingen opgesteld op volgorde van prioriteit. Wel is het belangrijk dat de genoemde sterktes (lage prijzen, goede kwaliteit en service en afwezigheid van wachtlijsten) behouden blijven.

- Samenwerking met verzekeraars.

Het opzetten van een samenwerkingsverband met Nederlandse zorgverzekeringsmaatschappijen zou bovenaan het prioriteitenlijstje van Indiase privéklinieken moeten staan. Middels samenwerking met zorgverzekeraars kan medisch toerisme bekender worden in Nederland. Bovendien kan medisch toerisme op deze manier beter tot stand worden gebracht.

Uit nader onderzoek is gebleken dat ONVZ en OHRA in aanmerking komen voor een dergelijke samenwerking.

- Samenwerking met Nederlandse ZBC's en privéklinieken.

Een tweede stap voor Indiase privéklinieken om medisch toerisme in Nederland te bevorderen is het opzetten van een samenwerking met Nederlandse ZBC's en/of privéklinieken. Nederlandse ziekenhuizen voeren een MRSA-beleid dat verbiedt patiënten op te nemen als zij recentelijk in het buitenland zijn behandeld. Om het MRSA-beleid te omzeilen, kan samenwerking worden aangegaan met Nederlandse ZBC's en/of privéklinieken die geen MRSA-beleid voeren. De ZBC's en privéklinieken kunnen bijvoorbeeld voor- en natrajecten voor hun rekening nemen.

- Steun goede doelen en projecten

Privéklinieken moeten goede doelen blijven steunen om de argumenten van ethische aard tegen medisch toerisme te weerleggen. Medisch toeristen moeten ervan doordrongen zijn dat zij

gezondheidszorg voor de armste Indiërs mogelijk maken en niet van hen afnemen. Op deze manier snijdt het 'scalpel' aan twee kanten.

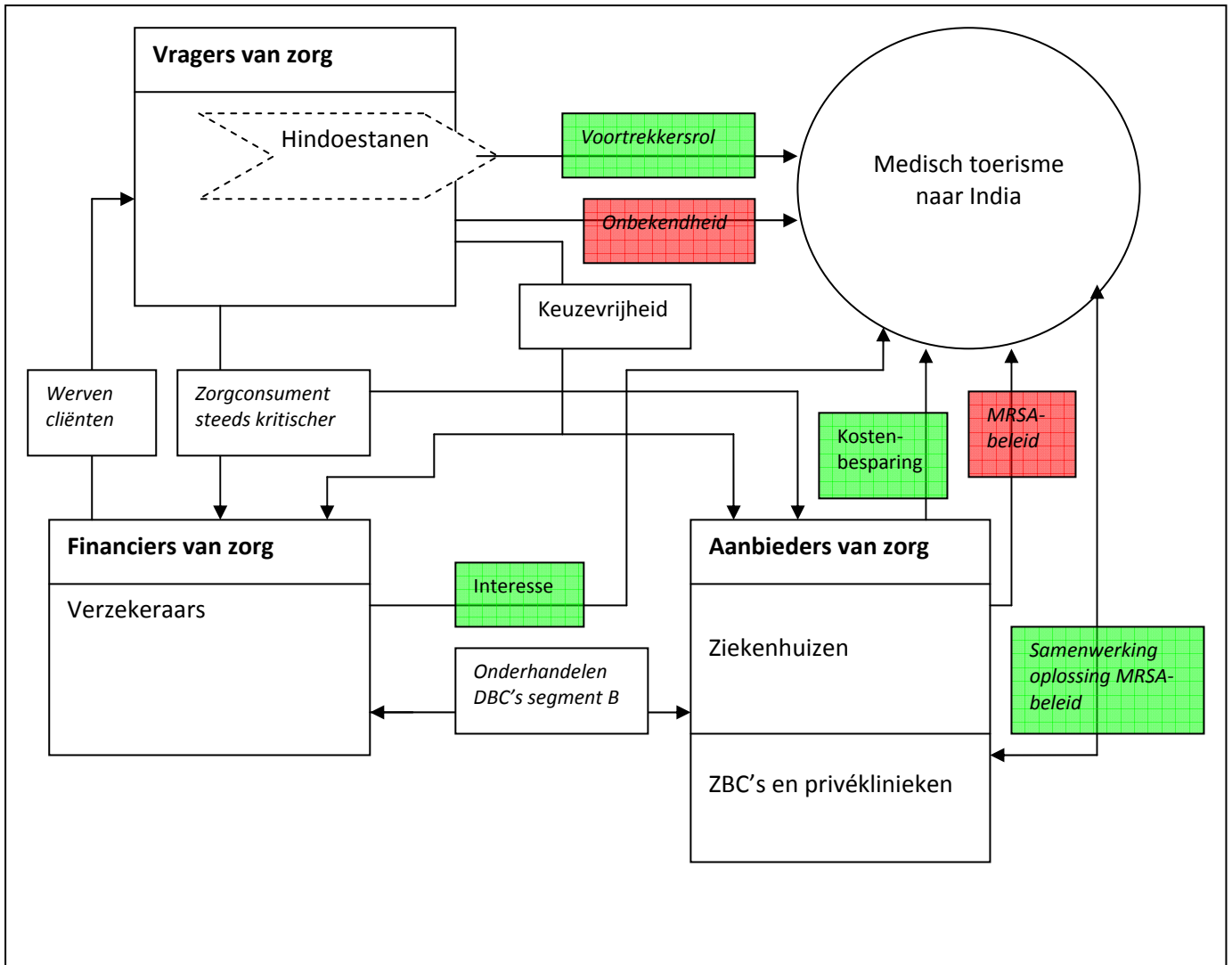
- Aantrekken van Hindoestaanse populatie die woonachtig is in Nederland.

