

Marktwerving in de gezondheidszorg: de doelmatigheid van een zelfstandig behandel centrum



Master thesis Health Sciences

Universiteit Twente, Faculteit Management en Bestuur

Jennifer Volmer (S0126268)

Borne, april 2008

Afstudeerbegeleiders UT:

Prof. dr. W. van Rossum

Dr. J.M. Hummel

Voorwoord

Voor u ligt mijn thesis met de titel Marktwerving in de gezondheidszorg; de doelmatigheid van een zelfstandig behandelcentrum. Een studie waarbij onderzoek en mijn interesse in de gezondheidszorg gecombineerd kon worden. Mijn eerste studie Bewegingswetenschappen had veel raakvlakken met de zorg. In mijn daaropvolgende banen werkte ik voor verschillende ‘stakeholders’ in de gezondheidszorg. Gedurende de master Health Sciences ging mijn aandacht het meest uit naar de marktwerving in de zorg. Dit was voor mij dan ook het aangewezen onderwerp voor deze thesis. Nog steeds volg ik de ontwikkelingen met veel interesse.

De start van de master Health Sciences viel samen met mijn tweede zwangerschap. Op het moment dat ik, na afronding van alle vakken, kon beginnen met de master thesis is onze prachtige dochter Suze geboren. De thesis kwam hierdoor enigszins op de achtergrond te liggen. Na enige vertraging presenteer ik dan ook met gepaste trots mijn master thesis. Er zijn delen van de stapel literatuur meegereisd op vakanties, erg ver kwam ik er echter niet mee (figuurlijk). Toen we deze zomer in Italië aan het kamperen waren en ik, heel ambitieus, de eerste dagen s’ avonds een uurtje achter de laptop ging werken, begaf de voeding van de laptop het al in het begin van de vakantie. Nou ja, dan moest ik die studie ook maar even achter me laten en me geheel op de vakantie richten!

Graag wil ik mijn begeleiders bedanken. Van de Universiteit Twente wil ik de heer van Rossum en mevrouw Hummel hartelijk danken voor hun begeleiding. Met hun aanwijzingen heeft de thesis de juiste vorm gekregen. De heldere analyses van mijn geschreven stukken hielpen me elke keer een stukje verder in de goede richting.

Ten slotte wil ik Mark en onze meisjes een dikke zoen geven. Aniek en Suze; bedankt voor de heerlijke afleiding tussen de thesis door. Mama heeft nu eindelijk tijd om jullie fotoalbums bij te werken!

Borne, 17 april 2008

Jennifer Volmer

Samenvatting

Het Nederlandse zorgstelsel is aan verandering onderhevig. Er wordt onder bepaalde voorwaarden gereguleerde marktwerking ingevoerd. Door de omslag van aanbodsturing naar vraagsturing wordt getracht zorgaanbieders te prikkelen om efficiënter te gaan werken. De gezondheidszorg in Nederland wordt bepaald door verschillende partijen die afhankelijk zijn van elkaar. Patiënten, verzekeraars, zorgaanbieders en overheid hebben elkaar nodig. De overheid draagt de verantwoording voor de kwaliteit van zorg, maar heeft hiervoor de andere partners nodig. Er bestaat dus een netwerk van stakeholders die gezamenlijk zorg dragen voor de gezondheidszorg.

De overheid heeft het advies gekregen om vraaggestuurde zorg te stimuleren. De overgang naar marktwerking in de zorg heeft veel tijd nodig. Inmiddels zijn meerdere wetswijzigingen doorgevoerd die gezamenlijk de ‘stelselwijziging gezondheidszorg’ worden genoemd. Mede door toenemende behoeften en eisen aan de zorg ontstaan nieuwe ontwikkelingen in het zorgstelsel. Eén van de gevolgen is de verruiming van regels voor zorgaanbieders om een zelfstandig behandel centrum (ZBC) op te zetten.

Op verschillende terreinen in de gezondheidszorg verschijnen nieuwe toetreders. De toename van ZBC's is een ontwikkeling die in deze lijn past. Voor een deel van de ziekenhuiszorg is inmiddels concurrentie mogelijk. De prijs, kwaliteit en volume van deze zorg is onderhandelbaar tussen verzekeraar en zorgaanbieder. Dit wordt ook wel het B-segment genoemd. ZBC's richten zich voornamelijk op dit B-segment.

Het is echter de vraag of vraaggestuurde zorg de oplossing is voor de tekortkomingen van het zorgstelsel. Om antwoord te kunnen geven wordt in deze thesis één specifiek onderdeel van het nieuwe zorgstelsel bekeken, te weten de ZBC's. Door te kijken naar de effecten van ZBC's op de doelmatigheid van zorg wordt inzicht verkregen in de gevolgen van marktwerking in de zorg. Dit is het onderwerp van de eerste vraagstelling.

De doelmatigheid van zorg is in deze thesis opgesplitst in de publieke belangen toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit. Over de doelmatigheid en succesfactoren van ZBC's is weinig bekend. Dit maakt het moeilijk voor ziekenhuizen om een keuze te maken voor het opzetten van een ZBC. In deze thesis is de doelmatigheid onderzocht door te kijken naar de ervaringen in de Amerikaanse gezondheidszorg. In Amerika is men al langer bekend met marktwerking en het ontstaan van gespecialiseerde klinieken op de markt. Door te kijken naar de situatie daar wordt geprobeerd een scenario te schetsen voor Nederland. De ervaring in Amerika kan ons leren wat de gevolgen van ZBC's kunnen zijn.

De tweede onderzoeksvraag richt zich op het niveau van een zorgaanbieder. De Ziekenhuis Groep Twente heeft ervaring met een ZBC opgedaan in een pilot. De ZGT moet strategische keuzes maken waarbij de meerwaarde van een ZBC van belang is. Om inzicht te krijgen in factoren die meespelen bij het succes van een ZBC is ervoor gekozen één specialisme eruit te lichten. Uit de literatuurstudie kwam naar voren dat het specialisme orthopedie zich goed leent voor zorg binnen een ZBC. Dit

specialisme is dan ook nader belicht.

De twee centrale vraagstellingen in dit onderzoek zijn:

- In hoeverre draagt een zelfstandig behandelcentrum (ZBC) bij aan meer doelmatigheid in het nieuwe zorgstelsel?
- Wat levert een ZBC voor het specialisme orthopedie op voor de Ziekenhuis Groep Twente?

Vraagsturing in de zorg houdt in dat verschillende partijen meer ruimte krijgen om te ondernemen. De behoeften van de patiënt zouden hiermee meer centraal komen te staan. Er bestaat veel discussie over marktwerking in de zorg. Het begrip markt is voor de gezondheidszorg moeilijk te omschrijven. Er is weinig transparantie, de patiënt is afhankelijk van de zorgverlener. Dit soort factoren maken dat marktwerking moeilijk te realiseren is in de zorg. Zorgvernieuwing zoals een ZBC is afhankelijk van meerdere factoren, omgevingsfactoren moeten hier in meegenomen worden. Geconcludeerd kan worden dat de markt voor de gezondheidszorg zich niet gedraagt als een 'normale' markt. Vooral de onzekerheid van de vraag naar zorg en de informatieasymmetrie zorgen ervoor dat de zorgmarkt een imperfecte markt is.

Bij een ZBC zijn meerdere stakeholders betrokken. Uit de analyse komen verwijzers, investeerders, ziekenhuizen, overheid, consument, andere ZBC's, ziekenhuis waar het ZBC onderdeel van is, zorgbemiddelaars, werkgevers, medisch specialisten en zorgverzekeraars naar voren. De belangen van deze stakeholders bepalen mede de kansen en bedreigingen voor een ZBC.

Om de eerste vraag te kunnen beantwoorden is gekeken naar gevolgen van ZBC's voor de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van zorg. Naar voren kwam dat voor de stakeholders verschillende belangen een rol spelen. Voor de patiënt betekent een ZBC meer toegankelijkheid wanneer het gaat om laagcomplexe zorg. Ook krijgt een patiënt meer service en mogelijk kwaliteit in een ZBC. Voor patiënten die hoogcomplexe, dure zorg behoeven, betekenen ZBC's juist een vermindering van toegankelijkheid. De hoogcomplexe zorg wordt namelijk in minder centra wordt aangeboden.

In Amerika is gebleken dat marktwerking niet bijdraagt aan de betaalbaarheid van de gezondheidszorg. In Nederland lijken ZBC's een gunstig effect te hebben op het prijsniveau in het A- en B-segment. De zorg die door ZBC's geleverd wordt maakt echter een klein deel uit van de totale zorg. Er zouden dus meer ZBC's moeten komen waardoor verzekeraars een groter aanbod van zorg hebben. Zorgverzekeraars lijken zich positief op te stellen ten opzichte van ZBC's. Dit is van belang omdat ZBC's in meerdere opzichten afhankelijk zijn van verzekeraars.

De krapte op de arbeidsmarkt kan gevolgen hebben voor de kwaliteit van zorg. Wanneer de beste specialisten worden weggekocht door gespecialiseerde centra is het de vraag of kwaliteit van zorg in academische centra gewaarborgd blijft.

ZBC's leiden dus niet automatisch tot meer doelmatigheid. In Amerika heeft zich tevens het probleem voorgedaan van financiële belangen van specialisten in klinieken waar ze werkzaam zijn. De gevolgen

voor de zorg zijn tot nu toe onduidelijk. Het is daarom van belang om voorzichtig te zijn met financiële belangen van specialisten. Het is denkbaar dat de kwaliteit van zorg hierdoor wordt beïnvloed. In Amerika heeft dit ertoe geleid dat er een moratorium is geplaatst waardoor het opzetten van gespecialiseerde centra moeilijker is geworden.

De tweede vraagstelling gaat in op de keuze van de ZGT voor het opzetten van een ZBC. De markt van de ZBC van de ZGT is bekeken. Er spelen meerdere factoren mee in de keuze voor een ZBC. Strategisch gedrag van zorginstellingen bepaalt de mate van ondernemingsgerichtheid. Om in te spelen op vraaggestuurde ontwikkelingen in de zorg moeten zorgaanbieders initiatieven en risico's durven nemen. Een van de manieren is om acute en electieve zorg duidelijk te onderscheiden. Electieve zorg kan in specialistische centra zoals een ZBC worden aangeboden. Verzekeraars kunnen in de toekomst ziekenhuizen passeren wanneer ze geen juiste prijs-kwaliteitverhouding laten zien. Een ZBC biedt een zorgaanbieder de kans zich te profileren ten opzichte van de concurrent. Klantvriendelijkheid en service zijn van groot belang in een ZBC en dit is van belang om de patiënt aan zich te binden. De ZGT is inmiddels bezig de mogelijkheden voor een orthopedisch centrum te onderzoeken. Hieruit blijkt dat de ZGT kansen ziet in de markt van het specialisme orthopedie. Het lijkt een juiste keuze op dit moment, mede omdat de concurrenten in de regio nog niet zover zijn. Het biedt de mogelijkheid de concurrentie een stap voor te blijven.

Door twee centrale vraagstellingen op verschillend niveau te beantwoorden is aangetoond hoe belangen van partijen zich ten opzichte van elkaar verhouden. In dit onderzoek is naar voren gekomen dat doelmatigheid niet automatisch verbeterd bij zorg binnen ZBC concept. Het lijkt erop dat ZBC's zowel positief als negatief van invloed zijn op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg. Aan de andere kant kan een zorginstelling zoals de ZGT juist belang hebben bij het opzetten van een ZBC. Dit zal vooral strategisch belang zijn. Dergelijke uitkomsten geven aan hoe complex een operatie naar vraaggestuurde zorg is. Het hangt er van af vanuit welk perspectief wordt gekeken of een ZBC een juiste keuze is.

Summary

The Dutch health care system is subject to many changes caused by the introduction of regulated competition. The demand driven structure is supposed to create incentives for health care providers which lead to more efficiency. The health care system in the Netherlands is determined by several stakeholders. Patients, health care insurer, health care providers and government depend on each other. The government is responsible for the quality of healthcare but is dependant of other parties. There is a network of stakeholders taking care of health care.

The government was given the advice to stimulate demand driven health care. The transition towards a competition driven healthcare is a long term process. Meanwhile several legislation is adjusted which together is called 'the health care system change'. As a result of increasing need and demand for care new developments occur. One of the results is the simplified measures regarding independent treatment centres (ZBC's).

Due to competition driven health care new parties attend the health care system in several areas. The increase of ZBC's is part of this development. Price, volume and quality of health care are negotiable for 10% of the hospital budget. This is called the B-segment. ZBC's operate mostly in this B-segment. It is however unclear if shortcomings of the system are solved by a demand driven healthcare. In order to answer this question this thesis focuses on one specific part of the system; the independent treatment centres (ZBC's). The effects of ZBC's on efficiency of care are examined to gain insight in the consequences of competition in health care. This is the subject of the first research question.

The efficiency of health care is in this paper divided in the public interests accessibility, affordability and quality. Lack of knowledge in the effects of ZBC's impede hospitals to start a ZBC. By research of the experiences of the American health care efficiency is studied. America is acquainted with experiences in competition in health care and the increase of focused factories for a longer period of time. By investigating this situation the Dutch scenario will be extrapolated, teaching us about the possible consequences of ZBC's in health care.

The second research question focuses on the level of the health care provider. The hospital 'Ziekenhuis Groep Twente' has set up a ZBC within a pilot. Following, the hospital should make some strategic choices which depend on the surplus value of a ZBC.

Several factors influence the success of a ZBC. In this thesis research focuses on the specialism orthopaedic surgery to gain insight in these factors. This topic is a result of literature study from which occurred that orthopaedics is highly appropriate for care within ZBC's.

The main research questions in this paper are:

- To what extent contributes a ZBC to the efficiency in the new health care system?
- What are the benefits of a ZBC focusing on orthopaedics for the Ziekenhuis Groep Twente?

Demand driven health care leads to more business possibilities for different parties. As a result consumers should get a more central position. Competition in health care is subject to much discussion. Because of little transparency and information asymmetry the market of health care is imperfect.

Several stakeholders are involved in ZBC's. Referring doctors, investors, hospitals, government, consumers, other ZBC's, hospitals of which the ZBC is part, care mediators, employers, doctors and health insurance companies result from the analysis. The values of these stakeholders determine partly the chances and threats of ZBC's.

The first research question is answered by focusing on the effects of ZBC's on the public interests accessibility, affordability and quality of care. Different stakeholders have different values. Accessibility is increased for patients in case of low complex care. Patients get more service and possible quality. On the other hand accessibility decreases in case of complex, expensive care. This kind of health care will be provided in less hospital.

Affordability of healthcare has not improved by competition in America. On the other hand, ZBC's in the Netherlands have a positive effect on prices in the A- and B-segment. However, they provide only a small part of total care. In order to create a larger amount of care for insurers, there should be more ZBC's. Health insurance companies seem to have a positive opinion about ZBC's which is of importance because of the dependency.

Scarcity of qualified personnel can have consequences for quality of care. If good specialists are stimulated by financial incentives to work in specialised centres, it will have an effect on quality in academic hospitals.

Care provided by ZBC's does not automatically result in more efficiency. Another problem which occurred in America are the financial interests of medical specialists in the clinic they work. It is unclear how this affects health care. Therefore, caution is indicated by financial interest of specialists because it could influence quality of care. A moratorium has been enacted whereby development of specialised clinics is highly regulated in America.

The second research question explores the strategic choice of the ZGT for developing a ZBC. Several factors influence this choice. Strategic decisions of health care providers determine the level of entrepreneurship. Health care providers have to take risks and initiatives to deal with demand driven health care. One way to do this is to differentiate between acute and elective care. Elective care can be provided within specialised centres like ZBC's. In the future, hospitals can loose contracts with health insurers as a result of a negative price-quality combination. A ZBC is an opportunity for hospitals to compete with competitors. Service and consumer friendliness are of great importance to create commitment from patients. The ZGT is now investigating possibilities for a specialised orthopaedic centre. This seems to be a right choice at this moment, also because competitors are somewhat behind in the region of the ZGT. It therefore offers the chance of staying one step ahead of competition.

Posing two research questions on different level has revealed the differences of values from

stakeholders. It is not likely that affordability, accessibility and quality of care are overall improved by ZBC's. On the other hand is a ZBC the right tool for a health care provider to keep up in the shift towards demand driven health care. This is a strategic decision. These outcomes show the complexness of the demand driven process. Depending on one's perspective the positive or negative values of ZBC's are determined.

INHOUDSOPGAVE

Voorwoord	1
Samenvatting	2
Inleiding	10
1. Methodologie.....	14
1.1. Vraagstelling	14
1.2. Onderzoeksactiviteiten.....	14
1.3. Afbakening	16
1.4. Relevantie.....	17
2. Theoretisch kader	18
2.1 Markt van de gezondheidszorg	18
2.2. Stakeholdertheorie	21
2.3. Zorgvernieuwing	21
2.4. Strategisch gedrag.....	24
3. Het Nederlandse zorgstelsel	27
3.1 De Nederlandse gezondheidszorg	27
3.2 Stelselwijziging gezondheidszorg	28
3.3 Gevolgen stelselwijziging.....	29
3.4. Visie op marktwerking.....	31
3.5. Het zelfstandig behandel centrum	34
3.5.1 Kenmerken van het zelfstandig behandelcentrum	34
3.5.2. Historie ZBC.....	35
3.6. Orthopedie in Nederland.....	37
4. Het Amerikaanse zorgstelsel	39
4.1. Amerikaanse gezondheidszorg.....	39
4.2. Marktwerking in de Amerikaanse gezondheidszorg	41
4.3. Focused factories	42
4.4. Doelmatigheid van focused factories.....	44
4.5. Orthopedie in Amerika	46
5. Omgevingsanalyse ZBC	48
5.1. Trendanalyse gezondheidszorg	48
5.2. Netwerk stakeholders ZBC	50
5.3 Analyse stakeholders ZBC.....	51
5.4 Markt van een ZBC	55
5.5. Doelmatigheid van ZBC's	57
6. Ziekenhuis Groep Twente	61
6.1 De organisatie ZGT	61

6.2. Beleid Ziekenhuis Groep Twente.....	61
6.3. Zelfstandig Behandel Centrum Ziekenhuis Groep Twente	62
6.4 Markt ZBC Ziekenhuisgroep Twente	64
7. Conclusie.....	68
7.1. Conclusie.....	68
7.2. Discussie	72
7.3. Aanbevelingen.....	73
Literatuurlijst.....	74
Lijst van afkortingen.....	81

Inleiding

De gezondheidszorg in Nederland verkeert momenteel in een periode die gekenmerkt wordt door een omslag van aanbodsturing naar vraagsturing. De Nederlandse regering heeft in november 2000 het startsein voor gereguleerde marktwerking gegeven. Zorgaanbieders zoals ziekenhuizen, consumenten en zorgverzekeraars krijgen meer vrijheid en verantwoordelijkheid om de gezondheidszorg naar eigen inzicht, behoeften en mogelijkheden te regelen binnen de kaders die de overheid stelt (Orde van Medisch Specialisten, 2003).

De ontwikkeling naar vraaggestuurde zorg manifesteert zich op macro-, meso- en microniveau. Actoren op macro niveau zijn bijvoorbeeld de overheid en belangenverenigingen, ze hebben belang bij effecten op organisatieoverschrijdend niveau. Op dit niveau kan de stelselwijziging van het zorgstelsel door middel van maatregelen van de overheid worden genoemd. Hiermee wordt beoogd de kosten te verlagen en de kwaliteit te vergroten. Actoren op meso-niveau zijn onder andere verleners van zorg (zorginstellingen) en dienstverleners (zorgverzekeraars). Zorginstellingen hebben de taak zich te ontwikkelen naar een vraaggestuurde organisatie. Voor verzekeraars is het de bedoeling de patiënt centraal te stellen en in te kopen op basis van prijs-kwaliteitverhouding. Actoren op micro niveau zijn actoren die overwegend belangen hebben op individueel niveau. Deze actoren zijn onder te verdelen in consumenten van zorg (patiënten) en verleners van zorg (medische professie, werknemers). Op micro-niveau moeten patiënten de kans krijgen een weloverwogen keuze te maken voor zorg. Voor artsen heeft vraagsturing gevolgen voor de dagelijkse praktijk (Lapré, Rutten, Schut, 2001).

Zorgaanbieders werken op dit moment voornamelijk op basis van budgetten, de trend gaat echter steeds meer richting prestatiegerichte bekostiging. Een voorbeeld hiervan is bekostiging op basis van diagnose behandeling combinaties (DBC's). Met een DBC wordt de zorg die een patiënt naar aanleiding van een gestelde diagnose krijgt per onderdeel vermeld. Het is de bedoeling dat zorg mede hierdoor inzichtelijker wordt en dat ruimte wordt gecreëerd voor marktwerking (Orde van Medisch Specialisten, 2003).

Het is echter de vraag of de wijziging van het zorgstelsel bijdraagt aan een efficiëntere gezondheidszorg. De markt van de gezondheidszorg gedraagt zich niet als een 'normale' markt en kenmerkt zich door specifieke kenmerken zoals informatieasymmetrie (Lapré e.a., 2001). Informatieasymmetrie betekent dat zorgvragers meestal over minder informatie beschikken dan de zorgaanbieder. Op basis van de beschikbare informatie is het moeilijk een bewuste keuze voor zorg te maken.

Het is interessant om te onderzoeken of, ondanks de specifieke eigenschappen van deze markt, het nieuwe zorgstelsel daadwerkelijk bijdraagt aan een meer doelmatige gezondheidszorg. Dit wordt in dit onderzoek gedaan door naar een onderdeel van de gezondheidszorg te kijken, te weten de Zelfstandige Behandel Centra (ZBC). ZBC's zijn voorbeelden van ondernemen in de zorg. De huidige groei van ZBC's kan als voorloper worden gezien op de ingezette ontwikkeling naar marktwerking in de zorg. Om deze reden zijn ZBC's relevante voorbeelden bij de omslag naar vraagsturing in de zorg.

Een ZBC richt zich op electieve, relatief eenvoudige zorg waarbij patiënten meestal niet langer dan 24 uur worden opgenomen. Door de zorg in grote frequentie aan te bieden wordt getracht de kwaliteit te verbeteren, de kosten te reduceren en meer service te verlenen (CBZ, 2003a). Met deze vorm van zorgaanbod kan worden geproefd aan een combinatie van ondernemen en concurrentie.

De thesis richt zich op twee niveaus in de zorg. In de eerste plaats wordt bekeken wat de effecten van ZBC's zijn op de doelmatigheid van zorg. Op macro-niveau wordt geanalyseerd wat de gevolgen zijn voor de publieke belangen betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit. Vervolgens wordt onderzocht wat de keuze voor een ZBC betekent voor een ziekenhuis zoals de Ziekenhuis Groep Twente. Dit deel van het onderzoek is gericht op meso-niveau.

Het onderzoek op macro-niveau is in een aantal fases gedaan. In eerste instantie is gekeken naar het Nederlandse zorgstelsel en de stelselwijziging. De overgang naar marktwerking in de zorg heeft consequenties voor de positie van zorginstellingen. Een ontwikkeling die duidelijk naar voren komt is de opkomst van gespecialiseerde klinieken zoals een ZBC. Vervolgens is met behulp van een stakeholderanalyse onderzocht welke gevolgen een ZBC heeft voor belanghebbenden. Omdat in Nederland weinig empirische data beschikbaar is over ZBC's en omdat de omgeving constant aan verandering onderhevig is, is een economische analyse om de doelmatigheid te bepalen niet haalbaar. Op dit moment worden activiteiten van ZBC's niet op een betrouwbare manier geregistreerd (NZa, 2007b).

Om uitspraken te kunnen doen over de gevolgen van doelmatigheid van ZBC's is gekeken naar de Amerikaanse gezondheidszorg. De discussie over hervorming van de gezondheidszorg vindt namelijk ook buiten Nederland plaats. De toename van gespecialiseerde zorgcentra is een internationaal verschijnsel (CBZ, 2005a). Uit de literatuur komt naar voren dat in Amerika al langer sprake is van marktwerking in de zorg. Marktwerking heeft hier geresulteerd in een groeiend aantal gespecialiseerde klinieken oftewel 'focused factories'. Dit biedt de mogelijkheid om te analyseren in welke context 'focused factories' vallen en welke effecten deze klinieken sorteren. Op deze manier kan een inschatting worden gemaakt van de situatie voor ZBC's in Nederland.

Het focused factory concept is gebaseerd op het uitgangspunt dat een operationeel proces optimaal wordt afgestemd op een homogene groep producten of diensten. Dit concept komt overeen met het concept van ZBC's. Door verschillende regelgeving en strategieën wordt vervolgens invulling gegeven aan het concept waardoor in de praktijk een andere organisatie naar voren komt.

Een aantal ontwikkelingen in de Amerikaanse en Nederlandse zorg zijn vergelijkbaar waaronder de groei van 'focused factories' als gevolg van marktwerking. De gezondheidszorg in Amerika en Nederland verschillen echter sterk van elkaar. In Amerika is het specialisme orthopedie in de focused factories één van de meest voorkomende specialismen. Naast het analyseren van de situatie in Amerika is de omgeving van een ZBC bekeken. De trends in de gezondheidszorg, de stakeholders met hun eigen belangen bepalen mede hoe de markt voor ZBC's er uit ziet.

Het onderzoek op meso-niveau is gedaan bij de Ziekenhuis Groep Twente. De Ziekenhuisgroep Twente bestaat uit het Streekziekenhuis Midden-Twente (SMT) in Hengelo, het Twenteborg

Ziekenhuis in Almelo (TBA) en de Stichting Zorgservices Twente. Naast de twee regionale ziekenhuizen vormt Zorgservices Twente de ondernemende tak. Deze levert producten en diensten die niet behoren tot de kernactiviteiten van de ziekenhuizen maar er wel nauw mee verbonden zijn. Te denken valt hierbij aan een zorghotel en het Multi Care center dat 30 instellingen en organisaties op het gebied van zorg huisvest. De geneeskundige kennis en ervaring die binnen de Ziekenhuisgroep Twente wordt toegepast, worden via Zorgservices Twente consumentgericht ingezet¹.

Uit een oriënterend gesprek met de manager van de Zorgservices Twente kwam naar voren dat de ZGT reeds ervaring heeft met een ZBC. De ZGT heeft een ZBC opgericht en in 2004 binnen een pilot ervaring opgedaan met het aanbieden van zorg binnen dit organisatieconcept. Op deze manier zijn overschotten op wachtlijsten via de ZBC weggewerkt voor verschillende specialismen van de Ziekenhuis Groep Twente. Inmiddels zijn de wachtlijsten minder geworden en heeft de zorgmanager van de Ziekenhuis Groep Twente aangegeven dat het ZBC op deze manier patiënten van de eigen patiëntenpool aan het behandelen is. Men wil dit graag zien veranderen. Het bestuur van het ziekenhuis wil voorkomen dat het ZBC de relatief eenvoudige zorg inneemt en dat de gecompliceerde en dure zorg overblijft voor het ziekenhuis. Een mogelijkheid om het probleem van 'cherry picking' te omzeilen is patiënten genereren buiten het eigen adherentiegebied. Het is de vraag of het opzetten van een ZBC de juiste strategie is voor een ziekenhuis binnen de huidige ontwikkelingen in de gezondheidszorg. De probleemstelling van de ZGT is tevens onderdeel van de eerste onderzoeksvraag. De effecten van een ZBC voor het algemene ziekenhuis kunnen immers ook van invloed zijn op de publieke belangen betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit. Zeker als de groei van nieuwe toetreders verder toeneemt.

Op dit moment is nog onduidelijk welke invloed ZBC's hebben op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg. Het zal onder andere afhangen van hoe marktwerking zich in de toekomst zal gaan ontwikkelen. De zorg van het management over de positie van de ZBC is het uitgangspunt voor de tweede vraagstelling. De ZBC van de Zorgservices Twente dient in dit onderzoek vooral ter ondersteuning en ter illustratie, teneinde meer inzicht te krijgen in de situatie van een ziekenhuis dat te maken krijgt met marktwerking. Het geeft inzicht in de vraag hoe zorgaanbieders omgaan met vraaggestuurde zorg.

Uit de literatuuranalyse van zowel Amerika als Nederland kwam naar voren dat het specialisme orthopedie zich goed leent voor zorg binnen een zelfstandig behandel centrum. Dit specialisme kenmerkt zich veelal door electieve zorg waardoor het goed in een ZBC organisatie kan worden toegepast. Het specialisme orthopedie wordt in deze thesis nader geanalyseerd. Door een specifiek specialisme te bekijken kunnen marktkenmerken beter in kaart worden gebracht. De kansen en bedreigingen voor een ZBC gespecialiseerd in orthopedische zorg worden geanalyseerd. Van het specialisme orthopedie is een analyse gemaakt om te kunnen bepalen of een ZBC de juiste keuze is voor zorgaanbieders in de huidige gezondheidszorg.

¹ www.zgt.nl

Deze thesis tracht antwoorden te vinden op de centrale vraagstellingen:

- 1. In hoeverre draagt een zelfstandig behandelcentrum (ZBC) bij aan meer doelmatigheid in het nieuwe zorgstelsel?**
- 2. Wat levert een ZBC voor het specialisme orthopedie op voor de Ziekenhuis Groep Twente?**

De vraagstellingen zijn verdeeld in deelvraagstellingen.

Door het onderzoek te richten op twee niveaus wordt inzicht gecreëerd in het verschil in belang voor verschillende partijen. Wat voor de ene stakeholder een voordeel is, kan voor de andere stakeholder juist nadelige gevolgen hebben.

De doelstelling van de thesis is gericht op het leveren van een bijdrage aan de kennis over de rol van ZBC's in het nieuwe zorgstelsel. De thesis geeft meer inzicht in de doelmatigheid van ZBC's.

Leeswijzer

Hier wordt kort de inhoud van elk hoofdstuk besproken waardoor de opzet van de thesis inzichtelijk wordt. Het eerste hoofdstuk gaat in op de methodologie van de thesis. In hoofdstuk 2 wordt het theoretisch kader van de zorgmarkt uitgewerkt. Achtereenvolgens komt theorie aan bod over de markt van de gezondheidszorg, stakeholders, zorgvernieuwing en strategisch gedrag van zorgaanbieders. In hoofdstuk 3 wordt een beeld geschetst van het Nederlandse zorgstelsel en de stelselwijziging. De recente ontwikkelingen in de zorg worden beschreven. De omslag naar vraagsturing heeft ruimte gecreëerd voor een toename van het aantal ZBC's. Het zelfstandig behandelcentrum wordt aan de hand van kenmerken, historie en context beschreven.

In het vierde hoofdstuk komt de Amerikaanse gezondheidszorg aan bod. In Amerika is marktwerking en concurrentie in de zorg reeds gedurende langere tijd aan de orde. Het organisatieconcept 'focused factories' en het effect op doelmatigheid wordt nader bekeken.

Hoofdstuk 5 sluit hierop aan door het beschrijven van de omgeving van een ZBC. Eerst worden de stakeholders van een ZBC geanalyseerd. Vervolgens wordt ingegaan op de trends die van invloed kunnen zijn op de continuïteit van een ZBC.

Tenslotte wordt in een apart hoofdstuk de situatie van de Ziekenhuis Groep Twente beschreven. Hierbij wordt gekeken naar het specialisme orthopedie. De mogelijkheden om voor dit specialisme een centrum te starten geven weer hoe de markt voor ZBC's in elkaar steekt. Afsluitend zal hoofdstuk 7 conclusies en discussie over de doelmatigheid en de plaats van ZBC's in het huidige zorgstelsel presenteren.

1. Methodologie

In dit hoofdstuk wordt beschreven welke methodologie gebruikt is om antwoord te geven op de onderzoeksvragen. Achtereenvolgens komen de vraagstelling, onderzoeksactiviteiten, relevantie en afbakening aan bod.

1.1. Vraagstelling

Het centrale thema van deze scriptie is de invloed van ZBC's op de doelmatigheid van medisch-specialistische zorg. Naar aanleiding van literatuuronderzoek en de probleemstelling beschreven in de inleiding staan twee vraagstellingen centraal:

1. In hoeverre draagt een ZBC bij aan meer doelmatigheid in het nieuwe zorgstelsel?

Om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden zijn de vragen opgedeeld in een aantal deelvragen:

- a. *Hoe is de Nederlandse gezondheidszorg georganiseerd?*
- b. *Hoe is de Amerikaanse gezondheidszorg georganiseerd?*
- c. *Aan welke ontwikkelingen zijn 'focused factories' in Amerika onderhevig?*
- d. *In hoeverre is de doelmatigheid in een 'focused factory' beter dan in een algemeen ziekenhuis in Amerika?*
- e. *Welke stakeholders zijn betrokken bij een ZBC in Nederland?*
- f. *Welke kansen en bedreigingen zijn er voor een ZBC in het nieuwe zorgstelsel?*
- g. *Wat zijn de effecten van een ZBC op de doelmatigheid (kwaliteit, betaalbaarheid, toegankelijkheid)?*
- h. *Wat leert ons de Amerikaanse ervaringen met focused factories voor de Nederlandse gezondheidszorg?*

2. Wat levert een ZBC voor het specialisme orthopedie op voor de Ziekenhuis Groep Twente?

- i. *Aan welke ontwikkelingen is het specialisme orthopedie onderhevig?*
- j. *Welke kansen en bedreigingen zijn er voor een ZBC orthopedie van de ZGT?*

1.2. Onderzoeksactiviteiten

Om een theoretisch kader op te stellen is literatuuronderzoek van belang. Hiervoor is literatuur gezocht via de digitale databank 'PubMed'. Verder is gebruik gemaakt van Internet en relevante publicaties van ZBC's en andere organisaties. In eerste instantie is een lijst met zoektermen opgesteld.

Afhankelijk van de resultaten van deze zoektermen, zijn de zoektermen aangepast. Op die manier werd via relevante literatuur nieuwe zoektermen en literatuur gevonden. Op het moment dat de deelvragen naar tevredenheid waren beantwoord en op het moment dat de meest relevante literatuur in bezit was is het literatuuronderzoek beëindigd.

De thesis betreft een kwalitatief onderzoek gebaseerd op uitgebreid literatuur- en documentonderzoek. Door middel van literatuurstudie is onderzocht of de doelmatigheid van zorg door middel van ZBC's vergroot wordt. Daarnaast is theoretisch onderbouwd wat een ZBC van het specialisme orthopedie oplevert voor de Ziekenhuis Groep Twente. Het gaat buiten de kaders van deze scriptie om een economische analyse te doen naar de mogelijkheden van een ZBC voor de ZGT.

De analyse in deze thesis is gebaseerd op te verwachten algemene ontwikkelingen in de Nederlandse gezondheidszorg. De verwachtingen van de ontwikkelingen op korte termijn komen voort uit de organisatie van het traditionele zorgstelsel en trends die zich op dit moment voordoen als gevolg van de omslag naar vraagsturing. In het beleidsonderzoek van Kwartel (2003) wordt gesteld dat "het nogal speculatief is om vanuit een bestaande, sterk planmatig gestuurde gezondheidszorg te doordenken welke processen zullen optreden wanneer in betrekkelijk korte tijd gelegenheid wordt gegeven tot marktgedrag van partijen". Dat neemt niet weg dat pogingen hiertoe ondernomen kunnen worden.

In de beginfase van het onderzoek heeft een oriënterend gesprek plaatsgevonden met de manager van de Zorgservices Twente. Hieruit kwam de probleemstelling naar voren die als uitgangspunt dient voor deze thesis. De ervaringen die zijn opgedaan in de pilot met de ZBC zijn goed, maar men maakt zich zorgen over de gevolgen voor het ziekenhuis. Als voorbeeld wordt in dit verband het 'cherry picking' van een ZBC genoemd. Dit betekent dat ZBC's de laagcomplexen, planbare zorg naar zich toe trekken en dat de dure, minder rendabele zorg overblijft voor het ziekenhuis.

De eerste onderzoeksvraag speelt zich af op macro-niveau. Allereerst wordt in de thesis een theoretische onderbouwing van het onderzoek gegeven. Hoofdstuk 2 scheidt het kader waarbinnen ZBC's worden georganiseerd en vormgegeven. Uit de literatuurstudie bleek dat een aantal specialismen zich goed leent voor zorg in een ZBC. Het specialisme orthopedie levert vooral electieve, laagcomplexen zorg en is geschikt voor organisatie in een ZBC. Vervolgens is geanalyseerd hoe de zorg voor orthopedie in Nederland georganiseerd is. Om antwoord te krijgen op de onderzoeksvragen is het noodzakelijk om inzicht te verkrijgen in het strategische gedrag van de stakeholders. Verder is het van belang de verwachte resultaten van dat gedrag op rij te zetten.

De Nederlandse gezondheidszorg en de wijzigingen in het stelsel worden beschreven in hoofdstuk 3. Hierbij is gekeken naar de historie en recente wijzigingen van het zorgstelsel. Het zelfstandig behandel centrum is beschreven aan de hand van kenmerken en ontwikkeling. Dit hoofdstuk vormt de basis voor de beantwoording van deelvraag a. Om een uitspraak te kunnen doen over de gevolgen van het leveren van zorg in een ZBC structuur is naar de situatie in Amerika gekeken. Doelmatigheid van ZBC's is in Nederland in de literatuur nauwelijks beschreven. In Amerika heeft men reeds lang ervaring met zorg in gespecialiseerde klinieken. In hoofdstuk 4 wordt het Amerikaanse zorgstelsel

beschreven. Specifieke aandacht gaat hierbij naar de focused factories en de effecten van deze klinieken op zorg. Met dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op deelvragen b, c en d. Daarna volgt in hoofdstuk 5 de omgevingsanalyse van ZBC's. De kansen en bedreigingen van het nieuwe zorgstelsel voor een ZBC in kaart gebracht. Hiervoor is een stakeholderanalyse gebruikt en is de markt van een ZBC aan de orde gekomen. Door de stakeholders in kaart te brengen wordt duidelijk waar de behoeftes liggen waar een ZBC aan moet voldoen. Door hier aandacht aan te besteden wordt de continuïteit van een ZBC beter gewaarborgd. Verder zijn de effecten van ZBC's bepaald. Deelvragen e, f en g worden hiermee beantwoord. Na deze deelvragen kan antwoord worden gegeven op de vraag welke lessen geleerd kunnen worden van de Amerikaanse situatie.

Op meso-niveau is de situatie van de ZBC van de Zorgservices Twente bekeken. Aan de hand van een analyse van de ZBC is bekeken welke factoren van belang zijn bij het opzetten van een ZBC. Doordat de markt verandert van aanbodsturing naar vraagsturing zijn de eisen waaraan de ZBC moet voldoen om succesvol te zijn aan verandering onderhevig. Met behulp van informatie over de Ziekenhuis Groep Twente, Maatschap Orthopedie en de Zorgservices Twente wordt getracht de plaats van de ZBC te bepalen. De documenten die hiervoor gebruikt zijn betreffen jaarverslagen en praktijkanalyses van Prismant. Het businessplan geeft goed inzicht in de doelen en strategie van de ZBC. In hoofdstuk 6 wordt antwoord gegeven op de laatste twee deelvragen waarmee hoofdvraag 2 beantwoord wordt. De conclusie, discussie en aanbevelingen sluiten het geheel af in hoofdstuk 7.

De analyse is theoretisch opgezet. Op dit moment is veel informatie te vinden over het nieuwe zorgstelsel, marktwerking en vraagsturing in de zorg. De literatuurstudie heeft geleid tot informatie uit medische tijdschriften, documenten en studies van de overheid (VWS, RVZ, Bouwcollege, etc.).

1.3. Afbakening

Dit onderzoek brengt in kaart in hoeverre ZBC's bijdragen aan meer doelmatigheid. Het begrip doelmatigheid wordt op de site van het programma 'sneller beter' als volgt gedefinieerd:

- De verhouding tussen de kwaliteit van de geleverde zorg en de kosten ervan.
- Doelmatige zorg: goede zorg aan hen die het nodig hebben tegen aanvaardbare kosten².

Instanties zoals de Nederlandse Zorg Autoriteit (NZa) gebruiken in relatie tot marktwerking regelmatig de begrippen kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg (NZa, 2007a/b). In deze thesis worden deze begrippen gebruikt om invulling te geven aan het begrip doelmatigheid. De betekenis komt overeen met de definitie van doelmatigheid volgens het programma 'sneller beter'. Verder is specifiek naar het specialisme orthopedie van de Ziekenhuis Groep Twente gekeken. Er wordt dan ook gekeken naar specifieke marktelementen die met orthopedie samenhangen.

Aangezien in de gezondheidszorg niet gesproken kan worden over dé markt en dé vraag wordt de volgende afbakening gemaakt:

- Het onderzoek gaat over medisch-specialistische zorg. Verpleging en verzorging vallen hier

²<http://www.snellerbeter.nl/begrippen> 25-11-2006

buiten. De nadruk ligt bij de algemene ziekenhuizen en ZBC's omdat deze zich met name richten op zorg binnen het B-segment. Academische ziekenhuizen focussen bijvoorbeeld naast de reguliere zorg vooral op onderwijs, onderzoek en specialistische zorg (RVZ, 2003a)

- Vraag en aanbod binnen het nieuwe zorgstelsel.

Wanneer gesproken wordt over het nieuwe zorgstelsel wordt het stelsel vanaf 1 januari 2006 bedoeld. Hier vallen ook de maatregelen onder die de marktwerking moeten versterken.

Het begrip 'zelfstandig behandel centrum' wordt geïntroduceerd in de Regeling Zelfstandige Behandelcentra dat uit is gebracht in 1998. Een ZBC richt zich op electieve, eenvoudige zorg. Onder ZBC wordt in deze thesis verstaan een organisatorisch verband zonder winstoogmerk, die zorg verleent die behoort tot het tweede en/of derde compartiment. Hun functie ligt vooral in de planbare zorg waarbij patiënten meestal niet langer dan 24 uur worden opgenomen. Twee of meer specialisten werken samen om reguliere zorg te bieden.

Een ZBC kan als onderdeel van een ziekenhuis bestaan of als privékliniek met vergunning voor een ZBC. In deze thesis ligt de focus op de eerste vorm van ZBC aangezien dat overeenkomt met de situatie van de Ziekenhuis Groep Twente. Privé-klinieken leveren voornamelijk niet-verzekerde zorg en worden kort besproken in deze thesis.

Ontwikkelingen in de gezondheidszorg volgen zich momenteel snel achter elkaar op. Deze thesis heeft informatie tot en met 2007 verwerkt.

1.4. Relevantie

De toename van zelfstandige behandelcentra is een actueel thema in de gezondheidszorg. Met dit onderzoek wordt beoogd te analyseren of een zelfstandig behandelcentrum een juiste keuze is in de marktwerking binnen de zorg. Voor zorgaanbieders is het belangrijk te weten welke keuzes ze moeten maken om zich staande te houden in de toenemende vraaggestuurde gezondheidszorg. De omslag naar vraagsturing is een actuele maatschappelijke discussie. Deze thesis levert een bijdrage aan kennisvorming van dit thema.