Uit onderzoek is gebleken dat Nederlandse Hindoestanen geïnteresseerd zijn in medisch toerisme. Zij hebben vaak nog familie in India en brengen daar vakanties door. Zij staan positief tegenover het idee om tijdens hun vakantie een (goedkope en kwalitatief goede) behandeling te ondergaan. Bovendien zouden ze interesse hebben in een 'buitenland polis' of 'India polis' die eventueel in samenwerking met zorgverzekeringsmaatschappijen tot stand kan worden gebracht. Hindoestanen kunnen op deze manier een voortrekkersrol spelen in medisch toerisme van Nederland naar India.

*Aanbevelingen betreft verder onderzoek naar medisch toerisme.*

Een onderzoek naar welke behandelingen het best in aanmerking komen voor medisch toerisme naar India zou relevant kunnen zijn. Prijsverschillen, wachtlijsten en expertise zijn voorbeelden van factoren waarop gelet kan worden. Een dergelijk overzicht met behandelingen zou voor verzekeringsmaatschappijen bruikbaar zijn als zij zorg (al dan niet in het buitenland) willen inkopen. Ook voor Indiase privéklinieken kunnen de uitkomsten van zo'n onderzoek relevant zijn, zij weten op welke behandelingen zij zich op moeten richten wanneer zij de Nederlandse zorgmarkt willen penetreren.

## Bijlage 1: Nederlandse actoren in medisch toerisme



## Bijlage 2: Kosten medische procedures vergeleken

### Facts and Figures at a Glance

#### Big Surgeries: Comparative Costs in Asia and Southeast Asia (in USD)

<b>Procedure</b>	<b>US Cost</b>	<b>India</b>	<b>Thailand</b>	<b>Singapore</b>	<b>Malaysia</b>
Heart Bypass	\$130,000+	\$10,000	\$11,000	\$18,500	\$9,000
Heart Valve Replacement	\$160,000	\$9,000	\$10,000	\$12,500	\$9,000
Angioplasty	\$57,000	\$11,000	\$13,000	\$13,000	\$11,000
Hip Replacement	\$43,000	\$9,000	\$12,000	\$12,000	\$10,000
Hysterectomy	\$20,000	\$3,000	\$4,500	\$6,000	\$3,000
Knee Replacement	\$40,000	\$8,500	\$10,000	\$13,000	\$8,000
Spinal Fusion	\$62,000	\$5,500	\$7,000	\$9,000	\$6,000