2. Theoretisch kader

De Nederlandse gezondheidszorg is aan verandering onderhevig. De stelselwijziging heeft als doel marktwerking in de zorg. Dit moet bijdragen aan betere toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit. Om een indruk te krijgen of marktwerking bijdraagt aan betere doelmatigheid is er voor gekozen een onderdeel nader te belichten, te weten de ZBC's. Om te kunnen beantwoorden welke plaats een ZBC in dit verband heeft is een theoretisch kader nodig. Ontwikkelingen als ZBC's zijn echter moeilijk in een theoretisch kader te plaatsen omdat weinig theorie over dit onderwerp beschikbaar is. In hoofdstuk twee worden een aantal theoretische benaderingen behandeld die van belang kunnen zijn voor beter inzicht in het organisatieconcept ZBC. In paragraaf 2.1. wordt de markt van de gezondheidszorg besproken. In paragraaf 2.2. wordt de stakeholdertheorie aan de orde gesteld. Vervolgens wordt in paragraaf 2.3. theorie over een ZBC als logistieke vernieuwing behandeld. In meerdere beleidsstukken van de overheid komt naar voren dat een ZBC wordt gezien als logistieke vernieuwing. Er wordt getracht antwoord te geven op de vraag hoe een dergelijke vernieuwing functioneert en daarbij wordt onder andere rekening gehouden met omgevingsfactoren als marktwerking. In de laatste paragraaf komt strategisch gedrag van zorginstellingen aan bod. Beschreven wordt hoe ziekenhuizen reageren op marktwerking.

2.1 Markt van de gezondheidszorg

De markt voor gezondheidszorg gedraagt zich niet als een 'normale' markt met alleen vragers en aanbieders. Belanghebbenden gaan in de gezondheidszorg anders met elkaar om dan in een doorsnee markt. De gezondheidszorg kan geanalyseerd worden door indeling op micro-, meso- en macroniveau. Op macroniveau worden de uitgaven vooral collectief bekostigd, in Nederland betekent dit collectieve financiering door verzekeringspremies. Op mesoniveau wordt gekeken naar de organisatie van de 'bedrijfstak' gezondheidszorg. Tenslotte gaat het bij microniveau bijvoorbeeld om nieuwe behandelingen en technologieën.

De twee belangrijkste karakteristieken waarin de gezondheidszorg zich onderscheidt van andere sectoren zijn onzekerheid en informatieasymmetrie. De behoefte aan zorg kenmerkt zich door het onvoorspelbare karakter. Het is onbekend wanneer welke vorm van zorg nodig is en welk effect de zorg vervolgens oplevert. Met informatieasymmetrie wordt bedoeld dat zorgvragers meestal over minder informatie beschikken dan de zorgaanbieder. Op basis van de beschikbare informatie is het moeilijk een bewuste keuze voor zorg te maken. Deze marktimperfecties dragen ertoe bij dat marktwerking in de zorg niet automatisch resulteert in meer doelmatigheid (Jeurissen, 2005).

Andere factoren die er voor zorgen dat de gezondheidszorg verschilt van een doorsnee markt zijn onder andere het ontbreken van een prijsmechanisme, verschillende belangen van zorgaanbieders, aanbodgeïnduceerde vraag, heterogeniteit van het product en de dominante rol van de overheid. De overheid heeft bij grondwet de plicht om de toegang tot zorg te organiseren. Iedere burger heeft

ongeacht de financiële situatie of het ziekterisico recht op zorg.

Van zorgaanbieders wordt verwacht dat zij discreet omgaan met het informatievoordeel. Het kan echter voorkomen dat niet alleen het belang van de patiënt gediend wordt, maar tevens motieven als werkdruk en inkomen van invloed zijn op de keuzes van artsen. Aanbodgeïnduceerde vraag betekent dat de arts eigen motieven boven de belangen van de patiënt stelt. Er zijn drie verschillende manieren waarop het inkomen van de arts tot stand komt. In de meeste gevallen zijn dat honorering per verrichting, honorering per ingeschreven patiënt per periode en het salarissysteem (Lapré e.a., 2001). Bij volkomen concurrentie is sprake van een efficiënt functionerende markt. In deze situatie zijn veel vragers en aanbieders die geen invloed hebben op de prijs. Ze zijn op de hoogte van elkaars voorkeuren en zijn in staat flexibel te reageren op marktontwikkelingen. De producten zijn homogeen en er is transparantie over de kwaliteit. Prijsmechanisme heeft een belangrijke rol.

Om een markt te kunnen onderzoeken is het noodzakelijk eerst te analyseren welke producten tot de markt behoren. Het is van belang te weten of de producten homo- of heterogeen zijn, of anders gezegd zijn de producten inwisselbaar? Vervolgens moet bepaald worden hoe groot de markt geografisch gezien is. Met het in kaart brengen van het geografische gebied wordt duidelijk welke aanbieders tot de concurrent behoren. Het aantal vragers en aanbieders is van belang. Wanneer een enkele aanbieder een groot deel van de markt domineert is sprake van marktconcentratie. In een gebied met weinig bevolking is meestal plek voor één ziekenhuis. Verder is de drempel voor nieuwkomers op de markt belangrijk. Bij eenvoudige toetreding tot de markt is de kans groter dat concurrenten zich zullen vestigen. De macht van de gevestigde partijen is dan minder groot. Door deze factoren te analyseren wordt een beeld verkregen van de marktstructuur. Zoals hierboven reeds vermeld is de mate van verdeling van informatie ook van belang. Tenslotte is regelgeving een bepalende factor in een markt.

In een markt gedragen belanghebbenden zich verschillend. Stakeholders hebben verschillende doelstellingen. Met behulp van een stakeholderanalyse kan in kaart worden gebracht welke stakeholders met welke belangen in een markt betrokken zijn. Zie ook paragraaf 2.2.

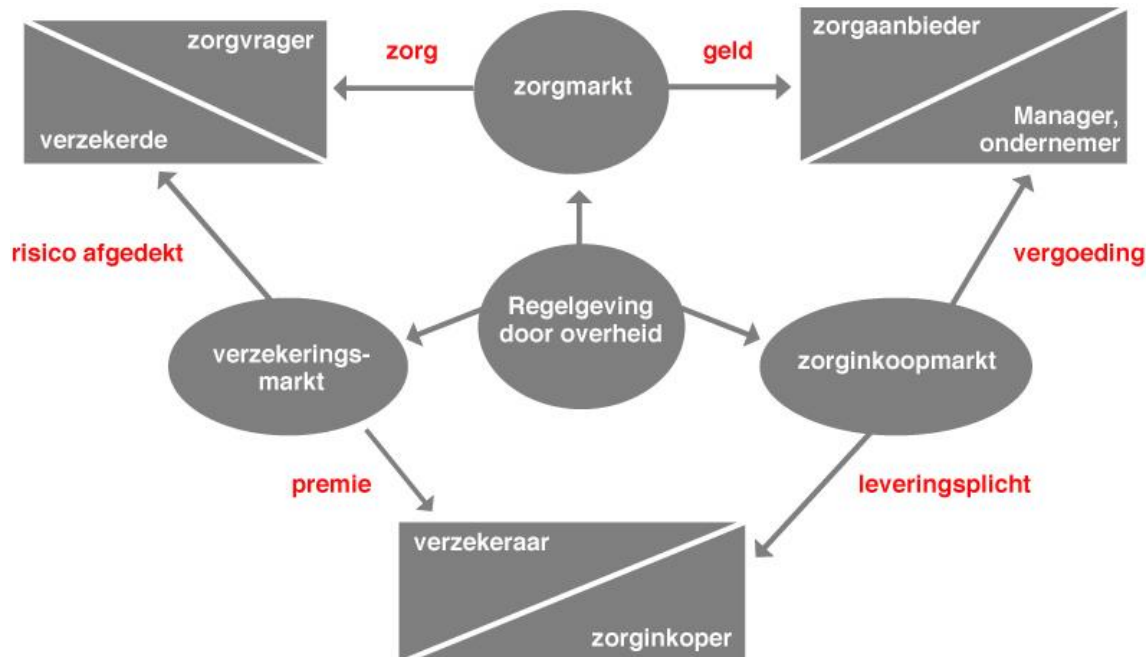
Het marktgedrag en de marktstructuur interacteren met elkaar en resulteren in een mate van doelmatigheid. Bij doelmatigheid gaat het om een doel te halen met zo weinig mogelijk middelen. Doelmatigheid is moeilijk vast te stellen omdat het doel en de middelen kan verschillen. Bovendien is de waarde voor de consument in relatie tot de kosten van de producent moeilijk vast te stellen.

Het uiteindelijke doel van de gezondheidszorg is het product gezondheid. Gezondheidszorg is echter maar één van de factoren die de volksgezondheid beïnvloeden. Preventieve maatregelen kunnen tevens bijdragen aan het vergroten van de gezondheid. Economie en gezondheid zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Groei van het nationaal inkomen leidt tot een positieve ontwikkeling van de gezondheidszorg, omgekeerd heeft de omvang van zorg invloed op de economie. In de economische theorie wordt gekeken naar gebruikte productiemiddelen (input) en de gerealiseerde productie (output). Het gaat hier om de combinaties van input die leiden tot de maximaal bereikbare output. In de gezondheidszorg is bijvoorbeeld geneeskundige verzorging en individuele medische kennis input. Gezondheid is de beoogde output. In ziekenhuizen is het eindproduct behandeling en verzorging van

patiënten. Vooral in ziekenhuizen is het meten van productie complex door de heterogene patiëntenpopulatie en het uiteenlopende karakter van zorg (Lapré e.a, 2001).

De betrokken partijen in de gezondheidszorg werken samen op drie markten (zie figuur 1):

1. de zorginkoopmarkt,
2. de zorgverzekeringmarkt,
3. zorgmarkt.



Figuur 1. Schema gezondheidszorg (RVZ, 2003b)

Regulering van deze markten is met name een taak van de overheid. De zorgmarkt biedt zorg aan de patiënt die wordt verleend door hulpverleners of zorginstellingen. Op de zorgverzekeringmarkt sluiten cliënten polissen af die door verzekeraars worden aangeboden. De zorginkoopmarkt houdt in dat verzekeraars zorg inkopen van zorgaanbieders. Het streven is dat zij dit doen op basis van prijs en kwaliteit.

De genoemde markten hangen nauw met elkaar samen. De inkoopmarkt en verzekeringsmarkt zijn afgeleiden van de zorgmarkt. Hier wordt immers het product gezondheidszorg geleverd (Putters en Frissen, 2006). De zorgmarkt kan worden verdeeld in de markt voor artsenzorg en de markt voor ziekenhuiszorg. Op de markt voor ziekenhuiszorg wordt nader ingegaan. Ziekenhuizen worden ook wel multiproductonderneming genoemd omdat in een ziekenhuis meerdere diensten worden aangeboden. De vraag naar zorg in een ziekenhuis komt van patiënten, huisartsen en zorgverzekeraars. De meeste patiënten hebben voorkeur voor een ziekenhuis dicht bij hun woonplaats. De aanbodzijde wordt beperkt door het adherentiegebied van het ziekenhuis (Lapré e.a., 2001).

De capaciteit aan ziekenhuisvoorzieningen wordt in de meeste landen niet aan de markt overgelaten.

De overheid heeft hier een regulerend beleid in. Verder mogen in de meeste landen ziekenhuizen geen winst maken. De medisch specialist heeft in het ziekenhuis een belangrijke rol. Ondanks dat specialisten in een ziekenhuis werken kennen ze vaak een grote mate van autonomie.

De hier gepresenteerde theorie over de markt van de gezondheidszorg kan worden gebruikt bij beantwoording van deelvragen a en e. In figuur 1 komt duidelijk naar voren dat verschillende partijen met elkaar te maken hebben en verschillende belangen hebben. De genoemde marktimperfecties van de gezondheidszorg dragen ertoe bij dat meer doelmatigheid niet eenvoudig te realiseren is. In de auto-industrie kan bijvoorbeeld door standaardisering van processen doelmatigheid worden verbeterd. In de zorg spelen meerdere factoren een rol die ertoe bijdragen dat doelmatigheid niet het vanzelfsprekende gevolg hoeft te zijn van standaardisering.

2.2. Stakeholdertheorie

Om de omgeving van een zelfstandig behandelcentrum in kaart te brengen kan gebruik worden gemaakt van een stakeholdertheorie. Met behulp van een stakeholderanalyse kan worden geanticipeerd op de behoeften van belanghebbenden waardoor continuïteit van een zorginstelling op lange termijn kan worden gewaarborgd (Nijboer, 2002).

Een model om stakeholders in kaart te brengen is het ‘stakeholder salience’ model van Mitchell, Agle en Wood (1997). Belanghebbenden kunnen getypeerd worden door de invloed en de aard van behoefte die een stakeholder bij een onderneming heeft. Het analyseren van ontwikkelingen in de omgeving en in het belang van de stakeholders levert inzicht op in de risico’s voor een onderneming. Hiermee kunnen de kansen en bedreigingen in kaart worden gebracht. Achtereenvolgens wordt onderzocht wie de stakeholders zijn en welke kenmerken zij hebben. Een stakeholderanalyse kan verder bijdragen om communicatieve strategieën te ontwikkelen. Dit gaat buiten het kader van deze thesis. Coymans en Hintzen (2000) omschrijven stakeholders als partijen die activiteiten van een onderneming kunnen beïnvloeden of erdoor beïnvloed worden. Verder geven zij aan dat belangen van stakeholders kunnen veranderen. Doordat de maatschappij ontwikkelt en dus verandert, veranderen ook de verwachtingen van de stakeholders. Wanneer een onderneming kan inspelen op de gewijzigde behoeften van de stakeholders worden de beste mogelijkheden voor continuïteit van de onderneming gewaarborgd.

Door het bestuderen en analyseren van stakeholders en hun belangen kunnen kansen en bedreigingen voor ZBC worden bepaald. In hoofdstuk 5 wordt een stakeholderanalyse toegepast om deelvragen e, f en j te beantwoorden.

2.3. Logistieke vernieuwing

De vraag en het aanbod van zorg in Nederland sluiten niet goed op elkaar aan. De overheid stuurt aan op meer vraaggerichte zorg en heeft een stelselwijziging doorgevoerd. Dit moet leiden tot meer ondernemen en marktwerking waardoor vervolgens meer doelmatigheid, kwaliteit en

keuzemogelijkheden wordt gecreëerd. Het is niet duidelijk hoe de stelselherziening in de praktijk zal uitvallen. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) heeft een aantal achtergrondstudies uitgevoerd waarbij is gekeken naar problematiek rond het toepassen van zorgvernieuwingen ofwel verbeterde werkwijzen in de zorg. Uit onderzoek komt naar voren dat de praktijk van de zorg weerbarstig kan zijn (Putters en Frissen, 2006). Verschillende stakeholders hebben verschillende belangen en bovendien heeft de overheid een regulerende functie. De cultuur in de gezondheidszorg is er een van afwachten en gehoorzamen aan de overheid geworden. Verder is het zo dat patiënten niet altijd de mogelijkheid hebben om een weloverwogen, bewuste keuze te maken.

Publieke, private en professionele stakeholders zijn in grote mate afhankelijk van elkaar. De overheid heeft bij grondwet de verantwoording over de kwaliteit en toegang tot zorg, maar heeft daar verschillende partijen voor nodig zoals professionals, patiënten, verzekeraars etc.

In de gezondheidszorg kunnen innovaties zorgen voor betere kwaliteit, grotere productie en meer doelmatigheid. Het begrip innovatie heeft meerdere betekenissen. Het kan gaan om vernieuwing van producten, diensten of processen. Dit kan leiden tot betere kwaliteit, lagere kosten of een nieuw product (NZa, 2007b).

Evers (2004) onderscheidt meerdere typen innovaties;

- technologische innovaties,
- productinnovaties,
- logistieke innovaties.

Logistieke innovatie is aan de orde wanneer sprake is van standaardisering van zorg. Als voorbeeld kan ketenzorg en ZBC's worden genoemd. Bij een ZBC gaat het immers om relatief makkelijk planbare zorg die uit de complexe productieprocessen van instellingen wordt gehaald.

Het organisatieconcept 'focused factory' is in 1974 geïntroduceerd door Skinner. Zijn definitie luidt als volgt; "A factory that focuses on a narrow product mix for a particular market niche". Volgens Skinner resulteert dit concept in verbeterde kwaliteit en minder kosten doordat gestandaardiseerd kan worden. De focus ligt op een bepaalde taak in de organisatie. Voor de gezondheidszorg betekent dit dat een zelfstandig deel wordt opgezet binnen de zorginstelling dat zich richt op een bepaalde behandeling. Doel hiervan is een betere doorstroming, klantgerichtheid en efficiëntie.

Tevens doen innovaties zich voor op verschillende niveau's;

- institutioneel niveau; niveau van het zorgsysteem,
- operationeel niveau; directe uitvoering van zorg,
- technologisch niveau; technologie voor zorgverlening (Putters en Frissen, 2006).

De relaties in de zorg tussen de partijen overheid, markt, sector en burger zijn aan verandering onderhevig. Commerciële zorginstellingen zijn productiever ingesteld. Arbeid en kapitaal worden hier namelijk beter op elkaar afgestemd. Een ZBC is een zorgvernieuwing die plaats vindt op institutioneel niveau; het gaat om vernieuwing van het sturingssysteem. Prikkel die veroorzaakt worden door

marktwerking kunnen leiden tot betere arbeidsvoorwaarden en de kans om extra inkomsten te genereren. Initiatieven zoals een ZBC resulteren in productiviteitswinst.

Verscheidene kansen en bedreigingen komen in het nieuwe Nederlandse zorgstelsel naar voren wanneer het gaat om vernieuwingen. Het lijkt erop dat managers en verzekeraars meer te zeggen krijgen in het nieuwe stelsel.

Innovatie en vraaggerichtheid zijn met elkaar verbonden. Innovaties leiden niet altijd tot meer keuze, maar resulteren vaak in meer doelmatigheid en klantgerichtheid. Tevens kunnen nieuwe technieken en producten ontwikkeld worden. Men verwacht dat hierdoor meer aandacht komt voor de klant oftewel de vrager. Vraagsturing betekent dat verschillende stakeholders in de gezondheidszorg meer ruimte krijgen voor ondernemerschap. Hierdoor kan de sector beter inspelen op de behoeften van de patiënt (RVZ, 2003a).

Afhankelijk van de situatie van patiënten en de betreffende vernieuwing krijgt een innovatie al dan niet een plaats in de zorg. Er is geen sprake van dé markt of dé patiënt. Onderscheid bestaat in de deelmarkten ten aanzien van medisch-inhoudelijke ontwikkelingen, invulling van zorg zoals specialisatie, nieuwe ICT mogelijkheden en nieuwe besturingsprocessen. Andere randvoorwaarden zijn het overheidsbeleid voor marktwerking, de economie en de arbeidsmarkt. De betrokkenen bij een zorgvernieuwing moeten gebruik maken van gerichte acties en verschillende beleidsinstrumenten. Dit betekent dat zorgvernieuwing deel uitmaakt van een uitgebreid netwerk van actoren en situaties.

Volgens het Bouwcollege (2003b) zijn concurrentie en marktwerking niet hetzelfde. Prikkel die de concurrentie bevorderen zijn de groei van ZBC's, meer inkoopmacht van verzekeraars en productfinanciering. Een zorginstelling kan als micro-economie worden gezien. Concurrentie kan hier zorgen voor een betere prijsstelling. Op dit moment kenmerkt het stelsel zich niet door marktwerking. Als oorzaak wordt marktfalen genoemd. Verschillende vormen van marktfalen kunnen genoemd worden zoals onduidelijkheid over prijzen, de patiënt die afhankelijk is van de zorgaanbieder en over minder kennis beschikt. De vraag naar zorg is nauwelijks afhankelijk van het prijsniveau van de zorg. Verder is er weinig keuzevrijheid; te denken valt hierbij aan acute zorg (CBZ, 2003b).

Het voorbereiden van de gezondheidszorg op marktwerking en de gevolgen is geen sinecure. Voor individuele professionals, patiënten en zorgaanbiedende instellingen is het een relatief grote verandering. Dit kan de oorzaak zijn van weerstand tegen een nieuwe ZBC. In Nederland houdt het Ministerie van VWS rekening met het verschil in snelheid van adaptatie van innovaties door ziekenhuizen. Een voorbeeld hiervan is het programma sneller beter, ziekenhuizen kunnen hier zelf voor kiezen en bepalen op die manier of ze een snelle of trage adaptor zijn.

Wat volgens Schrijvers (2005) opvalt in de literatuur van de gezondheidszorg is het accent op aanpassing van gedrag van professionals en cliënten. Er zou meer aandacht moeten worden besteed aan veranderingen in structuren en culturen. Glouberman en Minzberg (2001) vragen zich af hoe het komt dat zorgsystemen complex zijn en moeilijk te managen. In alle landen lijkt men zich bezig te houden met hervormingen van het zorgstelsel en soms gaan deze ontwikkelingen in tegengestelde richting. De auteurs stellen dat gezondheidsinstellingen professionele bureaucratieën zijn.

Verschillende afdelingen in het ziekenhuis zijn niet op elkaar afgestemd. Hoe groter de differentiatie is in een onderneming, hoe groter de behoefte is aan integratie. Dat betekent dat collegiale verhoudingen en mechanismen cruciaal zijn voor het al dan niet aanslaan van samenwerking. Voor het opzetten en slagen van een ZBC is het van belang te weten onder welke voorwaarden een deel van de markt veroverd kan worden.

Logistieke vernieuwing kan zorgen voor meer doelmatigheid. In theorie kunnen ZBC's dus bijdragen aan meer doelmatigheid. Vernieuwing kan tevens van invloed zijn op de vraaggerichtheid in de zorg. Het is echter ook van belang de omgeving van ZBC's te analyseren. Stakeholders kennen een bepaalde waarde toe aan een ZBC. Verschillende stakeholders hebben verschillende invloed op het succes van een ZBC. Inzicht in mogelijkheden van logistieke vernieuwing dragen bij om deelvraag f te beantwoorden.

2.4. Strategisch gedrag van ziekenhuizen

In de visie van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) profileren ziekenhuizen zich als maatschappelijke ondernemingen. Ondernemen wordt gezien als bedrijfsmatig handelen en het nemen van initiatieven en risico's. Maatschappelijk ondernemen wil vervolgens zeggen dat rekening wordt gehouden met publieke verantwoordelijkheid als kwaliteit en toegankelijkheid (NVZ, 2002).

Putters (2003) heeft onderzocht hoe ziekenhuizen reageren op de vraaggestuurde ontwikkelingen in de gezondheidszorg. Naar voren kwam dat ziekenhuizen vooral bezig zijn met financiële vraagstukken en niet zozeer met het centraal stellen van de patiënt. Er is veelal sprake van intern ondernemen; wanneer organisaties echter te sterk intern gericht zijn kan dit leiden tot geslotenheid voor de omgeving. Er worden drie strategieën onderscheiden te weten fuseren, profileren en concurreren. De aanbodgestuurde gezondheidszorg gaat uit van productiecijfers, gebaseerd op aantal werknemers etc. De begroting geeft aan hoeveel geproduceerd moet worden. Deze werkwijze heeft weinig te maken met de omgeving van het ziekenhuis.

Op dit moment lopen in de ziekenhuizen twee zorgstromen door elkaar. Er moet acute zorg en electieve zorg geleverd worden. Deze zijn soms moeilijk in elkaar te passen. In een ZBC kan electieve zorg goedkoop worden geleverd en een hoge kwaliteit worden geboden. Als ziekenhuizen zich focussen op electieve zorg, kunnen verstoringen in het behandelproces worden vermeden waardoor de efficiency wordt verbeterd (Bredenhoff, Schuring, Caljouw, 2004). Volgens Kwartel (2003) is het voor ziekenhuizen noodzakelijk wanneer sprake is van concurrentie in de zorg dat acute en electieve zorg worden gescheiden. Dit onderscheid wordt een voorwaarde om te overleven. In de toekomst gaan ziekenhuizen zich meer richten op acute, niet planbare zorg. In specialistische centra wordt dan electieve zorg aangeboden bijvoorbeeld voor specialismen als orthopedie, oogheelkunde en chirurgie. Deze ZBC's kunnen in samenwerking met het ziekenhuis worden georganiseerd óf als apart commercieel centrum dat gebruik maakt van diensten van het ziekenhuis.

Uit de literatuuranalyse blijkt dat zorgaanbieders van medisch-specialistische zorg wel degelijk reageren op de marktprikkels van het nieuwe stelsel. Er wordt een meer ondernemingsgerichte invulling aan de zorg gegeven. Uit de studie van Putters en Frissen (2006) komen drie strategieën naar voren om een vorm van zorgvernieuwing zoals een ZBC te realiseren:

1. door vernieuwingen van bestaande behandelingen of het ontwikkelen van nieuwe behandelingen op de markt te zetten wordt aan **vermarkting van zorg** gedaan. Oftewel marktgericht ondernemen.
2. via samenwerkingsverbanden met andere zorginstellingen wordt getracht meer doelgericht en vraaggestuurd te werken. Deze strategie is de **vermaatschappelijking van zorg** en is onder te brengen bij het zogenaamde gemeenschapsgerichte ondernemen.
3. het toepassen van nieuwe technologieën in bestaande zorg wordt intern ondernemen genoemd.

Conclusie van het rapport is dat dé markt en dé patiënt niet bestaan. Er wordt wel meer aandacht besteed aan service voor de patiënt en meer op maat gesneden zorg. Aanbieders en verzekeraars zijn bezig om kwaliteit te verbeteren en om meer transparantie te leveren. Er wordt gestreefd naar minder regelgeving en bureaucratie, het gevaar dat hierin schuilt, is dat door toezicht en controle weinig ruimte overblijft om vrij te ondernemen. Verder moet marktwerking een prikkel geven aan keuzevrijheid, het probleem in de zorg is echter dat kwaliteit van zorg moeilijk te meten is. Veel informatie is niet voorhanden voor de patiënt. Vervolgens is het de vraag of patiënten in staat zijn een weloverwogen keuze te maken. Deze problemen samen worden ook wel de innovatieparadox genoemd. De focus op vernieuwing leidt namelijk tot voorzichtigheid bij de betrokken stakeholders, waardoor vernieuwingen zoals een ZBC in gevaar komen.

Een verklaring kan zijn dat in het zorgstelsel een mix bestaat van private en publieke partijen. Deze partijen zoals zorgaanbieders, verzekeraars en patiënten zijn van elkaar afhankelijk en hebben soms tegenstrijdige belangen. Ziekenhuizen kennen meestal geen concurrentie binnen een straal van 25 kilometer. Het is de bedoeling dat ziekenhuizen in de toekomst, wanneer ze geen goede prijs-kwaliteitverhouding laten zien gepasseerd worden door verzekeraars.

Volgens de RVZ (2003a) wordt de verantwoordelijkheid van de modernisering van de medisch-specialistische zorg neergelegd bij de zorginstellingen en verzekeraars. Van hen wordt verwacht dat ze kwaliteit en meer transparantie nastreven. Verder hoort innovatie bij het vak van medische professionals, zij worden geprikkeld door vernieuwingen die resulteren in betere kwaliteit van zorg. Een andere conclusie is dat het succes van een ZBC afhankelijk is van de attitude van de stakeholders. Zorgondernemers gaan onderzoeken welke activiteiten winstgevend zijn en hier vervolgens op inspelen. Bij zorgaanbieders kan dit leiden tot patiëntenselectie waarbij gekeken wordt naar 'dure' en 'goedkope' patiënten. De groep 'winstgevende' patiënten zal mogelijk leiden tot nieuwe toetreders op de zorgmarkt. Voor patiënten die intensievere zorg behoeven kan dit nadelige gevolgen hebben voor de toegankelijkheid. Bovendien kunnen zorgaanbieders die zwaardere zorg aanbieden in financiële moeilijkheden komen. Bovendien zal niet alleen de prijs van belang zijn, maar ook kwaliteit,

flexibiliteit en snelheid van levering (Kwartel, 2003).

De laatste paragraaf gaat in op het strategisch gedrag van zorginstellingen. Ziekenhuizen moeten tegenwoordig strategische keuzes maken om het hoofd te kunnen bieden aan concurrenten. Voorheen keken ziekenhuizen niet naar hun omgeving en concurrenten. De huidige ontwikkelingen in de zorg dwingen hen juist deze keuzes te maken. Deze informatie wordt gebruikt om deelvraag j te beantwoorden.

3. Het Nederlandse zorgstelsel

In hoofdstuk 3 wordt de Nederlandse gezondheidszorg in kaart gebracht. De huidige ontwikkeling van ZBC's komt voort uit de veranderingen van het zorgstelsel. Er is sprake van een omslag van aanbodgestuurde zorg naar vraaggestuurde zorg. Het is de bedoeling dat zorginstellingen meer ruimte krijgen om te ondernemen en concurreren. Paragraaf 3.1 brengt het Nederlandse zorgstelsel in kaart. Het geeft een beeld van de omgeving waarin zelfstandige behandelcentra functioneren. In paragraaf 3.2 worden de veranderingen in het zorgstelsel beschreven. Paragraaf 3.3 beschrijft de gevolgen van de stelselwijziging. Er is behoefte aan vernieuwing in de zorg en een ZBC kan een vorm van zorgaanbod leveren waar vraag naar is. In paragraaf 3.4 wordt de visie op marktwerking besproken. Vervolgens komen in paragraaf 3.5 de kenmerken en historie van ZBC's aan bod. In de laatste paragraaf worden organisatie en ontwikkelingen van het specialisme orthopedie besproken.

3.1 De Nederlandse gezondheidszorg

De Nederlandse gezondheidszorg kan worden beschreven met behulp van vier kenmerken. Ten eerste is de zorg voornamelijk privaat georganiseerd. Veel zorginstellingen zijn in beginsel privaat opgericht en dus niet van de overheid. Ten tweede wordt de zorg bekostigd via collectieve verzekeringspremies die door private zorgverzekeraars worden beheerd. In de derde plaats wordt de medisch-specialistische zorg gekenmerkt door professionals met een zelfstandige, onafhankelijke werkwijze die zich grotendeels niet door markt en overheid laten leiden. Ten slotte kan de overheid genoemd worden die grote verantwoordelijkheid draagt voor de invulling en kwaliteit van zorg, maar hiervoor van andere partijen afhankelijk is. Dit maakt duidelijk dat een netwerk van stakeholders betrokken is bij de zorg in Nederland en dat ze afhankelijk zijn van elkaar (zie figuur 1 in paragraaf 2.1).

Deze markten worden beïnvloed door meerdere partijen. Om een idee te geven kunnen werkgevers worden genoemd (willen zo snel mogelijk hun werknemers weer aan de slag), projectontwikkelaars die interesse hebben in zorgboulevards, financiële partijen die willen investeren, de Europese Unie die kijkt naar de marktverhoudingen, de overheid en de medische industrie (Lapré e.a., 2001).

Factoren die van invloed zijn op het aanbod zijn onder andere de tarieven, eigen betalingen, veranderen van zorgverzekeraar, onderhandelingen over zorginkoop en wetgeving over zorgvoorzieningen. Organen als de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en College Bouw Zorginstellingen (CBZ) houden de gang van zaken in de zorg in de gaten.

Het zorgstelsel kent drie compartimenten:

- in het eerste compartiment zit de zogenaamde onverzekerbare zorg. Deze langdurige zorg valt grotendeels onder de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). De AWBZ is inmiddels overgegaan in de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO).
- In het tweede compartiment zit korte, medische zorg waarbij goede toegankelijkheid gewaarborgd moet zijn. Deze zorg valt onder de Zorgverzekeringswet.
- In het derde compartiment zit de zogenaamde aanvullende zorg. Consumenten hebben de

mogelijkheid zich voor deze zorg aanvullend te verzekeren³.

De verzekeringsmarkt is in te delen in twee soorten van aanspraak: het recht op vergoeding in zorg en het recht op schadevergoeding. Bij het naturasysteem moeten verzekeraars voldoen aan een zorgplicht. Hiervoor worden contracten aangegaan met zorgaanbieders om zorg te kunnen aanbieden. In het restitutiesysteem heeft de zorgverzekeraar een betalingsplicht. De verzekeraar is dus niet verantwoordelijk voor het leveren van zorg en contracten met zorgaanbieders zijn niet nodig (Lapré e. a., 2001).

3.2 Stelselwijziging gezondheidszorg

Gereguleerde marktwerking kwam al sinds de Commissie Dekker in 1987 in ter sprake. Met gereguleerde concurrentie wordt getracht de tegenstellingen tussen solidariteit en concurrentie in goede banen te leiden. De overheid reguleert de mogelijkheden van zorginkopers en zorgt voor extra prikkels aan vraag- en aanbodzijde (Schut, 2003). Veranderingen in de zorg zijn duidelijk niet op korte termijn te bewerkstelligen. Het tweede Paarse Kabinet in 1998 heeft ondernemen in de gezondheidszorg opgenomen in het Regeerakkoord (Putters en Frissen, 2006). Het eerste kabinet Balkenende heeft “het recht op zorg” als uitgangspunt voor het zorgbeleid opgenomen in het Strategisch Akkoord. Het accent ligt mede bij winstoogmerk en commercie (VWS, 2002).

In het rapport ‘Marktwerking in de medisch specialistische zorg’ uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid (RVZ) in 2003 wordt de overheid geadviseerd om te streven naar meer competitie en marktwerking. De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft destijds gevraagd om advies inzake verandering in het zorgstelsel. Minister Borst wilde weten of het gevoerde beleid van aanbodregulering verlaten moest worden. De RVZ kwam met de volgende conclusies; het beleid van aanbodregulering heeft geleid tot wachtlijstproblematiek en weinig aandacht voor de patiënt, innovatie en doelmatigheid.

Het werd van belang geacht dat bureaucratie wordt teruggedrongen en om deze redenen is het wenselijk om meer richting marktwerking te gaan. Verder moet de organisatie van zorg kleinschaliger en gevarieerder worden om meer aan de behoeften van de klant tegemoet te kunnen komen. Het is volgens de raad van belang om de kosten te beheersen door prikkels aan de vraagkant te stimuleren. Om marktwerking te bewerkstelligen is het belangrijk dat verzekeraars meer keuzemogelijkheden hebben bij de inkoop van zorg. Om deze reden moet er meer capaciteit komen. Meer capaciteit kan onder andere gecreëerd worden door ziekenhuizen meer ruimte voor private initiatieven te geven.

Voor de RVZ is het duidelijk dat niet alle onderdelen van de zorg in het ziekenhuis in aanmerking komen voor marktwerking. Het betreft voornamelijk eenvoudige, electieve zorg. Tot nu toe focussen de ziekenhuizen nog niet echt op de wens van de patiënt. Ze zijn nog niet afhankelijk van vraaggestuurde zorg. De grote algemene ziekenhuizen lijken hier het meest ver in te zijn, zij hebben de mogelijkheid om extra service aan de patiënt te bieden.

³ www.snellerbeter.nl

Naast de nieuwe zorgverzekering met een basisverzekering voor iedereen zijn reeds meerdere wetswijzigingen doorgevoerd:

- Wet Tarieven Gezondheidszorg ExPress (WTG): betreft de invoering van een transparant prijssysteem met behulp van diagnose behandelcombinaties (DBC), waardoor meer vrijheid mogelijk wordt in het prijssysteem,
- Wet Herziening Overeenkomstenstelsel Zorg: bepaalt regels voor wat betreft onderhandelingen tussen verzekeraar en zorgaanbieder,
- Zorgverzekeringswet: regelt naast de basisverzekering voor iedereen, marktwerking in de zorg en rechten en plichten van patiënten, verzekeraars en aanbieders,
- Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi): meer vrijheid en verantwoordelijkheden voor zorginstellingen,
- Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG): gaat over de rol van de Zorgautoriteit en ziet toe op eerlijke marktverhoudingen,
- Wet Maatschappelijke Ondersteuning: gemeenten krijgen grotendeels verantwoordelijkheid over de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en tevens krijgen ze een belangrijke rol in de maatschappelijke dienstverlening,
- Geneesmiddelenwet: dereguleert en vereenvoudigt de geneesmiddelenvoorziening (van Wijck, 2007),
- Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst: de rechten en plichten van patiënten en hulpverleners zijn in deze wet vastgelegd (VWS, 2007).

Deze wettelijke veranderingen worden ook wel de ‘stelselwijziging gezondheidszorg’ genoemd (Putters en Frissen, 2006).

3.3 Gevolgen stelselwijziging

Bovengenoemd pakket aan maatregelen zorgt ervoor dat de zorg gaat veranderen. Men verwacht dat nieuwe aanbieders vooral zullen toetreden in de vorm van specialistische centra. De mogelijkheden om een zelfstandig behandel centrum op te zetten worden verder verruimd. Sinds 1998 vallen zelfstandige behandelcentra onder het vergunningensysteem van de Wet Ziekenhuis Voorzieningen (WZV) die inmiddels is opgevolgd door de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi). De regeling voor vergunningen van een ZBC zijn versoepeld vanaf 1 juli 2003.

De stelselwijziging heeft uiteraard gevolgen voor stakeholders. Via verzekeringswetgeving verandert ook de vraagkant. Zorgverzekeraars hebben een acceptatieplicht. Aan de andere kant zijn verzekeraars niet langer verplicht om met elk ziekenhuis een contract af te sluiten. Waarschijnlijk gaan verzekeraars in de toekomst verzekeringen aanbieden met ‘preferred provider’ pakketten (Kwartel, 2003).

De invoering van een andere bekostigingssystematiek gebaseerd op kostprijzen en kwaliteit moet leiden tot meer keuzevrijheid voor de verzekeraars. De diagnose behandel combinatie (DBC) is een

pakket van diensten en verrichtingen van het ziekenhuis en de medisch specialist. De DBC's zorgen ervoor dat het budgetmechanisme plaats maakt voor het prijsmechanisme. De nadruk ligt voor de verzekeraars op het sluiten van scherpe contracten met de juiste prijs-kwaliteitverhouding. Met behulp van DBC's wordt beoogd meer transparantie te verkrijgen in de zorg. Het is echter onzeker of de invoering van DBC's leidt tot meer kostenefficiëntie (Huijnen en van der Schors, 2005).

Meer vrijheid in het prijssysteem wordt gecreëerd door het zogenaamde 'B-segment'; de prijs van 10 % van de ziekenhuisproductie is sinds 2005 vrij onderhandelbaar en komt door vraag en aanbod tot stand. Het B-segment bestaat uit ongeveer 1246 DBC's. Deze zijn verdeeld over 15 specialismen en zijn toe te schrijven aan 28 diagnoses. Het zijn relatief veel ZBC's die zorg leveren binnen het B-segment. De omzet van het B-segment behoort voor ongeveer 35% aan het specialisme orthopedie. Over de prijs, kwaliteit en de kwantiteit (in termen van DBC's) wordt onderhandeld door ziekenhuizen en ZBC's. Op deze manier wordt marktwerking op gang gebracht. Het huidige kabinet Balkenende heeft het voornemen om per 1 januari 2008 het B-segment uit te breiden naar 20%. De omzet van het B-segment ten opzichte van de totale omzet in de ziekenhuiszorg wordt landelijk geschat op 7.3%. De ZBC's zijn buiten beschouwing gelaten (NZa, 2007b). ZBC's maken ongeveer 1% uit van de totale omzet in de ziekenhuiszorg (A en B segment) (NZa, 2007a).

De ontwikkeling van het aantal zorgaanbieders dat actief is in het B-segment is weergegeven in tabel 1. Hieruit blijkt dat elk jaar twee ziekenhuizen gefuseerd zijn en dat het aantal ZBC's actief in het B-segment toeneemt.

	2004	2005	2006	2007
Algemene ziekenhuizen	90	89	88	87
Categoriele ziekenhuizen	2	2	2	2
Academische ziekenhuizen	8	8	8	8
Totaal ziekenhuizen	100	99	98	97
ZBC's actief in B-segment	n.v.t.	37	57	68

Tabel 1. Aantal zorgaanbieders actief in het B-segment (NZa, 2007b).

Voor patiënten is het de bedoeling dat ze met behulp van deze maatregelen over meer kennis en informatie beschikken op basis waarvan een weloverwogen keuze kan worden gemaakt uit het zorgaanbod. Men verwacht minder onnodig zorggebruik. Door de mogelijkheid om van verzekeraar te wisselen én om een zorgverlener te kiezen wordt een belangrijke prikkel gegeven aan de kwaliteit van zorg.

Het is waarschijnlijk dat de fusiebeweging van ziekenhuizen zich voortzet. Deze concentratietendens naar grote ziekenhuizen biedt de gelegenheid voor kleine aanbieders om in de ontstane ruimte te stappen. Dit kunnen privéklinieken of ZBC's zijn of ketens daarvan, maar ook satellietvoorzieningen die door de ziekenhuizen zelf zijn georganiseerd (Kwartel, 2003).

Volgens een analyse van Price Waterhouse Coopers (1999) wordt standaardisatie van processen steeds

belangrijker om de efficiëntie te vergroten. De grote, algemene ziekenhuizen zullen meer en meer verschuiven naar gespecialiseerde klinieken voor intensive care, chirurgie/radiologie en acute zorg. Na een kort verblijf worden patiënten verwezen naar ambulante centra of zorghotels.

De toename van het aantal zelfstandig behandelcentra maakt duidelijk dat ziekenhuizen en zorgaanbieders bewust zijn van het belang van concurreren met andere aanbieders. De meeste ziekenhuizen hebben op dit moment een stichtingsvorm als rechtsvorm. Zorginstellingen herinvesteren behaalde winsten en keren dus niet uit aan derden. Het kabinet moet in een afzonderlijk besluit uitkeerbare winst mogelijk maken (VWS, 2006).

In zijn 'Februaribrief' aan de Tweede Kamer laat minister Hoogervorst weten rond 2012 grote gezondheidszorgaanbieders de status van commercieel bedrijf te willen geven. Hierbij ontstaat de mogelijkheid om uitkering van winst toe te staan. Verscheidene ziekenhuizen zijn al bezig met een overgang naar een vorm van besloten vennootschap (CBZ, 2005b).

Het is de vraag hoe de markt zich gaat ontwikkelen als meer buitenlandse private organisaties zich in Nederland vestigen. Het Zweedse Capio verwacht bijvoorbeeld winst te maken op de 'nieuwe' zorgmarkt in Nederland (Crommentuyn, 2006).

Een ander voorbeeld van schaalvergroting is de Mayo Clinic in de Verenigde Staten. Doordat zorg steeds complexer wordt ligt concentratie van deskundigheid en apparatuur voor de hand (Groenewegen en Hansen, 2007). De Mayo Clinic profileert zich als volgt: 'the first and largest integrated group practice in the world. Doctors from every medical specialty work together to care for patients, joined by common systems and a philosophy of "the needs of the patient come first". More than 2,500 physicians and scientists and 42,000 allied health staff work at three different Mayo Clinics. Collectively they treat more than half a million people each year' ⁴.

In Amsterdam komt waarschijnlijk in 2011 een nieuw commercieel oncologisch instituut. Het Duitse bedrijf Rehamed heeft hiervoor opdracht gegeven aan een investeringsmaatschappij. De formule is gebaseerd op een keten van commerciële ziekenhuizen; de Duitse Sanaklinieken (Feijter, 2007).