### Bijlage 3: Maximaal aanvaardbare wachttijden (Treeknormen) per zorgsector

Ziekenhuiszorg	Maximaal aanvaardbaar
toegangstijd voor polikliniek	4 weken
wachttijd voor diagnostiek en indicatiestelling	4 weken
wachttijd tot de feitelijke behandeling (dagopname)	6 weken
wachttijd tot de feitelijke behandeling (kliniek)	7 weken
<b>Verpleging en verzorging</b>	
verpleging	6 weken
verzorging	13 weken
thuiszorg	6 weken
<b>Geestelijke gezondheidszorg</b>	
aanmeldingswachttijd	4 weken
beoordelingswachttijd	4 weken
wachttijd voor extramurale behandeling	6 weken
wachttijd voor semimurale behandeling	6 weken
wachttijd voor intramurale behandeling	7 weken
wachttijd voor beschermd wonen	13 weken

Bron: Busch MCM (RIVM). Welke normen zijn er voor aanvaardbare wachttijden in de zorg? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, 26 september 2005



## Bijlage 4: Selectie factoren

### Kansen

*Privatisatie* → De privatisatie speelt een sleutelrol in het medisch toerisme van Nederland naar India. De privatisatie van de zorg in Nederland maakt medisch toerisme mogelijk. Patiënten mogen zelf kiezen, zorgverzekeraars morgen zelf beslissen waar zij de zorg inkopen, kortom de zorgmarkt in Nederland is met de privatisatie vrijgegeven. Om deze redenen is privatisatie geselecteerd.

*Achterblijvende kwaliteit Nederlandse gezondheidszorg* → Door de recente schandalen in de zorg die vooral in de media veel aan bod zijn gekomen, is de discussie over de kwaliteit van de Nederlandse zorg op gang gekomen. Het relatief lage niveau van de kwaliteit van zorg in Nederland en het systeem dat dit ondersteunt, kunnen redenen zijn dat Nederlandse patiënten, maar ook verzekeraars elders zorg zullen inkopen. De achterblijvende kwaliteit van de Nederlandse zorg is een relevante factor in medisch toerisme en is daarom geselecteerd.

*Dreigend personeelstekort in de zorg* → Het dreigende personeelstekort in de zorg is niet geselecteerd omdat dit geen grote rol speelt in het (op gang brengen van) medisch toerisme. Een personeelstekort is geen (directe) reden voor medisch toerisme.

*DBC-stelsel* → Het DBC-stelsel zou een belangrijke factor zijn, ware het niet dat ziekenhuisbesturen op dit moment simpelweg de macht niet hebben om zorg uit te besteden naar India. In Nederland hebben medisch specialisten een machtspositie, wanneer zorgbesturen zouden beslissen zorg uit te besteden naar andere landen, kunnen (en zullen) medisch specialisten hun vertrouwen in het bestuur opzeggen en wordt zij ontslagen. De RVZ wil de machtspositie van medisch specialisten aan banden leggen, maar op dit moment is dit nog (lang) niet bereikt. Om deze redenen is het DBC-stelsel (nog) geen belangrijke factor en dus niet geselecteerd.

*Lange wachtlijsten* → Lange wachtlijsten kunnen voor verzekeraars en patiënten met een urgente zorgvraag een reden zijn om zorg in het buitenland in te kopen. Als er geen wachtlijsten zouden zijn, zou het onnodig zijn om helemaal naar India af te reizen (in ieder geval voor patiënten met een urgente zorgvraag). Lange wachtlijsten vormen dus een relevante factor en deze factor wordt dus geselecteerd.

*Hoge, stijgende kosten* → De hoge kosten in combinatie met de vrije markt in de zorg zorgen ervoor dat er concurrentie op basis van prijs kan plaatsvinden. Als verzekeraars zorg in India veel goedkoper kunnen inkopen, kunnen zij de premies verlagen en kunnen verzekeraars dus ook concurreren op basis van prijs (meer dan op dit moment).

De hoge kosten in de zorg vormen ook een kans voor medisch toerisme vanuit het perspectief van patiënten. Als zij een behandeling zelf moeten betalen en deze behandeling veel goedkoper in India kunnen ondergaan, zullen dit in ieder geval overwegen.

Deze factor is relevant in combinatie met de hogere eisen die de Nederlandse zorgconsument stelt en het feit dat er door zorgverzekeraars steeds minder vergoed wordt. Daarom zullen deze drie factoren geïntegreerd worden tot één factor.

*Nederlandse privéklinieken hebben geen MRSA-beleid* → Voor veel behandelingen geldt een natraject. Controles en dergelijke zijn dan genoodzaakt. Voor patiënten die recentelijk zijn verbleven in ziekenhuizen of klinieken in het buitenland geldt een isolatiebeleid in Nederlandse ziekenhuizen. Privéklinieken en ZBC's voeren geen isolatiebeleid en kunnen dus bijvoorbeeld gaan samenwerken met Indiase privéklinieken door bijvoorbeeld voor- en natrajecten op zich te nemen. Deze factor is relevant, maar is samengenomen met 'stijging privéklinieken en ZBC's' aangezien er anders overlap zou ontstaan in de geselecteerde factoren.

*Premie zorgverzekering duurder* → De premies van de zorgverzekering worden elk jaar duurder, samen met de recessie zal dit leiden tot meer on(der)verzekerden. Voor deze groep mensen kan het in geval van niet-levensbedreigende operaties zeer voordelig zijn om deze te ondergaan in India. Ook bijvoorbeeld cosmetische operaties zijn in India een stuk goedkoper en kunnen goed gecombineerd worden met een vakantie. De duurder wordende premies vallen onder de factor 'hogere eisen, stijgende kosten, minder vergoed', zoals eerder vermeld.

*Stijgende mobiliteit en reislustigheid van Nederlanders* → Grenzen lijken te vervagen door de globalisatie. Men ziet een reis naar India niet meer als iets uitzonderlijks of iets bijzonders. Hierdoor zal men sneller geneigd zijn om naar India af te reizen voor medische behandelingen.

*Hindoestaanse populatie* → Zoals in hoofdstuk 2 is besproken, kan de Hindoestaanse populatie die woonachtig is in Nederland een voortrekkersrol spelen in medisch toerisme naar India. Zij zullen eerder geneigd en geïnteresseerd zijn in medisch toerisme. Hebben zij positieve verhalen als zij teruggekeerd zijn in Nederland, zal de interesse van Nederlanders waarschijnlijk gewekt worden. Daarom is deze factor geselecteerd.

## **Bedreigingen**

*Onbekendheid van medisch toerisme* → In Nederland is het fenomeen medisch toerisme nog relatief onbekend. Vooral via de media met het internet als rode draad, zal men medisch toerisme naar India moeten promoten. Dit zou goed kunnen in samenwerking met verzekeraars.

*Medische wereld is op zoek naar innovaties anders dan medisch toerisme* → De medische wereld staat niet stil. Vooral in verband met de ongunstige demografie in Nederland (en West-Europa) is men op zoek naar innovaties die efficiënter zijn, dus alternatieven die goedkoper en sneller zijn. Dit zou betekenen dat de wachtlijsten verdwijnen, de kosten lager worden en hierdoor de redenen voor medisch toerisme verdwijnen. Echter, zoals eerder in dit onderzoek vermeld, innovatie in de

Nederlandse gezondheidszorg staat op een laag pitje. Deze factor is relevant genoeg om te selecteren.

*Stijging privéklinieken en ZBC's* → De stijging van het aantal privéklinieken en ZBC's in Nederland betekent dat Indiase privéklinieken meer concurrentie krijgen. Enerzijds is dit een bedreiging, maar anderzijds zouden privéklinieken en ZBC's de oplossing kunnen vormen voor de MRSA-problematiek aangezien zij geen isolatiebeleid voeren ten aanzien van patiënten die recentelijk in een buitenlands ziekenhuis of kliniek zijn verbleven.