3.4 Visie op marktwerking

In het nieuw beoogde zorgstelsel zou meer marktwerking moeten komen. Er bestaan uiteenlopende meningen over. De Socialistische Partij SP (2005) heeft tijdens de voorlaatste verkiezingen twijfel geuit met de stelling: de zorg is toch geen markt? Marktwerking zou ten koste gaan van de kwaliteit en solidariteit van zorg. Volgens Arrow (1963) -beschouwd als grondlegger van de gezondheidseconomie- kan een markt alleen goed werken als vragers en aanbieders niet afhankelijk van elkaar zijn en beschikken over volledige informatie van de prijs en kwaliteit van de dienstverlening. In de gezondheidszorg bestaat echter geen zekerheid over tijd, aard, effect en omvang van de zorg.

⁴ www.mayoclinic.org

De medisch specialistische zorg wordt gedomineerd door ziekenhuizen en medisch specialistische beroepen. Volgens de RVZ (2003a) gaat het om een aanbiedermarkt hoewel het niet meteen als een markt beschouwd kan worden. Een grote hoeveelheid regels en de constatering dat het geen 'open' organisatie is, kenmerkt deze deelmarkt meer dan marktwerking. Een moeilijkheid bij marktwerking in de zorg is dat het management van zorgaanbieders vanuit het marktmechanisme en regelgeving eisen aan professionals stelt die conflicteren met hun professionele verantwoordelijkheid.

Wanneer vragers en aanbieders één op één met elkaar zaken doen wordt het type besluitvorming een markt genoemd. Rechten en plichten worden vastgelegd zodat ze elkaar hieraan kunnen houden. Marktwerking betekent dat prestaties van betrokken partijen inzichtelijk zijn. In de medisch specialistische zorg ontbreekt inzichtelijkheid, het toetreden van nieuwe partijen en vrije prijsvorming. Vrije marktwerking is dan ook niet te realiseren in de gezondheidszorg; het gaat om gereguleerde concurrentie (Maarse e.a., 2002).

De medisch specialistische zorg kenmerkt zich door een scheve verhouding tussen vraag en aanbod. Aan de vraagzijde is soms sprake van acute situaties en is de patiënt afhankelijk van de medische professional. De arts heeft een voorsprong wat kennis en kunde betreft en bepaalt wat de juiste diagnose en behandeling is. De vrager om zorg kan van te voren niet inschatten welke zorg verkregen wordt. De keuze voor een zorgverlener wordt om die reden vaak aan de hand van reputatie gedaan en niet gebaseerd op de kwaliteit van zorg. Deze voorsprong is wel aan het slinken doordat patiënten steeds beter geïnformeerd zijn.

Bij electieve zorg is de verhouding tussen arts en patiënt meer gelijkwaardig. Als voorbeeld kan genoemd worden dat een heupprothese voor, maar ook na de vakantie geplaatst kan worden. Wanneer de capaciteit groot genoeg is kan de heupvervanging in Hengelo, maar ook in Amsterdam plaatsvinden. Er is in deze deelmarkt dus ruimte voor marktwerking (RVZ, 2003a).

De ontwikkeling van gezondheidszorgsystemen van zeven OECD landen is beschreven in de studie van Cutler (2002). Volgens hem is de ontwikkeling in te delen in drie fasen. Een eerste fase waarin gestreefd wordt naar gelijke toegang tot de gezondheidszorg, de tweede fase is gericht op de beheersing van kosten en de derde fase wordt gekenmerkt door een toename van prikkels voor efficiency en de invoering van marktwerking. Volgens Schut (2003) is deze beschrijving ook toe te passen op de Nederlandse gezondheidszorg. De eerste fase heeft plaatsgevonden tot eind jaren '60, de tweede fase tot eind jaren '90 en momenteel lijkt het zorgstelsel zich in de derde fase te bevinden.

De kritiek op de wachtlijsten nam vooral toe in de tweede helft van de jaren '90. De overheid nam vanaf 1997 extra maatregelen om de wachtlijsten terug te dringen, maar dit had weinig effect omdat de ziekenhuizen feitelijk werden beloond met het vergroten van het beschikbare budget (Schut, 2003). Voorheen werd de zorg gekenmerkt door het budgetteringssysteem waarin productie-afspraken werden gemaakt. Een mogelijk gevolg van deze afspraken was dat wanneer in september al 80 procent van de productie was behaald de productie werd vertraagd met als resultaat wachtlijsten. Tevens kocht de zorgverzekeraar te weinig zorg in waardoor wachtlijsten ontstonden. Inmiddels zijn de zorguitgaven enorm gestegen. Gebrek aan doelmatigheid is een probleem dat bijdraagt aan de

verhoging van de kosten. Wachtlijsten bijvoorbeeld blijken voor een groot deel te wijten aan een gebrek in planning en logistiek. Het kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg (CBO) heeft in een groot ziekenhuis aangetoond dat door middel van betere planning het aantal knie- en oogoperaties fors toenamen (Schellekens, 2002).

Het afschaffen van de binding van de collectieve zorguitgaven aan een uitgavenplafond resulteert in het verlaten van het aanbodgestuurde zorgbeleid en het principe van recht op zorg. Een mogelijkheid voor het kabinet om toch de kosten te beheersen is gereguleerde concurrentie. Het beter organiseren van zorgvoorzieningen aan de aanbodzijde zou kunnen leiden tot meer doelmatigheid. Van belang hierbij is het stimuleren van de vraagzijde. Het centraal plan bureau (CPB) heeft in 2003 een studie uitgevoerd naar een geschikt systeem voor het slagen van gereguleerde concurrentie. Hierbij kwam naar voren dat zorgverzekeraars over de mogelijkheid moeten beschikken om doelmatige zorg in te kopen en dat ze hierin gestimuleerd worden. De ontwikkeling van een systeem van productclassificatie en prestatie-indicatoren zorgt ervoor dat zorgverzekeraars inzicht kunnen verwerven in prijs en kwaliteit.

Voor het prikkelen van zorgverzekeraars zodat zorg doelmatiger wordt ingekocht is het van belang dat verzekerden beschikken over informatie van prijs en kwaliteit van zorg. Tevens moet de mogelijkheid bestaan om van verzekeraar te kunnen wisselen. Wanneer verzekerden een weloverwogen keuze kunnen maken voor een zorgverzekeraar en regelmatig kunnen veranderen van verzekeraar, worden de zorgverzekeraars geprikkeld om een pakket zorg aan te bieden met een juiste prijs-kwaliteit verhouding.

Tot nu toe ontbreekt het zorgverzekeraars aan inzicht in de kwaliteitsverschillen tussen zorgaanbieders. De consumentenbond is in samenwerking met ZonMW een programma gestart om informatie te verzamelen over de gezondheidszorg op basis waarvan een meer weloverwogen keuze kan worden gemaakt. De patiënt oftewel de vrager staat centraal in dit onderzoek⁵. Om als kiezende zorgvrager te kunnen doorstaan is betrouwbare informatie nodig. Alleen op die manier komt vraagsturing en marktwerking tot zijn recht. Verder wordt verwacht dat onderzoeken als deze een prikkel geven tot verdere ontwikkeling en kwaliteitsverbetering van zorgvoorzieningen.

De vraag in hoeverre de zorg een markt is, is moeilijk te beantwoorden. Een 'normale' markt is het in ieder geval niet; de informatievoorziening is niet volledig transparant, de vrager naar zorg heeft een afhankelijke positie en er bestaat geen effectief prijsmechanisme. Volgens Schut (2003) zijn er een aantal randvoorwaarden waaraan de invoering van marktwerking in de zorg moet voldoen. Hij noemt onder andere prestatie/kwaliteitsindicatoren en consumenteninformatie.

⁵ www.consumentenbond.nl

3.5. Het zelfstandig behandel centrum

Marktwerving in de zorg wordt steeds verder ingevoerd. Als gevolg hiervan is groei van nieuwe toetreders ontstaan. Ziekenhuizen begeven zich tegenwoordig op nieuwe markten. In de ziekenhuiszorg is sprake van een toename van het aantal zelfstandige behandelcentra. In paragraaf 3.5.1 komen de kenmerken van het zelfstandig behandel centrum aan bod. Paragraaf 3.5.2 beschrijft de historie van ZBC's.

3.5.1 Kenmerken van het zelfstandig behandel centrum

Het is van belang om onderscheid te maken tussen electieve en acute zorg. Onder electieve zorg wordt zorg verstaan waar een indicatie aan vooraf is gegaan. De zorg behoeft geen directe behandeling en is goed te plannen (Ecorys-nei, 2003).

Een zelfstandig behandel centrum (ZBC) levert electieve, laagcomplexere zorg waarbij patiënten meestal niet langer dan 24 uur worden opgenomen. De zorg wordt in grote frequentie aangeboden waardoor getracht wordt de kwaliteit te verbeteren, de kosten te reduceren en meer service te verlenen. Doel van een ZBC is onder andere het verkorten van wachtlijsten en de opvang van de toename van het aantal dagbehandelingen. Deze vorm van zorgaanbod biedt een combinatie van ondernemen en concurrentie.

ZBC's kunnen worden opgezet door ondernemers, medisch specialisten of ziekenhuizen. Ook de zorg die ZBC's leveren varieert van innovatieve zorg tot laagcomplexere zorg (ZN, 2006).

Een ZBC is geschikt voor al dan niet verzekerde, laag-complexere operaties, zoals:

- sterilisatie van zowel vrouw als man,
- hersteloperatie na sterilisatie man,
- ooglidcorrectie,
- besnijdenis man,
- vaatoperatie,
- carpaal-tunnelsyndroom,
- knieslijtage,
- cataract,
- liesbreuk.

Bovendien biedt het ZBC vaak volledige diagnostiek, behandeling en nazorg. Men beoogt door kleinschaligheid een klantvriendelijke behandeling te kunnen bieden. Klantgerichtheid uit zich door de begeleiding van patiënt en zijn naasten eventueel door een gastvrouw. Door de kleinschaligheid is het contact persoonlijker en gemoedelijker⁶.

⁶ www.zgt.nl

3.5.2. Historie ZBC

De ontwikkeling van ZBC's is onderhevig aan veranderende regelgeving. In 1998 kwam regelgeving om de groei van ZBC's te stoppen. Aan de Regeling Zelfstandige behandelcentra lag ten grondslag dat medisch-specialistische zorg in het ziekenhuis thuis hoort. Privé-klinieken werden destijds gezien als noodzakelijk kwaad. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft het begrip privé-kliniek als volgt gedefinieerd: onder een privé-kliniek wordt verstaan een gezondheidszorgvoorziening, niet zijnde een ziekenhuis, waar in georganiseerd verband door meer dan één beroepsbeoefenaar zorg wordt aangeboden in de vorm van diagnostiek en/of behandeling met een invasief karakter waarbij vormen van anesthesie kunnen worden toegepast. Het betreft hierbij zorg verleend gedurende minder dan 24 uur (IGZ, 2003).

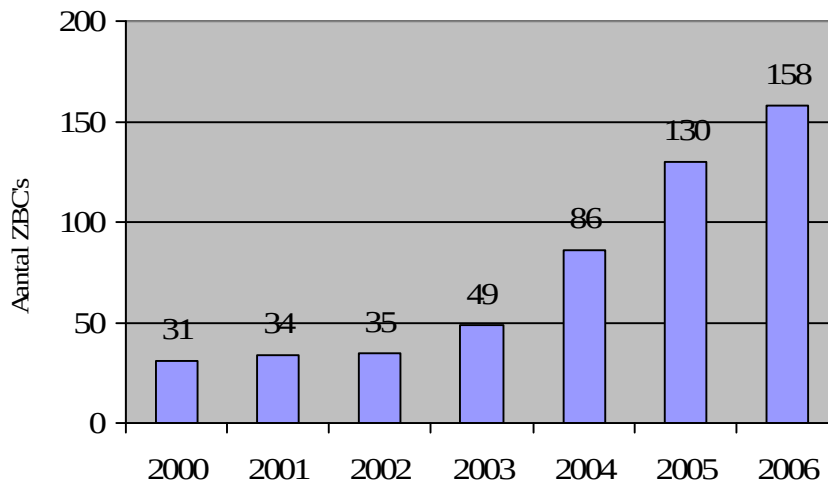
Op privé-klinieken die zich richtten op verzekerde zorg werd het vergunningensysteem van de Wet ziekenhuisvoorzieningen van toepassing. Er werd een restrictief beleid voor de uitgifte van vergunningen gevoerd. Als gevolg van deze regeling zijn in 2000 ongeveer 45 privé-klinieken omgezet in een ZBC (IGZ, 2003).

In 2003 voorzag gewijzigde regelgeving juist in stimulatie van ZBC's. De regelgeving is versoepeld waardoor het eenvoudiger werd om een ZBC op te zetten. In het signaleringsrapport van het Bouwcollege ziekenhuisvoorzieningen 'Het ZBC: van noodzakelijk tot nuttig goed?' (2003a) komt het advies naar voren om ruimere mogelijkheden te creëren voor het aanbod van ZBC's. Verder wordt afgeraden om het 24-uurscriterium los te laten omdat anders getornd wordt aan het huidige ziekenhuismodel. Een ZBC moet zich richten op het leveren van extra zorgproductie. In tegenstelling tot de mening over privé-klinieken tot ongeveer 2003 worden ze tegenwoordig als nuttig beschouwd vanwege het verkorten van wachtlijsten en wachttijden. Volgens de overheid ontstaat meer tijd en ruimte in het ziekenhuis en wordt verder de dynamiek in de markt bevorderd.

De versoepeling van regels voor het starten van een ZBC heeft tot gevolg dat het aantal ZBC sterk is toegenomen (zie figuur 2). Er ontstaat verplaatsing van zorg vanuit ziekenhuis naar ZBC's. Tot en met 1 januari 2006 zijn door het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen 125 vergunningen afgegeven. Dit wil overigens niet zeggen dat dit aantal daadwerkelijk zorg levert. Het kan zijn dat de vergunning is afgegeven, maar dat de ZBC nog niet operationeel is.

Verreweg de meeste ZBC's liggen rondom de vier grote steden Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht⁷.

⁷ www.rivm.nl



Figuur 2: Groei van het aantal vergunningen afgegeven voor ZBC's van 2000-2006 (NZa, 2007a).

Volgens schattingen zijn ongeveer 15 ZBC's gelieerd met een ziekenhuis. Deze gegevens worden niet centraal geregistreerd. Bij een link van een ZBC aan een ziekenhuis valt te denken aan zeggenschap van het ziekenhuis over het ZBC en het bedrijven van een ZBC in dienst van het ziekenhuis. Overigens heeft de groei van het aantal ZBC's niet geleid tot een groot aandeel in de omzet van ziekenhuizen. Het aandeel bedraagt minder dan 1%. In het B-segment is het aandeel van ZBC's groter dan in het A-segment.

Sinds 1 januari 2006 is de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) van kracht. Sindsdien worden vergunningen om een ZBC op te zetten verleend door het ministerie van VWS. De term zelfstandige behandelcentra is met de komst van de WTZi komen te vervallen. Het betreft inmiddels de term "instelling voor medisch-specialistische zorg" (IMSZ). Ook algemene, academische en categorale ziekenhuizen worden zo genoemd. Het onderscheid is dat de voormalige ZBC's geen zorg aanbieden met verblijf in het A-segment. ZBC's richten zich vooral op electieve zorg waarbij geen opname noodzakelijk is. Het onderscheid tussen ZBC's en ziekenhuizen is door de regelgeving kleiner geworden (Deuning, 2006). In de praktijk wordt de term ZBC nog veelvuldig gehanteerd. In deze thesis wordt dan ook de term ZBC gebruikt.

Zorgaanbieders die zich richten op het aanbieden van klinische zorg in het A-segment hebben te maken met het bouwregime. Voor aanvraag van nieuwbouw moeten een vergunning worden aangevraagd. De voormalige ZBC's moeten een toelating zonder bouw aanvragen omdat deze niet vallen niet onder het bouwregime. Voor het leveren van klinische zorg in het A-segment moet door het ZBC een toelating met bouw worden aangevraagd. Het gaat dan dus eigenlijk om een ziekenhuis. Het organiseren van klinische zorg vereist echter grote investeringen voor een ZBC. Omdat bij klinische zorg vaker sprake is van complicaties moet zorg worden gedragen voor goede achterwacht.

Alle instellingen die zorg willen leveren binnen de Algemene Wet Bijzondere Zaken (AWBZ) en de

Zorgverzekeringswet dienen een toelating van de WTZi aan te vragen. Privéklinieken leveren zorg in het derde compartiment (onverzekerde zorg). Hier hoeft geen toelating voor worden aangevraagd. Geen van de vormen van een IMSZ mag winstoogmerk hebben. Verder gelden transparantie-eisen waar een instelling aan moet voldoen. Voordat een ZBC een toelating krijgt moet het aan een aantal eisen voldoen:

- Samenwerkingsverband van tenminste twee medisch specialisten;
- Geen winstoogmerk; geen winstuitkering;
- Transparante bestuursstructuur en bedrijfsvoering (sinds 1 januari 2006).

Met het versoepelen van regelgeving sinds 2003 is het eenvoudiger om een ZBC op te zetten. Voorwaarden als een samenwerkingsovereenkomst met een ziekenhuis, goedkeuring van de preferente zorgverzekeraar en een wachtlijst voor het betreffende specialisme zijn niet meer van kracht. ZBC's kennen op dit moment nog drie factoren die toetreding tot de markt bemoeilijken, te weten kapitaallasten (niet volledig vergoed in het B-segment), het Waarborgfonds voor de Zorgsector (ZBC's uitgesloten van toegang tot de goedkope kapitaalmarkt) en voorlopig nog het verbod op winstoogmerk (deze barrière geldt overigens ook voor ziekenhuizen). Indien deze aspecten gewijzigd worden is het mogelijk dat het aantal aanbieders op de markt voor electieve zorg nog verder zal toenemen.

Het criterium van 24-uurszorg voor het B-segment is per 1 januari 2006 verlaten. Indien in de toekomst het B-segment wordt uitgebreid is het voor een ZBC mogelijk ook deze zorg aan te bieden. Met de zorgverzekeraar zijn afspraken gemaakt over de tarieven per behandeling (NZa, 2007a).

3.6. Orthopedie in Nederland

De laatste paragraaf gaat in op het specialisme orthopedie. Uit bestudeerde literatuur komt naar voren dat orthopedie zich goed leent voor behandeling in een ZBC. Dit specialisme is dan ook veelal vertegenwoordigd bij de bestaande ZBC's. In hoofdstuk 4 komt naar voren dat eenzelfde trend zichtbaar is in Amerika. Omdat informatie van gespecialiseerde klinieken in Amerika beschikbaar is, wordt bekeken of aan de hand van deze gegevens een uitspraak kan worden gedaan over een ZBC voor het specialisme orthopedie in Nederland. Op deze manier wordt een beeld verkregen van de ontwikkelingen binnen een specifiek specialisme in relatie tot ZBC's. Dit draagt bij aan het antwoord op de tweede hoofdvraag. In hoofdstuk 6 wordt hier nader op ingegaan met betrekking tot de Ziekenhuis Groep Twente.

De komende 15 jaar zal de vraag naar zorg aanzienlijk toenemen. De groeiende vraag naar zorg wordt veroorzaakt door vergrijzing, ontwikkelingen in de medische technologie en op het sociaal-culturele vlak. Het aantal chronische patiënten evenals het aantal electieve patiënten met ouderdomsgerelateerde slijtage aandoeningen zal stijgen. Demografische ontwikkeling is één van de factoren die de vraag naar zorg doen veranderen. Op basis van demografische cijfers van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) is bekeken welke veranderingen optreden in aandoeningen van 2000 tot 2020. Geselecteerd zijn aandoeningen die in de benoemde periode een groei van meer dan

20% laten zien en in 2000 een prevalentie hadden van meer dan 10.000 in de bevolking. Hierbij kwam naar voren dat voor het specialisme orthopedie aandoeningen als artrose zoals aan heup en knie en heupfracturen in de selectie vallen (CBZ, 2005a).

De opleiding tot orthopedisch chirurg duurt in Nederland minstens 12 jaar. In 2005 waren er 533 orthopedisch chirurgen werkzaam⁸. In het rapport uitgevoerd in opdracht van VWS ‘Wachten in Nederland; het hoe en waarom’ worden de wachtlijsten van 2002 beschreven. Hier komt naar voren dat orthopedie een procentueel aandeel heeft van 20.1% van de totale landelijke wachtlijst. Hiermee heeft het specialisme orthopedie de langste wachtlijst. Zeven specialismen nemen 88,9% van de totale wachtlijst in beslag.

In de afgelopen 17 jaar is het aantal totale heupoperaties meer dan verdubbeld: van 6.750 operaties in 1980 tot 17.399 operaties in 1997. In 2010 wordt een stijging verwacht van 20.000 tot 35.000 operaties, afhankelijk of factoren als vergrijzing en bevolkingsgroei worden meegenomen. Met de beperkte groei van budgetten kan niet worden voldaan aan de groeiende vraag waardoor wachtlijsten ontstonden. Het aantal operaties voor het specialisme orthopedie is afhankelijk van verschillende factoren zoals beschikbaarheid van bedden, OK-ruimte, personeel, budget voor kunst- en heupmiddelen en transmurale verwerkingscapaciteit. Het risico bestaat dat door een vergroot budget de indicatiestelling verandert. Het blijkt dat veel patiënten door hun eigen dokter geopereerd willen worden en daar ook wel langer voor willen wachten (Ostendorf e.a., 2000).