*Nederlands MRSA beleid* → Zoals eerder besproken, weigeren ziekenhuizen patiënten op te nemen of te behandelen als zij recentelijk in het buitenland opgenomen of behandeld zijn in verband met de MRSA-bacterie. Dit is een grote bedreiging voor medisch toerisme naar India en is dus geselecteerd. Voor veel operaties zijn nabehandelingen en/of controles nodig, en dit wordt dus onmogelijk gemaakt door het MRSA-beleid van de ziekenhuizen.

*Ethische kant* → Een andere bedreiging voor medisch toerisme naar India komt uit de ethische hoek. Sommige mensen zijn van mening dat medisch toeristen de zorg afnemen van de arme Indiase bevolking. Een groot deel van de Indiase bevolking is te arm om medische zorg te betalen. Echter, als er geen medisch toerisme was, was de zorg nog niet naar de arme Indiërs gegaan. Zij zouden deze privéklinieken nooit kunnen betalen en zijn aangewezen op de openbare gezondheidszorg die van een heel ander kaliber is. Dit is zeer schrijnend en hier moet zeker wat aan gedaan worden, maar de oorzaak ligt niet bij medisch toerisme, de oplossing daarentegen (gedeeltelijk) wel. (Zie Strengths.) Deze factor is wel geselecteerd, omdat dit ethische argument wel een grote rol kan spelen.

### **Sterktes**

*Lage prijzen* → De lage prijzen in India vormen de stimulatie voor medisch toerisme voor zowel verzekeraars als patiënten. Dit is één van de belangrijkste factoren omdat de lage prijzen medisch toerisme in eerste instantie mogelijk maken. Deze factor is dus geselecteerd.

*Goede kwaliteit* → De goede kwaliteit van de zorg in India is van belang aangezien de operatietafel niet een plaats is waar mensen risico willen lopen. Deze factor is geselecteerd. De zorg in India is (in tegenstelling tot de zorg in Nederland) aantoonbaar van topkwaliteit aangezien de privéklinieken geaccrediteerd zijn door JCI.

*Overheid promoot medisch toerisme* → Om medisch toerisme op de kaart te zetten, promoot de Indiase overheid het actief. Dit is een sterkte die een rol speelt en is dus geselecteerd.

*Geen wachttijden en -lijsten* → De afwezigheid van wachttijden en -lijsten in India is vooral relevant voor patiënten die op korte termijn zorg nodig hebben en deze in Nederland niet op tijd kunnen krijgen door wachttijden en -lijsten. Verzekeraars die zorg naar India in hun polissen dekken, kunnen dan concurreren op snelheid van behandelingen. Deze factor is daarom ook geselecteerd.

*Top of the world technologie* → Dit is vooral een relevante factor voor patiënten die een behandeling behoeven die in Nederland niet tot de mogelijkheden behoort. Deze factor kan daarom relevant zijn en is dus geselecteerd.

*Persoonlijke aandacht / service* → De 'klantvriendelijkheid' in de Indiase gezondheidszorg kan zeer relevant zijn voor de mond-tot-mond reclame en is geselecteerd. Als er eenmaal patiënten vanuit Nederland vertrekken en met positieve verhalen thuiskomen, kan dit het medisch toerisme naar India een enorme boost geven.

*Opbrengsten gaan gedeeltelijk naar goede doelen / projecten* → Om het ethische argument dat zojuist besproken is te weerleggen, hebben grote klinieken zoals Apollo, Wockhardt en Laparo projecten opgezet om gratis medische zorg mogelijk te maken voor de armste Indiërs. Dit soort projecten kunnen een grote stimulans zijn voor bijvoorbeeld verzekeraars om ervoor te kiezen medisch toerisme in hun polissen te verwerken. Ook patiënten die voor onverzekerde zorg naar India reizen, hoeven geen schuldgevoelens te hebben, want zij nemen geen zorg van de Indiërs af, maar maken het juist mogelijk omdat met hun geld de zorg voor de armste groepen mogelijk wordt gemaakt. Dit is een zeer relevante factor en is ook geselecteerd.

## **Zwaktes**

*Beeld van India* → Het beeld dat Nederlanders hebben van India speelt een rol in medisch toerisme. Veelal denkt men dat India een vies, onhygiënisch land is en dit is niet bevorderlijk voor medisch toerisme. Om deze reden is deze factor geselecteerd.

*Promotie heeft weinig effect op patiëntenstromen vanuit Nederland* → Het promoten van medisch toerisme naar India is een positief punt. Helaas heeft de huidige promotie nog niet veel effect op de Nederlandse patiënten. Dit maakt het een zwak punt.

*Lange reis* → De vliegreis van Nederland naar India duurt circa 9 uur. Dit kan een belemmering zijn voor patiënten. Men kan opzien tegen een verre reis voor een (ingrijpende) medische behandeling.

## Bijlage 5: Score-indicatie model SWOT-analyse

Om in de SWOT-confrontatie op een verantwoorde manier scores te kunnen genereren is een indicatiemodel ontwikkeld.

Elke confrontatie wordt gewaardeerd van -3 tot +3 op het belang en de invloed. Om de tabel niet onnodig lang te maken zijn confrontaties die niet van belang zijn én geen invloed op elkaar hebben, uitgeschakeld.

Het *belang* drukt uit hoe belangrijk de betreffende confrontatie is voor de ontwikkeling van medisch toerisme. De *invloed* indiceert hoeveel invloed de beide geconfronteerde kenmerken op elkaar hebben. Dit geeft twee verschillende scores, het gemiddelde van deze scores wordt in de SWOT-analyse ingevuld.

In de tabellen op de volgende pagina is te zien hoe de scores binnen de vier kwadranten in de SWOT-analyse tot stand zijn gekomen.

### Kwadrant 1: Kansen en sterktes

Kans	Sterkte	Belang	Invloed	Gemiddelde
Privatisatie	Lage prijzen	+3	+3	<b>+3</b>
Privatisatie	Goede kwaliteit	+2	+2	<b>+2</b>
Privatisatie	Geen wachttijden en wachtlijsten	+2	+2	<b>+2</b>
Privatisatie	Top of the world technologie	+3	+1	<b>+2</b>
Privatisatie	Service	+1	+3	<b>+2</b>
Achterblijvende kwaliteit	Goede kwaliteit	+3	+3	<b>+3</b>
Lange wachtlijsten	Lage prijzen	+1	+3	<b>+2</b>
Lange wachtlijsten	Geen wachttijden en wachtlijsten	+3	+3	<b>+3</b>
Hogere eisen, stijgende kosten, minder vergoed	Lage prijzen	+3	+3	<b>+3</b>
Hogere eisen, stijgende kosten, minder vergoed	Goede kwaliteit	+2	+2	<b>+2</b>
Hogere eisen, stijgende kosten, minder vergoed	Geen wachttijden en wachtlijsten	+1	+1	<b>+1</b>
Hogere eisen, stijgende kosten, minder vergoed	Top of the world technologie	+3	+1	<b>+2</b>
Hogere eisen, stijgende kosten, minder vergoed	Service	+2	+2	<b>+2</b>
Druk op verzekeraars	Lage prijzen	+3	+3	<b>+3</b>
Druk op verzekeraars	Geen wachttijden en wachtlijsten	+2	+2	<b>+2</b>
Druk op verzekeraars	Top of the world technologie	+1	+1	<b>+1</b>
Druk op verzekeraars	Service	+1	+1	<b>+1</b>
Druk op verzekeraars	Goede doelen	+1	+1	<b>+1</b>
Stijgende mobiliteit	Lage prijzen	+1	+1	<b>+1</b>
Stijgende mobiliteit	Geen wachttijden en wachtlijsten	+2	+2	<b>+2</b>

*Kwadrant 2: Kansen en zwaktes*

<b>Kans</b>	<b>Zwakte</b>	<b>Belang</b>	<b>Invloed</b>	<b>Gemiddelde</b>
Hogere eisen, stijgende kosten, minder vergoed	Negatief beeld van India	-1	-1	<b>-1</b>
Hogere eisen, stijgende kosten, minder vergoed	Lange reis	-1	-1	<b>-1</b>
Stijgende mobiliteit	Negatief beeld van India	+1	+1	<b>+1</b>
Stijgende mobiliteit	Lange reis	+2	+2	<b>+2</b>
Hindoestaanse populatie	Negatief beeld van India	+2	+2	<b>+2</b>
Hindoestaanse populatie	Promotie weinig effect	+1	+3	<b>+2</b>