Trends in de gezondheidszorg die in de algemene analyse naar voren kwamen blijken ook op te gaan voor het specialisme orthopedie. Wanneer voor dit specialisme bepaalde kenmerken naar voren komen zijn deze mogelijk te vertalen naar de algemene gezondheidszorg. Ook de markt van gewrichtsvervanging door prothesen wordt een atypische economische markt genoemd. Er is geen sprake van een directe klant-betaler relatie. Patiënten die een nieuwe heup of knie krijgen willen klinische verbetering en duurzaamheid, maar ze hebben geen verantwoordelijkheid over de kosten van de prothese. Orthopedisch chirurgen die een gewrichtsvervangende operatie uitvoeren willen goede resultaten, maar ondervinden geen financiële gevolgen van de keuze voor de prothese. Ziekenhuizen willen ook goede resultaten zien én zijn verantwoordelijk voor de kosten van de prothese (Healy, 2006).

Een voorbeeld van ondernemen in de specialistische zorg vormt de nevenvestiging van de st. Maartenskliniek in Woerden. Het betreft een samenwerkingsverband tussen de Maartenskliniek en het Zuwe Hofpoort Ziekenhuis te Woerden. Deze vorm van samenwerken, een ziekenhuis binnen een ziekenhuis, is uniek in Nederland. Deze onderneming richt zich op het leveren van zorg op het gebied van orthopedie en reumatologie. De Maartenskliniek kent een groeiende vraag naar zorg en in eerste instantie ligt de focus op patiënten in de regio Woerden. Na een aanloopfase wil het centrum zich richten op de hele Randstad⁹.

⁸ www.nivel.nl

⁹ www.maartenskliniek.nl

4. Het Amerikaanse zorgstelsel

De Nederlandse gezondheidszorg is aan verandering onderhevig. De gevolgen van de veranderingen in het zorgstelsel zijn moeilijk te overzien. De bedoeling van het nieuwe zorgstelsel is om de kosten omlaag te krijgen, de kwaliteit van zorg omhoog en om meer innovatie te bewerkstelligen. Het is de vraag of het nieuwe stelsel tot het juiste resultaat leidt. Om een indruk te krijgen van hoe marktwerking in de gezondheidszorg van invloed is op de zorg wordt in dit hoofdstuk aandacht besteed aan Amerika. In Amerika is al geruime tijd sprake van marktwerking in de zorg en is men bekend met gespecialiseerde centra, ook wel ‘focused factory’ genoemd. Met het vergelijken van de gezondheidszorgsystemen van Nederland en de Amerika wordt getracht meer inzicht te verkrijgen in de effecten van marktwerking op zorg. Verder wordt ingegaan op de resultaten van zorg in een gespecialiseerde kliniek. Uit de ervaringen die in Amerika zijn opgedaan kan lering worden getrokken voor de Nederlandse situatie. Bestudering van de resultaten in Amerika dragen bij tot een antwoord op de eerste onderzoeksvraag.

4.1. Amerikaanse gezondheidszorg

In de Verenigde Staten stijgen de kosten voor gezondheidszorg ook. Naar aanleiding van de stijgende kosten heeft een geleidelijke overgang plaatsgevonden van vrije artskeuze en een restitutiesysteem naar managed care (Ottes, 2004).

In Amerika lijkt de omslag naar marktwerking niet het gewenste effect te sorteren. Bij invoering van het vrije marktprincipe zijn hier namelijk de prijzen gestegen en is de kwaliteit van zorg gedaald. Tevens is voor innovatie weinig ruimte.

Het Amerikaanse zorgstelsel zit complex in elkaar. Ziekenhuizen, verzekeringen en financieringssystemen zijn verschillend georganiseerd. Zowel de federale overheid als de individuele staten reguleren de sector. De financiering van zorg wordt in Amerika gekenmerkt door meerdere systemen. Het merendeel van de bevolking in Amerika is particulier verzekerd. Particuliere verzekeringen worden voornamelijk aangeboden via werkgevers. Medicare en Medicaid zijn publieke regelingen die zich voornamelijk richten op respectievelijk ouderen en armen. Ongeveer 14% van de bevolking is niet verzekerd. Dit zijn met name mensen die te veel verdienen om in Medicare en Medicaid te worden opgenomen, maar zich geen particuliere verzekering kunnen of willen veroorloven.

Tegenwoordig is in Amerika veelal sprake van managed care. Onder managed care wordt het op elkaar afstemmen van zorgvraag en zorgaanbod verstaan. Met behulp van informatiemanagement worden medische gegevens uitgewisseld tussen verschillende partijen zoals werkgevers, verzekeraars en zorgaanbieders. Het doel is om preventie te bevorderen, en diagnostiek en zorg te verbeteren (Hooghiemstra, 1998). Managed care heeft als aspecten het verlenen van gepaste zorg, financiële risicodeling tussen arts en verzekeraar en selectief contracteren.

Managed care kan globaal in drie vormen worden opgedeeld:

1. Health Maintenance Organizations; HMO. In deze oude vorm worden zorgaanbod en zorgverzekering in zekere mate geïntegreerd. Een vaste eerstelijnsarts heeft een poortwachterfunctie waarmee overbodige zorg wordt beperkt. Verzekerden van een HMO ontvangen voor een vast bedrag per jaar medische zorg.
2. Preferred Provider Organizations; PPO. Hier is de keuze voor een zorgaanbieder beperkt. Wanneer de klant bereid is meer te betalen kan ook voor een zorgaanbieder gekozen worden die niet bij het netwerk is aangesloten. Verwijzing via een huisarts is niet noodzakelijk.
3. Point of service plans; POS. Bij dit netwerk is het verplicht eerst een huisarts te bezoeken. Het aanbod van zorgverleners is groter dan bij de PPO. Bij keuze voor een zorgverlener van het 'eigen' netwerk wordt korting gegeven.

Managed care organizations zoals HMO's en PPO's hadden 56% verzekerden in 1996 onder mensen jonger dan 65 jaar (Lapré e.a., 2001).

In Amerika zijn ongeveer 4.908 ziekenhuizen. Dit zijn zowel private als publieke ziekenhuizen. Tweederde van de ziekenhuizen zijn privaat. Deze private ziekenhuizen kunnen worden verdeeld in non-profit en for-profit (15% van de ziekenhuizen). Diensten als spoedeisende hulp en trauma worden veelal aangeboden door publieke en private non-profit ziekenhuizen. Tevens bieden zij programma's voor lagere inkomensgroepen aan. De private for-profit ziekenhuizen leveren daarentegen weinig zorg aan patiënten van Medicaid en overzekerde patiënten. Private for-profit ziekenhuizen verlenen voornamelijk zorg aan particulier verzekerden. Over het algemeen is in Amerika sprake van overcapaciteit in de ziekenhuizen.

De kosten van de zorg in Amerika zijn erg hoog. In 2002 bedroegen de kosten voor de gezondheidszorg 14,6% van het Bruto Nationaal Product (BNP). De kosten nemen een zeer groot deel van BNP in beslag. In Nederland bedroeg het percentage van het BNP besteed aan zorg destijds 9,1%¹⁰. In Amerika wordt bijna tweemaal zoveel geld per inwoner aan zorg uitgegeven als in de gemiddelde OESO landen. Deze kosten moeten voor meer dan de helft door de burgers betaald worden.

De financiering wordt gekenmerkt door meerdere financieringssystemen. Er bestaan verschillende Diagnosis Related Groups (DRG) systemen in het kader van bekostiging van ziekenhuizen en andere betalingssystemen waarbij een vast bedrag per persoon per maand wordt betaald.

Verschillende instanties houden in Amerika toezicht op de kwaliteit van managed care. Naast deze instanties bestaat een openbare 'ranking list' waar goede en slechte ziekenhuizen genoteerd staan (CBZ, 2004).

¹⁰ www.oecd.org Healthdata 2002

4.2. Marktwerving in de Amerikaanse gezondheidszorg

De gezondheidszorg in Amerika wordt gekenmerkt door competitieve elementen. Dit heeft echter niet geresulteerd in betere kwaliteit en lagere kosten. Markten waarin sprake is van gezonde competitie hebben door verbeterde methoden en processen minder kosten. Innovaties leiden tot betere resultaten en niet-commerciële partijen zullen moeten reorganiseren om mee te draaien in de markt. Goed draaiende industrieën als de auto- en computerindustrie laten dit traject zien. In de zorg werkt men nu eenmaal anders dan in de industrie, hier zijn complexe producten juist goedkoper geworden (Porter en Olmsted Teisberg, 2004).

De gezondheidszorg heeft te maken met afwijkende elementen van de standaard markt en functioneert dus ook anders. De kosten zijn hoog en stijgen nog steeds, deze kosten worden echter niet gekenmerkt door betere kwaliteit. De zorg die wordt geleverd is van grote diversiteit. Eén van de redenen is dat innovatie niet wordt gezien als belangrijke factor voor succes. Volgens de auteurs is competitie wel de juiste oplossing maar wordt op de verkeerde fronten competitie geleverd. In het huidige systeem schuiven kosten van de ene naar de andere partij zonder dat fundamentele kosten dalen. De patiënt betaalt aan de verzekeraar, deze betaalt aan de zorgaanbieder die weer aan de arts betaalt etc. Dit resulteert uiteraard in hoge administratieve kosten.

Een ander probleem is dat voornamelijk wordt gestreefd naar meer onderhandelingsmacht en niet naar pogingen die leiden tot betere zorg. Er is weinig informatie die kan leiden tot een weloverwogen keuze voor zorg en tevens is er geen volledige toegang tot alle zorg. Verder bestaat in Amerika het probleem van rechtzaken die ook resulteren in hogere kosten. Het gaat dan bijvoorbeeld om patiënten die de verzekeraar aanklagen over het pakket.

In Amerika zijn de slechte resultaten van het vrije markt principe gevolg van acties van verschillende partijen betrokken in de zorg. Deze acties zijn in sommige gevallen versterkt door verkeerde prikkels door de overheid. In de Amerikaanse gezondheidszorg vindt competitie plaats op het niveau van gezondheidsplannen en netwerken. Competitie zou echter moeten plaatsvinden in de preventie, diagnostiek en behandeling van individuen, op dit niveau wordt namelijk waarde gecreëerd. Hier bestaan de verschillen in kosten en kwaliteit en dit is waar winst kan worden geboekt op het terrein van efficiency, effectiviteit en innovatie.

Porter en Olmsted Teisberg (2004) geven aan dat binnen de gezondheidszorg het verkeerde doel wordt nagestreefd: namelijk de reductie van de kosten. Het juiste doel zou het verbeteren van waarde moeten (kwaliteit van gezondheidsuitkomsten per dollar) zijn. Deze waarde moet worden gemeten op het niveau van behandeling en ziekte. Onderzoeken hebben aangetoond dat hoe meer ervaring artsen hebben in verrichtingen dit leidt tot betere kwaliteit van zorg. Een verkeerde vorm van competitie is onder andere dat onderhandelingen vooral op jaarbasis worden gedaan. Dit resulteert in korte termijn denken waardoor niet geïnvesteerd wordt op het verhogen van kwaliteit op de langere termijn.

Consumenten oftewel patiënten hebben weinig keuze in zorgaanbieders en behandeling en kunnen geen weloverwogen beslissing maken met de aanwezige informatie. Volgens aanbieders is het

moeilijk om met behulp van data over behandeling succes te meten omdat het een risico inventarisatie inhoudt van de initiële conditie van de patiënt. Er zijn voorbeelden van aanbieders die vanwege het uitgeven van data een verbetering in zorg laten zien. Transparantie kan dus zorgen voor de juiste prikkel voor kwaliteit.

Competitie is nu vaak aanwezig op lokaal niveau, dit moet eigenlijk op landelijk niveau gebeuren waardoor zorgaanbieders meer druk hebben om te presteren en dus verbeteren. Door het grote aantal fusies tussen zorgaanbieders is er nauwelijks nog sprake van rivaliteit. De focus van competitie moet verschuiven van “wie betaald?” naar “wie heeft de beste zorg?”. Eén van de manieren om dit te bereiken is om je als zorgaanbieder te onderscheiden voor datgene waar je goed in bent.

In Nederland staat de privatisering van de zorg nog in de kinderschoenen. Landen als Duitsland en Frankrijk zijn hier veel verder in. Beursgenoteerde ondernemingen nemen noodlijdende ziekenhuizen over en reorganiseren deze tot meer efficiënte instellingen.

4.3. Focused factories

In Amerika zijn focused factories ontstaan door marktwerking. De snelle groei van het aantal gespecialiseerde klinieken in Amerika is reden tot zorg voor beleidsmakers en de maatschappij. Twee vormen van gespecialiseerde klinieken kunnen worden onderscheiden: de physician-owned ambulatory surgery centers (ASC's) en specialty hospitals. De ASC's worden als outpatient focused factory gezien en de specialty hospitals als inpatient focused factory (Casalino, Devers, Brewster, 2003). ASC's zijn eenvoudiger op te zetten, behoeven minder investeringskapitaal en hoeven aan minder strenge wetgeving te voldoen.

Voorstanders geven aan dat gespecialiseerde klinieken de kwaliteit van zorg kunnen vergroten en kosten verlagen. De medische apparatuur, management en planning worden door de specialisten zelf bepaald. Ze richten zich op een beperkt soort behandeling. Planning wordt niet verstoord door spoedgevallen.

Critici zetten hier hun twijfels bij en maken zich zorgen over de toegang tot de basiszorg, het leveren van onnodige zorg en een zorgoverschot. Algemene ziekenhuizen klagen over het missen van winstgevend patiënten met als gevolg minder mogelijkheden om zorg voor de niet verzekerden en andere financieel onaantrekkelijke diensten te leveren. Als voorbeeld kan brandwondenzorg en traumazorg genoemd worden (Shactman, 2005).

Het meeste onderzoek naar gespecialiseerde klinieken is gedaan op basis van Medicare data en interviews met besturen en behandelde patiënten (Greenwald e.a., 2006). Volgens onderzoek van het Center for Studying Health System Change (HSC) zijn de relatief grote winstmarges voor de gespecialiseerde ingrepen, de behoefte van specialisten om meer controle te hebben over de zorgomgeving en meer salaris oorzaak van de sterke groei van specialty hospitals. In reactie op deze groei heeft de United States General Accounting Office (GAO) in 2003 onderzoek gedaan naar specialty hospitals. Uit het onderzoek kwam naar voren dat meer dan 50% van de specialty hospitals in totale eigendom is van specialisten. Verder waren er aanwijzingen dat behandelde patiënten minder

ziek waren dan patiënten in algemene ziekenhuizen. Andere studies geven echter het tegenovergestelde aan. Er is niet gekeken naar eventuele klinische en financiële consequenties van dit verschijnsel. Ook de relatie tussen eigendom en verwijsgedrag is buiten beschouwing gelaten.

Het aantal specialty hospitals waarin artsen een financieel belang hebben met de focus op chirurgische ingrepen is de laatste tien jaar gestegen in Amerika. In ongeveer 70% van deze klinieken werken chirurgen met een financieel belang (Woods, 2005). Volgens sommige critici voeren chirurgen meer operaties uit in deze specialty hospitals om ze financieel draaiend te houden. Ook zou selectie van patiënten plaatsvinden op basis van gezondheid en verzekering. Op deze manier zou geen eerlijke competitie worden geleverd met de full-service ziekenhuizen. Deze diensten maken relatief veel kosten en leveren weinig op (Voelker, 2003).

Er is reeds veel onderzoek gedaan naar aspecten als geografie, marktaandelen en kwaliteit van zorg van 'focused factories'. Echter de vraag of de manier van werken van artsen verandert naar aanleiding van financiële en chirurgische deelname aan een privékliniek bleef bestaan. Woods et al hebben tien orthopedisch chirurgen met financieel belang in de privékliniek waar ze werken gevolgd. Doel van deze studie was om te bepalen of artsen met een financieel belang meer ingrepen uitvoeren om op die manier meer winst te creëren. Over een periode van zeven jaar voor en acht jaar na de opening van de kliniek zijn de orthopedisch chirurgen gevolgd.

Hoewel sprake was van een financiële incentive voor de specialisten om het aantal ingrepen te verhogen had dit een verwaarloosbaar effect op hun gedrag. Verder waren de specialisten niet geneigd alleen 'gezonde' en goed verzekerde patiënten naar de kliniek te verwijzen (Woods, 2005).

De studie van Greenwald e.a. (2006) laat echter een positieve correlatie zien tussen financieel belang van een arts in een kliniek en het verwijsgedrag naar die kliniek. Dit kwam ook naar voren voor het specialisme orthopedie.

Als reactie op deze kritiek is een moratorium geplaatst op de Medicare Prescription Drug, Improvement and Modernization Act van 2003. Dit hield in dat bepaalde typen privéklinieken niet meer konden worden opgezet. De overheid heeft tevens de hoogte van vergoedingen voor ASC's vastgezet tot 2009. De MedPac heeft geadviseerd het moratorium uit te breiden tot 2007 om meer onderzoek te kunnen verrichten (Shactman, 2005). Verder is een wetsvoorstel gedaan waardoor het moeilijker wordt voor specialty hospitals en artsen om winstgevende handelingen bij algemene ziekenhuizen weg te halen. Hierdoor moet een betere financiële positie van de algemene ziekenhuizen gewaarborgd zijn (Voelker, 2003). Verder zijn verschillende overheidsinstanties aangezet om onderzoek te doen naar privéklinieken met artsen als investeerder. Ziekenhuisorganisaties hebben wetgeving voorgesteld om specialisten de mogelijkheid tot investeren te verbieden en op die manier de groei van specialty hospitals te verminderen. Sommige staten doen voorstellen om de ontwikkeling van deze klinieken te beperken.

De controverse over specialty hospitals varieert sterkt in verschillende staten. Tweederde van alle specialty hospitals die in het GAO rapport geïdentificeerd zijn bevinden zich in zeven staten; Arizona, California, Kansas, Louisiana, Oklahoma, South Dakota en Texas. Deze staten lopen voorop in de

ontwikkeling van specialty hospitals (Shactman, 2005).

Internationaal bestaan allerlei voorbeelden van zorg in de vorm van focused factory. De Shouldice hernia hospital in Canada is een voorbeeld. Het Coxa Hospital in Finland hoort hier tevens bij. Dit ziekenhuis is gespecialiseerd in heup- en knie vervanging. De 64 ziekenhuizen die deze behandeling aanboden in Finland vertoonden lange wachtlijsten en een groot aantal heropnames. Het Coxa ziekenhuis heeft een complicatie percentage van 0.1% versus 10-12% in de algemene ziekenhuizen en bovendien gaan meer patiënten direct na operatie naar huis (Shactman, 2005).

Duidelijke data over het aantal specialty hospitals in Amerika is niet voorhanden. In 2003 zijn 90 van deze klinieken en 20 in de opbouw fase. De meeste zijn orthopedisch georiënteerd. Deze trend lijkt een gevolg van de focus van zorgaanbieders op meer gespecialiseerde service en deelname van specialisten in externe klinieken. Het aantal ACS's stijgt ook sterk, in 2003 waren er 3371 ACS's. Orthopedie wordt ook hier genoemd als vaak voorkomend specialisme. In de zorg zijn chirurgische en orthopedische ingrepen het meest winstgevend (Clellan, 2005). Er is echter weinig informatie over deze klinieken voorhanden. Volgens de American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS) zijn er minstens 36 gespecialiseerde orthopedische klinieken in Amerika (Shactman, 2005).

4.4. Doelmatigheid van focused factories

Voorstanders van specialty hospitals denken dat door het inzetten van personeel, medische apparatuur en management op één specifiek type behandeling, de kwaliteit van zorg wordt verbeterd, de kosten verlaagd en de patiënttevredenheid wordt vergroot. Casalino e.a. (2003) heeft onderzoek gedaan naar twee vormen van gespecialiseerde klinieken: de physician-owned ambulatory surgery centers (ASC's) en specialty hospitals. De ASC's worden als outpatient focused factory gezien en de specialty hospitals als inpatient focused factory. Drie mogelijke bezwaren tegen deze focused factories worden genoemd: juiste prijs/kwaliteit verhouding die je van een focused factory mag verwachten, een negatief effect op de financiële situatie van de algemene ziekenhuizen, verbeterde of verslechterde toegang tot zorg.

Eén van de belangrijkste aspecten is kwaliteit van zorg in gespecialiseerde klinieken. Ook hier is nauwelijks data over. Het door MedCath gesponsorde Lewin-onderzoek laat in Medcath heart hospitals een 12.1% lager risicogecorrigeerde mortaliteit na open hart chirurgie zien dan in algemene ziekenhuizen. Voor ACS's zijn meerdere ongecontroleerde studies gedaan om kwaliteit te onderzoeken waarin naar voren kwam dat het aantal complicaties laag is en de patiënttevredenheid groot. Data over de financiële effecten van "cherry picking" voor de algemene ziekenhuizen is niet voorhanden (Casalino e.a., 2003).

Een orthopedisch chirurgische kliniek heeft potentiële voordelen. De capaciteit om orthopedische zorg te leveren wordt vergroot door meer beschikbare tijd op de operatiekamer. In het ideale geval komt de verhoogde capaciteit overeen met de vraag naar orthopedische chirurgie. De vraag naar orthopedische chirurgie is voornamelijk afhankelijk van de grootte van de lokale populatie. De orthopedische kliniek in de studie van Woods (2005) heeft geen extra capaciteit gecreëerd maar is tegemoet gekomen aan de

behoefte naar orthopedische chirurgie in een snel groeiende populatie. De full-service ziekenhuizen in dezelfde regio hebben sinds de opening van de gespecialiseerde kliniek het volume van hun gezondheidszorg services enorm vergroot.