*Kwadrant 3: Bedreigingen en sterktes*

<b>Bedreiging</b>	<b>Sterkte</b>	<b>Belang</b>	<b>Invloed</b>	<b>Gemiddelde</b>
Onbekendheid medisch toerisme	Overheidspromotie	+3	+1	<b>+1</b>
Medische wereld op zoek naar innovaties	Lage prijzen	-1	-1	<b>-1</b>
Medische wereld op zoek naar innovaties	Geen wachttijden en wachtlijsten	-2	-2	<b>-2</b>
Stijging privéklinieken en ZBC's	Geen wachttijden en wachtlijsten	-1	-3	<b>-2</b>
Stijging privéklinieken en ZBC's	Service	-2	-2	<b>-2</b>
MRSA-beleid	Goede kwaliteit	+3	+1	<b>+2</b>
Ethische kant	Goede doelen	+3	+3	<b>+3</b>

*Kwadrant 4: Bedreigingen en zwaktes*

<b>Bedreiging</b>	<b>Zwakte</b>	<b>Belang</b>	<b>Invloed</b>	<b>Gemiddelde</b>
Onbekendheid medisch toerisme	Promotie weinig effect	-1	-1	<b>-1</b>
Stijging privéklinieken en ZBC's	Lange reis	-2	-2	<b>-2</b>
Ethische kant	Negatief beeld van India	-3	-3	<b>-3</b>

## Literatuurlijst

- Armstrong. M. (2006). *A handbook of Human Resource Management Practice*, 10th, London: Kogan Page
- Atos Consulting. (2007). *De consument van de toekomst*.
- Steven Berger, "Analyzing Your Hospital's Labor Productivity," *Healthcare Financial Management*, April 2005
- Buts, A., Boekhoorn, P., Janssen, B., *Grensoverschrijdende zorg: aanbod en informatievoorziening*, Zorgbelang Gelderland, 2005
- CBS, *Onverzekerden tegen ziektekosten naar leeftijd en geslacht*, 2008 Davidow, J., *Cost-saving surgery lures 'medical tourists' abroad*, 2006, Seattle PI
- Deuning, C. M., *Bedden capaciteit ziekenhuis*, 2006
- Deuning CM (RIVM). In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM, 23 april 2007.
- Vanessa Fuhrmans, "A Novel Plan Helps Hospital Wean Itself Off Pricey Tests," *Wall Street Journal*, January 12, 2007.
- Graaf, de, T. *De (on)mogelijkheden van medisch toerisme*, 2006, TVB
- Groot, de, W., *De prijs van een goed hart*, 28 januari 2005, in: *Research Magazine*
- Herrick, D., *Medical Tourism: Global Competition in Health Care*, 2007
- Hutchinson, B., *Medical tourism growing worldwide*, 2005, University of Delaware,
- Johnson, G., Scholes, K., Whittington, R., *Exploring Corporate Strategy*, 2005, Prentice Hall, London
- Levitt, Theodore (1983) "Globalization of Markets", *Harvard Business Review*, mei/juni 1983
- McKinsey and the Confederation of Indian Industry, *Press Trust of India*, 2005.
- Muder, G., *Hospitals in India woo foreign patients*, 2004
- Nieuw Amsterdams Peil, *Amsterdamse ziekenhuizen gewapend tegen bacterie*, 04-01-2005
- Piersma, *Marktmeester laat het liggen*, mei 2008
- Mark Roth, "\$12 for a Half Day of Massage for Back Pain," *Pittsburgh Post-Gazette*, September 10, 2006.
- Schee, van der, E., Delnoij, D. M. J., *Voor zorg naar het buitenland: veel mensen willen het, weinigen doen het*, NIVEL, 2004
- Scheepbouwer, A., *Zorg voor innovatie, Sneller beter*, 2006
- Bruce Stokes, "Bedside India," *National Journal*, May 5, 2007.
- "Core Health Indicators, 2004," World Health Organization.