Volgens een studie van de United States General Accounting Office (GAO) zijn de meeste chirurgische privéklinieken sinds 1990 geopend in dichtbevolkte gebieden die meer bevolkingsgroei laten zien dan het landelijk gemiddelde. Het aantal knie- en heupvervangingen is tussen 2002-2004 gestegen met 16.2% tot jaarlijks 884.400 ingrepen. Bovendien verwacht men dat het aantal totale heup arthroplastieken is verdubbeld in 2026, het aantal totale knie arthroplastieken is verdubbeld in 2016 (Healy, 2006).

Gespecialiseerde klinieken hebben een aantal mogelijke voordelen. Ze kunnen patiënten voorzien van meer efficiënte service en betere kwaliteit van zorg dan full-service ziekenhuizen. Een onderzoek naar cardiologische chirurgie specialty hospitals heeft aangetoond dat de specialty hospitals betere resultaten lieten zien dan de full-service community ziekenhuizen terwijl ze moeilijkere patiënten behandelden. De kwaliteit van zorg stijgt en de opnameduur wordt verkort wanneer de frequentie van chirurgische ingrepen groeit. Het risicogecorrigeerde complicatie percentage van 4.5% over de tijdsduur van 12 maanden in de specialty hospitals is beter dan het landelijk gemiddelde van 4.9% voor de acute zorg ziekenhuizen in dezelfde periode (Wilson, 1999). In theorie verlagen verhoogde efficiency en betere kwaliteit van zorg de zorgkosten per patiënt (Healy, 2006). Het onderzoek van Cram (2005) laat echter tegenovergestelde resultaten zien. Patiënten behandeld in de hartziekenhuizen hadden een betere medische conditie vooraf aan behandeling. Verder kwam naar voren dat patiënten in de specialty hospitals een hogere sociale status hadden dan patiënten van de algemene ziekenhuizen. Verschillen in mortaliteit waren niet significant na correctie van patiënt karakteristieken en het productievolume. Er is niet gekeken naar patiënttevredenheid of niveau van functioneren (Cram, Rosenthal, Vaughan-Sarrazin, 2005).

Een ander onderzoek laat vergelijkbare resultaten zien. Brahmajee Nallamothu en Birkmeyer (2007) hebben onderzocht of gespecialiseerde hartcentra in de Verenigde Staten de mate van een bepaald soort ingrepen beïnvloeden. De resultaten laten zien dat in de regio waarin zich een hartcentrum vestigde vier jaar later het aantal ingrepen 2,5 tot 3 maal hoger was dan in gebieden waar alleen algemene ziekenhuizen gevestigd zijn.

Alleen wanneer de vraag naar zorg blijft stijgen kunnen specialty hospitals en de algemene ziekenhuizen voldoende kwaliteit en lage kosten bieden (Clellan, 2005).

Bij ander specialismen zijn vergelijkbare onderzoeken verricht. Het Medisch Contact bericht over de relatie tussen commerciële dialysecentra en de hoeveelheid voorgeschreven epo. Uit de studie van Thamer e.a. (2007) komt naar voren dat for-profit dialysecentra per patiënt meer eenheden epo verstrekken dan in non-profit centra. De vier grootste commerciële ketens blijken meer epo te verstrekken dan het grootste non-profitcentrum. De verschillen bleken niet voort te komen uit verschillende patiëntenpopulaties.

Volgens Breemer ter Stege en Breemer ter Stege (2006) presteren de meeste commerciële

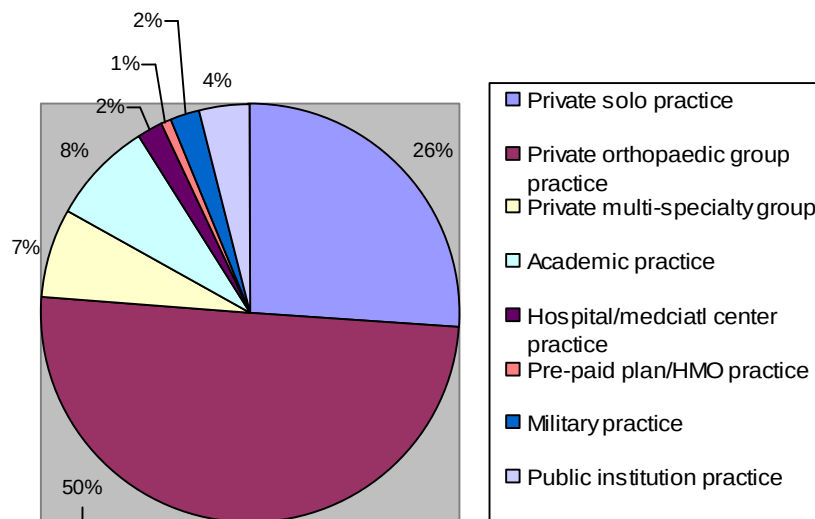
ziekenhuizen in de Verenigde Staten minder goed dan ziekenhuizen zonder winstoogmerk. Tegenwoordig is één op de zes ziekenhuizen in de VS in bezit van aandeelhouders. Volgens de auteurs komen for-profit instellingen vaker terecht in de categorie ‘ondoelmatig’. De meeste studies die ze hebben bekeken laten zien dat non-profit ziekenhuizen gunstiger resultaten laten zien op sterftcijfers, behandeling van onverzekerden en kostenefficiëntie dan for-profitziekenhuizen. Verder is er sprake van een statistische relatie tussen sterftcijfers en het aantal hooggekwalificeerde personeelsleden per ziekenhuisbed. De auteurs trekken deze conclusies door naar de situatie in Nederland en stellen dat er in Nederland geen stevige basis is voor een beleid gericht op commerciële ziekenhuizen.

4.5. Orthopedie in Amerika

De American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS) is een organisatie die vooral bedoeld is voor orthopedisch chirurgen. Elke twee jaar maakt de AAOS een analyse van het ledenbestand om zo inzicht te krijgen in de organisatie van orthopedie in Amerika.

In 2002 waren 23.211 orthopedisch chirurgen werkzaam in Amerika. Het rapport Orthopaedic Practice and Medical Income in the US 2004-2005 is gebaseerd op data van 10.680 orthopedisch chirurgen¹¹. Naar schatting is dit meer dan 60% van alle orthopedisch chirurgen in Amerika. In 2004 is bekeken in welke praktijken orthopedisch chirurgen werkzaam zijn. De meeste orthopeden (83%) zijn, evenals voorgaande jaren werkzaam in privé-klinieken. Drie van de vijf orthopeden werken in een orthopedische groepspraktijk. Ongeveer een kwart werkt in een solopraktijk.

In 2004 is gekeken naar type praktijken gebaseerd op bron van inkomen. De helft van de orthopedisch specialisten zit in een privé orthopedische groepspraktijk, 33% is werkzaam in een privé solo of multi-specialiteiten groepspraktijk (zie figuur 3).



Figuur 3. Praktijktipe gebaseerd op bron van inkomen

¹¹ www.aaos.org

Samengevat lijkt vraagsturing in de zorg in Amerika niet tot het gewenste effect te hebben geleid. De kosten stijgen nog steeds, de kwaliteit wordt niet beter en innovatie wordt niet gestimuleerd. De private for-profit ziekenhuizen leveren met name zorg aan particulier verzekerden. Het zorgsysteem in Amerika wordt vooral gekenmerkt door de focus op het verlagen van de kosten. Het aantal gespecialiseerde klinieken (focused factories) heeft een groei doorgemaakt. Tegenstanders geven aan dat de focused factories de toegankelijkheid verlagen, onnodige zorg leveren en een zorgoverschot creëren. Specialisten hebben in veel van deze klinieken een financieel belang. In de laatste paragraaf komt dit tevens duidelijk naar voren wanneer het om orthopedisch chirurgen gaat. Om verdere ontwikkeling en groei van de klinieken tegen te gaan is een moratorium geplaatst. Dit lijkt een duidelijk signaal af te geven over de groei van het aantal focused factories. De bestudeerde literatuur laat tegenstrijdige resultaten zien in de effecten van focused factories. Het is mogelijk dat individuele klinieken goede resultaten laten zien, maar het lijkt erop dat landelijk gezien de groei van focused factories niet bijdraagt aan een betere gezondheidszorg.

5. Omgevingsanalyse ZBC

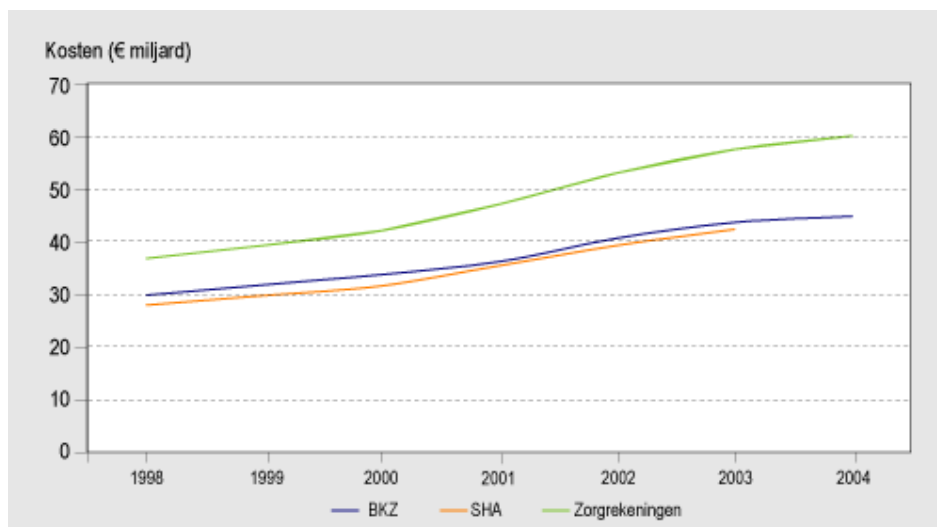
Voor het vervolg van dit onderzoek is het van belang meer inzicht te krijgen in de werking van de markt van ZBC's. Zoals beschreven in paragraaf 2.2. is het belangrijk te begrijpen welke rol de spelers op de markt hebben. Inzicht in de stakeholders geeft meer duidelijkheid over de kansen en bedreigingen van een onderneming. Paragraaf 5.1 beschrijft de trends in de gezondheidszorg. Hiermee kan bekeken worden met welke scenario's zorginstellingen rekening dienen te houden. In paragraaf 5.2 worden het netwerk van stakeholders beschreven. Paragraaf 5.3 gaat in op de belangen van de verschillende stakeholders bij een ZBC. Paragraaf 5.4 beschrijft de markt van ZBC's. In de laatste paragraaf wordt de doelmatigheid van ZBC's besproken.

5.1 Trendanalyse gezondheidszorg

In een uitgevoerde trendanalyse van de gezondheidszorg door Putters en Frissen (2006) blijkt dat op verscheidene gebieden sprake is van toenemende eisen en wensen. Genoemd worden sociaal-culturele, financieel-economische, bestuurlijk-organisatorische, medisch-inhoudelijke, maatschappelijke en politieke trends.

Het aantal 65-plussers zal de komende jaren toenemen, deze vergrijzing resulteert tevens in een toename van onder andere chronische aandoeningen, heupfracturen etc. Een andere sociaal-culturele trend is dat de burger steeds mobieler wordt. Tegen de veronderstelling in dat patiënten niet bereid zijn om te reizen voor zorg, blijkt dat indien men op korte termijn uitstekend behandeld kan worden men de voorkeur geeft aan een gespecialiseerd centrum verder weg dan een perifeer ziekenhuis. Daarnaast wil een patiënt ook graag buiten kantooruren behandeld kunnen worden. Tevens wordt de patiënt steeds mondiger en is beter geïnformeerd. Er is meer informatie over zorg beschikbaar waardoor meer te kiezen is.

De inkomensontwikkeling in Nederland is van invloed op de gezondheidszorg. Mensen zijn bereid meer te betalen voor zorg (Vierhout, 2002). Verder lopen de kosten van de gezondheidszorg steeds meer op (zie figuur 4) en zijn de verzekeringspremies niet meer dekkend. Kosten en baten worden steeds belangrijker.



Figuur 4. Kostenontwikkeling in de gezondheidszorg, 1998-2004 ¹²

De bestuurlijk-organisatorische trend kenmerkt zich doordat de marktstructuur van de gezondheidszorg aan verandering onderhevig is door de nieuwe regelgeving. Onder marktstructuur wordt het aantal aanbieders, de organisatievorm en de verhouding met andere aanbieders verstaan. Marktwerking zorgt voor meer concurrentie. Het doel is meer efficiëntie en klantgerichtheid vanuit de aanbodkant en meer keuzevrijheid voor de patiënt. Naast concurrentie wordt meer samengewerkt door zorgaanbieders. Op deze manier wordt hun onderhandelingspositie met verzekeraars versterkt. Het gevaar is echter dat de samenwerkingsverbanden dermate groot worden dat de keuzevrijheid hierdoor kleiner wordt.

Kwartel (2003) schetst in het advies aan de RVZ 'Van aanbodplanning naar vraagsturing' het volgende beeld van het medisch specialistische zorgaanbod. Men verwacht in de toekomst clustering van het medisch specialistisch aanbod. Dat wil zeggen dat in Nederland ruimte is voor 3-5 ketens. Het zou gaan om 60 tot 90 ziekenhuislocaties met spoedeisende medische hulp. Hiervan bieden 20-30 ziekenhuizen het totale spectrum aan functies en zijn 6-8 academische ziekenhuizen. Verder 30 tot 50 basisziekenhuizen zonder spoedeisende medische hulp. En 10-30 locaties van categorale ziekenhuizen en 250-500 extramurale praktijken. In een extramurale praktijk werken 1 tot 10 medisch specialisten. Verder worden samenwerkingsverbanden aangegaan zonder dat sprake is van fusie of ketenvorming. Hiermee worden bijvoorbeeld functies zoals het laboratorium, apotheek en inkoop gezamenlijk geregeld (Kwartel, 2003).

Ook bij de zorgverzekeraars is sprake van een fusiegolf. Men verwacht dat enkele zorgverzekeraars overblijven waarvan sommige meerdere labels dragen. Een ander fenomeen is het participeren in het zorgaanbod, zo participeert zorgverzekeraar CZ bijvoorbeeld met de afdeling orthopedie van het Maxima Medisch Centrum in Eindhoven.

Op dit moment hebben patiënten een grote mate van vrijheid bij de keuze voor een zorgaanbieder.

¹² www.rivm.nl

Deze vrijheid blijft waarschijnlijk grotendeels gehandhaafd ondanks dat zorgverzekeraars polissen gaan aanbieden met 'preferred providers' (Kwartel, 2003).

Vanuit organisatorisch oogpunt is ook een trend waar te nemen in de zorg. In een rapport uitgegeven door TPG blijkt dat door middel van verbetering van logistiek de kwaliteit ook verbetert. Verder verwacht men ook in dit rapport dat uiteindelijk ongeveer veertig grote ziekenhuizen zullen overblijven die complexe medisch-specialistische zorg leveren. Overige zorg wordt verspreid over gedecentraliseerde medische centra. Zoals reeds beschreven neemt het aantal ZBC's toe als gevolg van versoepelde regelgeving (TPG, 2004).

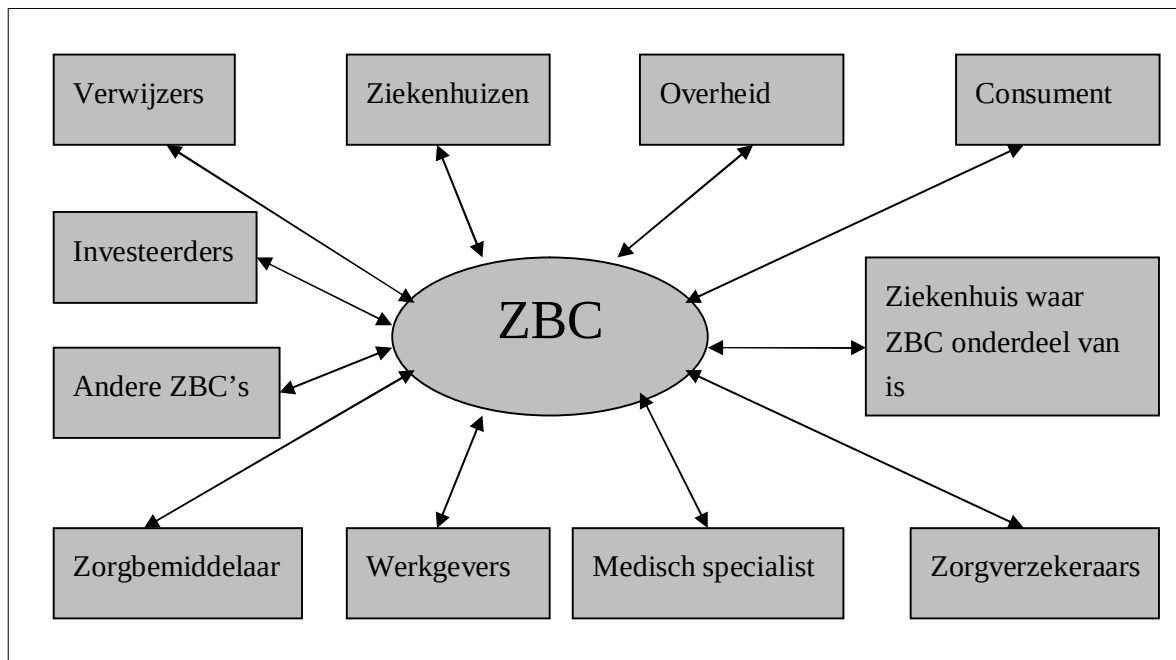
Voor het verkrijgen van inzicht in verbeteringen van de kwaliteit van zorg wordt steeds meer gebruik gemaakt van benchmarking. Hierbij wordt gekeken naar oplossingen bij andere instellingen en zodoende wordt van elkaar geleerd. Er lijkt een verschuiving te komen in zorgaanbod door ziekenhuizen. In grotere ziekenhuizen worden de complexe basisvoorzieningen gecentreerd, het risico dat hierbij genoemd wordt is dat kleine commerciële partijen 'de krenten uit de pap' halen. De kwaliteit kan hierdoor wel verbeteren omdat artsen een groter aantal behandelingen verrichten. Het rapport van TPG ondersteunt dit nog eens. Hierin wordt het 'pullsysteem' genoemd; niet de beschikbare productie van een ziekenhuis bepaalt de zorg, maar de vraag van de patiënt staat centraal. Medisch-inhoudelijk is steeds meer mogelijk. Niet alleen op het gebied van diagnostiek maar ook in de ICT gaan de ontwikkelingen snel. Het elektronisch patiënten dossier (EPD) is een voorbeeld.

Ook politieke factoren zijn van invloed. Tot nu toe was de overheid grotendeels verantwoordelijk voor de gezondheidszorg. Het nieuwe zorgstelsel en het loslaten van de overheid zijn onderwerpen die in de politiek regelmatig aan bod komen (RVZ, 2003a). De wetgeving is tevens van belang omdat deze het mogelijk maakt dat zorgaanbieders meer ruimte krijgen om te ondernemen.

5.2. Netwerk stakeholders ZBC

Stakeholders zijn voor het slagen van een ZBC van groot belang. De verwachtingen en percepties van belanghebbenden spelen een grote rol bij het functioneren van een ZBC. Het is voor ondernemingen van belang om rekening te houden met stakeholders. In de afgelopen jaren zijn stakeholders steeds mondiger geworden. Doordat het zorgstelsel aan verandering onderhevig is verandert de omgeving van de stakeholders. Dit kan ook de invloed of macht van een stakeholder veranderen. De organisatie moet deze veranderingen analyseren en bijhouden om te komen tot een adequaat organisatiebeleid.

'Stakeholders kunnen worden omschreven als partijen (organisaties en personen) die een bepaalde invloed kunnen uitoefenen op de activiteiten van een onderneming of daardoor beïnvloed worden, en een bepaald belang hebben of vertegenwoordigen bij het uitoefenen van de ondernemingsactiviteiten' (Cooymans en Hintzen, 2000). In figuur 5 is schematisch het netwerk van stakeholders betrokken bij een ZBC weergegeven. De rol en het belang van de stakeholders worden vervolgens individueel besproken.



Figuur 5. Netwerk van stakeholders ZBC.

5.3 Analyse stakeholders ZBC

Om de waarde van een ZBC voor verschillende belanghebbenden te kunnen bepalen, is naar standpunten gezocht van de stakeholders. Zoals hieronder valt te lezen, is in verschillende documenten beschreven wat een ZBC betekent voor stakeholders.

Consument

“Patiënten willen adequaat, snel, dicht bij huis en vriendelijk geholpen worden” (Kwartel, 2003).

Een ZBC betekent voor de consument uitbreiding van de capaciteit van zorg en meer mogelijkheden om op korte termijn behandeld te worden. De extra service en klantvriendelijkheid moeten bijdragen aan een zo prettig mogelijke behandeling. Het extra aanbod van zorg uit de ZBC geeft de consument meer keuzemogelijkheden (Bedrijfsplan ZBC, 2005).

De vraag naar zorg van een ZBC is uiteraard van groot belang voor de continuïteit. Het zijn consumenten die gebruik maken van zorg geleverd door een ZBC. Om de vraag naar zorg voor ZBC's in kaart te brengen moet dus worden gekeken naar het belang van ZBC's voor consumenten. Een aantal factoren speelt een rol in de keuze van consumenten voor een ZBC. Het grootste deel van de cliënten van een ZBC komen via verwijzing van een arts. Dit kan een huisarts, bedrijfsarts of sportarts zijn; de huisarts is grootste verwijzer gebleken. Het beeld dat huisartsen hebben van ZBC's wordt beïnvloed door de feedback van patiënten. Het is van belang om een goede reputatie te hebben bij doorverwijzers.