## Internet

Link	Wanneer bekeken?
<a href="http://nl.youtube.com/watch?v=_w1cVLMt-4U">http://nl.youtube.com/watch?v=_w1cVLMt-4U</a>	December 2008
<a href="http://nl.youtube.com/watch?v=S9TxGu3zI0A">http://nl.youtube.com/watch?v=S9TxGu3zI0A</a>	December 2008
<a href="http://nl.youtube.com/watch?v=Atn7DMOokYM&amp;feature=related">http://nl.youtube.com/watch?v=Atn7DMOokYM&amp;feature=related</a>	December 2008
<a href="http://nl.youtube.com/watch?v=kv-Z53lo0VI">http://nl.youtube.com/watch?v=kv-Z53lo0VI</a>	December 2008
<a href="http://www.udel.edu/PR/UDaily/2005/mar/tourism072505.html">http://www.udel.edu/PR/UDaily/2005/mar/tourism072505.html</a>	December 2008
<a href="http://www.worldmedassist.com">http://www.worldmedassist.com</a>	Januari 2009
<a href="http://www.cbsnews.com/stories/2005/04/21/60minutes/main689998.shtml">http://www.cbsnews.com/stories/2005/04/21/60minutes/main689998.shtml</a>	Januari 2009
<a href="http://www.apollohospitals.com/patient/plan-your-visit">http://www.apollohospitals.com/patient/plan-your-visit</a>	Januari 2009
<a href="http://www.apollohospitals.com">http://www.apollohospitals.com</a>	Januari 2009
<a href="http://www.wockhardthospitals.net">http://www.wockhardthospitals.net</a>	Januari 2009
<a href="http://www.fortishealthcare.com">http://www.fortishealthcare.com</a>	Januari 2009
<a href="http://www.who.int/whosis/database/core/core_select.cfm">http://www.who.int/whosis/database/core/core_select.cfm</a>	Januari 2009
<a href="http://www.rivm.nl/vtv/object_map/o1838n26907.html">http://www.rivm.nl/vtv/object_map/o1838n26907.html</a>	Januari 2009
<a href="http://seattlepi.nwsourc.com/health/278630_medtour24.html">http://seattlepi.nwsourc.com/health/278630_medtour24.html</a>	Januari 2009
<a href="http://www.sciencedirect.com">http://www.sciencedirect.com</a>	Februari 2009
<a href="http://www.nsbpi.nl">http://www.nsbpi.nl</a>	Februari 2009
<a href="http://www.rivm.nl/vtv/object_map/o1857n26907.html">http://www.rivm.nl/vtv/object_map/o1857n26907.html</a>	Februari 2009
<a href="http://www.martijnhulst.nl/weblog/pivot/entry.php?id=216">http://www.martijnhulst.nl/weblog/pivot/entry.php?id=216</a>	Februari 2009
<a href="http://www.medinetindia.com">http://www.medinetindia.com</a>	Februari 2009
<a href="http://www.scielosp.org">http://www.scielosp.org</a>	Februari 2009
<a href="http://www.medischcentrumbiltstraat.nl/ZBC.html">http://www.medischcentrumbiltstraat.nl/ZBC.html</a>	Februari 2009
<a href="http://www.zorgatlas.nl">http://www.zorgatlas.nl</a>	Februari 2009
<a href="http://managing21.skynetblogs.be/archive-week/2005-38">http://managing21.skynetblogs.be/archive-week/2005-38</a>	Februari 2009
<a href="http://www.atosconsulting.com">http://www.atosconsulting.com</a>	Februari 2009
<a href="http://www.obesityasia.com">http://www.obesityasia.com</a>	Februari 2009
<a href="http://search.cnn.com/search.jsp?query=medical%20tourism%20india&amp;type=video&amp;sortBy=date&amp;intl=true">http://search.cnn.com/search.jsp?query=medical%20tourism%20india&amp;type=video&amp;sortBy=date&amp;intl=true</a>	Maart 2009
<a href="http://edition.cnn.com/2009/HEALTH/03/26/medical.tourism/index.html">http://edition.cnn.com/2009/HEALTH/03/26/medical.tourism/index.html</a>	Maart 2009