Indien een consument zelf een keuze maakt, spelen deskundigheid, reistijd en wachttijden een grote rol. ZBC's positioneren zich op klantgerichtheid van de zorg en korte wachttijden. Consumenten hechten daarnaast veel waarde aan een 'one-stop-systeem', waarbij consumenten binnen één dag de

onderzoeken, diagnose en een voorstel voor behandeling ontvangen. ZBC's lijken deze behoefte goed te kunnen vervullen (Ecorys-nei, 2003).

Bij consumenten heerst vaak verwarring over de begrippen ZBC en privékliniek. Het vergroten van transparantie en inzichtelijkheid kan bijdragen aan het vergroten van de vraag (NZa, 2007a).

Voor complexe patiënten die 'dure' zorg behoeven kunnen ZBC's verminderde toegankelijkheid betekenen. Doordat gespecialiseerde centra de winstgevende zorg leveren, blijft er voor de overige ziekenhuizen dure zorg over. Als de gecompliceerde zorg verder gecentraliseerd wordt, heeft dat ook gevolgende voor de toegankelijkheid.

Ziekenhuis waar ZBC onderdeel van is

Zorgaanbieders gaan als zorgondernemers in een concurrerende omgeving meer risico lopen (Kwartel, 2003). Voor de zorginstelling waar de ZBC onderdeel van is biedt een ZBC de mogelijkheid om electieve zorg efficiënt te organiseren. Dit heeft eventueel concurrerende prijzen, korte wachtlijsten en een innoverend en servicegericht imago tot gevolg. Differentiatie biedt de mogelijkheid om de kwaliteit van zorg te verhogen. De totale kwaliteit van een ziekenhuis wordt positief beïnvloed door hoogkwalitatieve zorg van de eigen ZBC.

Klantvriendelijkheid staat bij ZBC's hoog in het vaandel. De patiënt staat centraal, er is sprake van korte wachtlijsten en ook de huisvesting onderscheidt zich van het reguliere ziekenhuis. ZBC's hebben een positieve uitwerking op de patiëntgerichtheid in de ziekenhuizen (NZa, 2007a).

Aan de andere kant moeten ziekenhuizen ervoor waken dat het niet om een verschuiving van zorg gaat. Op die manier gaan de kosten omhoog omdat investeringen moeilijk terug kunnen worden verdiend.

Een ZBC biedt ziekenhuizen een kans om specialisten in het ziekenhuis te houden doordat ze niet elders in privé-klinieken gaan werken.

Medisch specialisten

Het arbeidsproces in een ZBC geeft de mogelijkheid om in een efficiënt werkproces te werken (Bedrijfsplan ZBC, 2005). Ook flexibilisering van werktijden en het bieden van extra service aan de patiënt kunnen van belang zijn voor de medisch specialist. In paragraaf 2.4 kwam naar voren dat specialisten geprikkeld worden door vernieuwingen die resulteren in betere kwaliteit van zorg.

Men verwacht in de toekomst schaarste aan deskundigheid. Wanneer in de toekomst de markt voor relatief eenvoudig te organiseren zorg wordt uitgebreid, is waarschijnlijk meer deskundigheid nodig. Dit kan leiden tot spanning op de arbeidsmarkt. De overstap van medisch specialisten vanwege een inkomensstijging van academisch naar perifeer ziekenhuis geeft aan dat prijsmechanisme werkt. Het weggopen van specialisten om een betere onderhandelingspositie te hebben bij de zorgverzekeraar behoort tot de mogelijkheden. Specialisten moeten hun weg zien te vinden in dit krachtenveld (Kwartel, 2003). De zorg gaat richting een systeem waarin kwaliteit maatgevend is. Headhunters zullen in opdracht van ziekenhuizen topspecialisten wegkapen, aldus Vierhout (2007).

Verder is het de vraag wat er gebeurt met de zorg als specialisten een groot financieel belang hebben

in het centrum waar ze werkzaam zijn.

Zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars gaan steeds meer fungeren als zorgvrager. Ze hebben een acceptatie- en zorgplicht en moeten zo doelmatig mogelijk zorg inkopen (Kwartel, 2003). Zorgverzekeraars hebben meer te bieden aan klanten door de mogelijkheid tot wachtlijstbemiddeling. Het uitbreiden van het zorgaanbod door ZBC's leidt mogelijk tot een betere prijs/kwaliteit verhouding van de zorg die wordt ingekocht. Vele zorgverzekeraars geven informatie over ZBC's op hun websites. Aangegeven wordt dat voor bijvoorbeeld MRI's en orthopedische ingrepen nog steeds wachtlijsten bestaan. Wachtlijstbemiddeling is dan één van de alternatieven die wordt aangeboden. Het is dan ook eenvoudiger om verzekerden te sturen op de markt van ZBC's (NZa, 2007b).

Ook zorg in het buitenland wordt hierbij meegenomen. Steeds meer patiënten worden in een ZBC behandeld via wachtlijstbemiddeling. Bijna 40% van de patiënten op een wachtlijst worden bij Agis en Achmea in een ZBC behandeld. Bij VGZ-IZA en CZ was het percentage in 2005 respectievelijk 28 en 25%. In totaal zijn het bijna 10.000 patiënten. De strenge medische criteria waaraan patiënten moeten voldoen zorgen ervoor dat dit aantal niet groter is. Een deel van de gegevens ontbreekt doordat consumenten tegenwoordig zelf via internet naar een behandeling op zoek gaan en deze vervolgens bij hun verzekeraar aanvragen. Volgens VGZ is een ZBC een goed alternatief voor het ziekenhuis. Zij hebben met meerdere ZBC's contracten afgesloten. Verder bieden ze een totaalarrangement van knie- of heupoperatie en revalidatie in Duitsland¹³.

Achmea ziet een meerwaarde voor patiënt en zichzelf in ZBC's als het gaat om prijs en kwaliteit. Volgens de verzekeraar bepaalt prijs keer het volume de totale kosten. De prijzen liggen gemiddeld lager dan het reguliere tarief in Nederland. Vanaf 2003 werkt Achmea samen met Medinova en inmiddels ook met andere ZBC's (Achmea, 2003).

Kanttekening voor verzekeraars is dat ZBC's financiële risico's kunnen betekenen. Als voorbeeld wordt genoemd dat een eerste polibezoek in een ziekenhuis geregistreerd wordt. Wanneer vervolgens voor het hele zorginhoudelijke traject naar een ZBC wordt verwezen, wordt hier via de DBC nogmaals het eerste polibezoek gedeclareerd. Dit betekent dubbele kosten voor de verzekeraar (ZN, 2006).

Concurrerende ziekenhuizen in de regio

Concurrerende ziekenhuizen in de regio kunnen door het verwijzen naar een ZBC wachtlijsten verkorten. Ziekenhuizen maken steeds vaker keuzes in het zorgaanbod, zij kunnen met behulp van een ZBC patiënten een alternatief bieden. Een ZBC in de regio kan echter ook leiden tot het verliezen van patiënten, dit resulteert in minder inkomsten voor het ziekenhuis.

¹³ www.vgz.nl

Werkgevers

Een ZBC kan werkgevers de mogelijkheid bieden van verkorten van de verzuimperiode van werknemers. Werknemers kunnen sneller in het arbeidsproces terugkeren doordat op korte termijn zorg kan worden geleverd (Bedrijfsplan ZBC, 2005).

Zorgverzekeraars spelen tevens in op de wensen van werkgevers. Als voorbeeld kunnen gegarandeerde toegangstijden en collectieve contracten tegen gunstige tarieven worden genoemd (Kwartel, 2003). ZBC's kunnen een rol spelen in betere toegankelijkheid tot zorg.

Andere ZBC's

ZBC's kunnen concurrentie van elkaar ondervinden. Aan de andere kant is het van belang om een groter aandeel van de ziekenhuismarkt te creëren. ZBC's worden interessanter voor verzekeraars wanneer ze een grotere bijdrage leveren aan het totale zorgaanbod. Omdat verzekeraars tot op heden niet alle zorg bij ZBC's kunnen inkopen, blijven verzekeraars voornamelijk zorg van ziekenhuizen inkopen. Bij uitbreiding van het marktaandeel wordt ook de bekendheid bij consumenten vergroot.

Zorgbemiddelaar

Zorgbemiddelaars plaatsen patiënten via zorgverzekeraars in de zorginstelling met de kortste wachttijd. Zorgbemiddelaars zijn bedrijven die zich bezig houden met het creëren van een ruimere en gestructureerde patiëntenstroom voor ziekenhuisafdelingen. Voor ziekenhuizen wordt optimale capaciteitsbenutting steeds belangrijker. In deze behoefte wordt voorzien door extra productiemogelijkheden aan te bieden op een web-based platform dat samenwerkingsverbanden tussen zorginstellingen en zorgverzekeraars optimaliseert. Door middel van dit platform wordt voor zorgverzekeraars inzicht gegeven in het aanbod van selectieve zorg bij de verschillende zorginstellingen. Zorgverzekeraars kunnen hier achterhalen waar zij hun verzekerden kunnen plaatsen. Hierdoor vinden vraag- en aanbodkant elkaar snel en efficiënt. ZBC's betekenen voor zorgbemiddelaars extra mogelijkheden om patiënten op zo kort mogelijke termijn te plaatsen¹⁴.

Overheid

De overheid heeft als grondwettelijke plicht de gezondheidszorg goed in stand te houden (Kwartel, 2003). De overheid streeft naar betere kwaliteit in de gezondheidszorg. ZBC's kunnen hier een rol in spelen. Mogelijk wordt de kwaliteit, betaalbaarheid en beschikbaarheid van zorg verbeterd door ZBC's. De overheid is van groot belang voor ZBC's. Het zorgstelsel is aan verandering onderhevig. De overheid bepaalt mede de richting van het zorgstelsel. Wanneer regelgeving voor ZBC's aangepast wordt, heeft dit uiteraard consequenties voor ZBC's.

Marktwerving en als onderdeel daarvan, ZBC's, kunnen ook negatieve effecten met zich meebrengen voor de publieke belangen. Het is de taak van de overheid om dit in de gaten te houden.

¹⁴ www.link2care.nl

Verwijzers

Huisartsen, specialisten of bedrijfsartsen hebben de mogelijkheid patiënten naar ZBC's te verwijzen. Door zorg van ZBC's aan te bieden geeft de arts meer service aan de patiënt. Het kan meer keuze en korte wachttijd betekenen.

Investeerders

ZBC's kunnen voor investeerders zoals banken een interessante manier van investeren zijn. Zeker als in de toekomst winstuitkering mogelijk is. Aan de andere kant brengt het ook risico's met zich mee, omdat er vele factoren van invloed zijn op het succes van een ZBC.

5.4 Markt van een ZBC

Om een oordeel te kunnen geven over de plaats van een ZBC is het van belang om de markt oftewel de omgeving te conceptualiseren. Het gaat hierbij om de vraag welke kenmerken het leveren van zorg heeft. Vanwege de beperkte informatie over volumes van ZBC's is het complex de markt economisch te analyseren. Verder zijn geen gegevens bekend over de wachttijden bij ZBC's (NZa, 2007b). Zoals aangegeven kan wel worden gekeken naar marktkenmerken aan de hand waarvan aannames kunnen worden gedaan over marktontwikkelingen.

ZBC's leveren electieve, laagcomplex zorg. Waar de zorg eenvoudig kan worden georganiseerd ontstaat marktwerking. Het specialisme orthopedie levert bijvoorbeeld kijkoperaties hernia, ingrepen bij tennisarmen, enkel- en kruisbanden in ZBC verband (NVZ, 2002). Voor deze relatief eenvoudig te organiseren zorg ontstaat een markt zonder schaarste die zich ontwikkelt richting een 'gewone' consumentenmarkt (Kwartel, 2003). Doordat het aantal aanbieders groeit kan marktwerking ontstaan. Verzekeraars hebben een ruime keuze en kunnen ingaan op de beste offerte van een zorgaanbieder. Aangezien de vraag het aanbod overtreft en verzekeraars de wachtlijstproblematiek willen verbeteren is het aannemelijk dat nieuwe aanbieders toetreden en inzetten op een stukje van de markt.

Wanneer gekeken wordt naar macht bij onderhandelingen blijkt dat verzekeraars meer macht hebben dan ZBC's en ziekenhuizen meer macht dan verzekeraars. Wanneer in de toekomst meer transparantie van kwaliteit ontstaat kunnen verzekeraars consumenten beter sturen in de keuze voor een zorgaanbieder. De macht van de verzekeraars zal dan groeien. Een voorbeeld van macht van de zorgverzekeraar is de eis van 20% korting op de tarieven van het A-segment bij een onderhandeling om ook een contract voor het B-segment te verkrijgen (NZa, 2007b).

Er bestaan regionale verschillen in hoeverre verzekeraars gebruik maken van de zorg van ZBC's. Verzekeraars uit de Randstad doen een groter beroep. Bij zorgverzekeraar Menzis uit het oosten van het land wordt maar 6 tot 7 % van de wachtlijst in een ZBC behandeld. Dit is mogelijk een gevolg van weinig capaciteit omdat in het oosten weinig ZBC's gevestigd zijn. Kleine verzekeraars zoals Azivo en DSW verwijzen vrijwel niet door naar ZBC's.

De meeste verzekeraars hebben een voorkeur voor zorg in het reguliere circuit. Kwaliteit van zorg speelt hierbij een grote rol. CZ-woordvoerder Van Gardingen. "We zijn enigszins huiverig voor

extramuraal werkende specialisten die een eenmanszaakje beginnen, zonder zorgapparaat en back-up.” Ze refereert tevens aan het rapport van de inspectie over particuliere klinieken en geeft aan dat niet wordt samengewerkt met klinieken die niet voldoende presteren ¹⁵.

Een ZBC vult een plek in een markt die kan groeien. Een voorbeeld is de Alphakliniek in München. In een signaleringsrapport stelt het CBZ (2003a) “Organisatie van zorg volgens het focused factory concept bevordert de doorstroming, de benuttinggraad van de infrastructuur, de efficiency en de klantgerichtheid”.

Verzekeraars kunnen selectief zorg inkopen als ze over keuzemogelijkheden beschikken en daarom zal er meer capaciteit moeten komen. Door de opheffing van de beperkingen zullen naar verwachting meer ZBC's op de markt komen. Het toenemen van het aantal gespecialiseerde klinieken is een internationaal verschijnsel (CBZ, 2005a).

Een deel van de markt voor zelfstandige behandelcentra wordt gecreëerd door overschotten op wachtlijsten. Wachtlijsten ontstaan doordat er discrepantie bestaat tussen vraag en aanbod. Er stromen meer patiënten in de zorg dan behandeld kunnen worden. Meerdere factoren spelen een rol bij het ontstaan van wachtlijsten, deze zijn soms moeilijk inzichtbaar te krijgen (Busch, 2005).

ZBC's betekenen een toename van het aanbod op de zorgmarkt. Wachtlijsten worden hierdoor verkort. Het is echter niet duidelijk welke invloed ZBC's hebben gehad op het kleiner worden van de wachtlijsten. De bekostiging van ZBC's lijkt door vraag en aanbod tot stand te komen. Het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) heeft maximumtarieven bepaald waar een ZBC zich aan dient te houden. Het systeem van maximumtarieven betekent dat geen hoger, maar wel een lager tarief mag worden berekend. Zorgverzekeraars kunnen met ZBC's onderhandelen over de prijs waardoor de tarieven lager kunnen uitvallen. Voor het B-segment gelden geen vastgestelde tarieven, deze zijn vrij onderhandelbaar met verzekeraars (VVAA, 2006).

Om een ZBC te handhaven is het noodzakelijk om een zorgovereenkomst met de regionale zorgverzekeraar te krijgen. Deze zorgverzekeraar (marktleider) draagt de kosten voor het ziekenhuis en de ZBC. De toegankelijkheid van de ZBC komt ook op conto van de verzekeraar. Zorgverzekeraars kunnen ziekenhuizen en ZBC's laten offreren en aan de hand van deze offertes een vergelijking maken. Het gaat hierbij om 'prijzen' uit de markt en niet alleen om prijzen gebaseerd op werkelijke kosten. De mogelijkheid om naast wachtlijstgebonden zorg ook andere zorg te leveren is afhankelijk van de visie van de verzekeraar (CBZ, 2003a).

Indien de wachtlijsten afnemen door het grote aanbod van zorg zal overcapaciteit ontstaan. Additionele zorgvraag zal deze overcapaciteit opvullen met als gevolg het toenemen van de collectieve lasten (Kwartel, 2003).

De verschillen tussen ziekenhuizen en ZBC's worden vooral veroorzaakt door het verschil in bekostiging. In ziekenhuizen is sprake van budgetbekostiging, ZBC's worden gefinancierd op basis van verrichtingen. Andere verschillen bestaan in de relaties met patiënten, huisartsen, verzekeraars en

¹⁵ www.medicalfacts.nl 'Steeds vaker patiënten naar een ZBC' 9 augustus 2005

medisch specialist. Door de lumpsum en het budget zitten verzekeraars vast aan ziekenhuizen. Door de kapitaallasten voor ZBC's dienen de tarieven kostendekkend te zijn, voor ziekenhuizen is dit niet het geval (Liedorp, 2006).

Het verschil in bekostigingssystematiek van een ziekenhuis en een ZBC is oorzaak van de trend van het opzetten van ZBC's door ziekenhuizen. Per 1 januari 2008 verdwijnt het verschil in regelgeving waardoor waarschijnlijk minder ziekenhuizen een ZBC zullen gaan opzetten. De bekostigingssystematiek op basis van DBC's leidt waarschijnlijk tot omzetsdaling voor ZBC's (NZa, 2007b).

5.5. Doelmatigheid van ZBC's

Informatie uit documenten van de overheid, patiëntenorganisaties en andere organisaties geven een beeld van de mate van doelmatigheid van ZBC's. Via de website independer.nl is de mening over gespecialiseerde klinieken van 40.000 patiënten onderzocht. Het gaat niet om wetenschappelijke gegevens maar kan als interessante indicator dienen. In Nederland is men het meest tevreden over een oogoperatie wanneer deze heeft plaatsgevonden in een zelfstandig behandelcentrum of particuliere kliniek. Na oogheelkunde en plastische chirurgie wordt ook orthopedie genoemd als specialisme waar men positief over is (Elsevier, 2006).

Om ZBC's met ziekenhuizen te kunnen vergelijken is transparantie van kwaliteit nodig. Op dit moment is vergelijking niet mogelijk omdat de betreffende data niet beschikbaar is (NZa, 2007a)

De Inspectie voor Gezondheidszorg (IGZ) heeft particuliere klinieken onderzocht en geconstateerd dat kwaliteit en veiligheid in 'snijdende klinieken' niet voldoende gewaarborgd zijn. In dit rapport is onderscheid gemaakt tussen privé-klinieken en ZBC's. Een vergelijking met ziekenhuizen is niet gemaakt. Bij particuliere klinieken waar tekortkomingen zijn gesignaleerd heeft de inspectie direct een vervolgtraject ingezet. Daarnaast is op basis van de bevindingen van dit onderzoek besloten om klinieken te onderwerpen aan systematisch toezicht (IGZ, 2003).

De conclusie van het vervolgrapport is dat kwaliteit en veiligheid op sommige aspecten enigszins zijn verbeterd, maar op belangrijke punten onvoldoende zijn. ZBC's scoren enigszins beter op de voorwaarden voor kwalitatieve en veilige zorg dan privé-klinieken. Klinieken lieten tekortkomingen zien op het gebied van informed-consent en operationele kwaliteitssystemen (IGZ, 2004).

Het is voor ZBC's van belang om aan patiënten en verzekeraars te kunnen laten zien dat goede kwaliteit gewaarborgd is. ZBC's hebben zich dan ook verenigd in Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN), voorheen de Nederlandse Raad van Particuliere Klinieken (NRPK). De ZKN heeft een kwaliteitskeurmerk opgesteld waaraan deelnemende klinieken moeten voldoen. De kwaliteit en professionaliteit van het medisch personeel worden aan eisen onderworpen samen met zaken als hygiëne, infectiepreventie en sterilisatie van hulpmiddelen. Volgens ZKN liggen de eisen minimaal op het niveau waaraan ziekenhuizen dienen te voldoen (Medisch contact, 2006).

Uit de monitorspecial van de NZA 'De rol van ZBC's in de ziekenhuiszorg' komt naar voren dat tot nu toe geen kwaliteitsindicatoren voor ZBC's zijn opgesteld. Om te voorkomen dat concurrentie zich

met name op het gebied van prijs afspeelt zijn kwaliteitsindicatoren van belang. Concurrentie kan anders ten koste gaan van de kwaliteit van zorg. Transparantie van kwaliteit levert betere keuzemogelijkheden voor de consument op en een betere onderhandelingspositie voor verzekeraars. Op deze manier kan concurrentie worden vergroot (NZa, 2007a). De ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren loopt door tot 2011. Men verwacht in 2008 meer informatie te hebben over ervaringen van patiënten (NZa, 2007b).

ZBC's zorgen voor extra aanbod op de zorgmarkt en kunnen dus de toegankelijkheid van ziekenhuiszorg vergroten. In het B-segment zijn de wachtlijsten in 2005 en 2006 afgenomen. Het stimuleren van consumenten om naar bepaalde gecontracteerde zorgaanbieders te gaan wordt keuzeondersteuning genoemd. Verzekeraars kunnen op de manier voordelen verkrijgen tijdens de onderhandelingsfase. Door dit proces vermindert de toegankelijkheid aan de ene kant, aan de andere kant zal het zorginstellingen stimuleren wachtlijsten weg te werken om zo ook op de voorkeurslijst van de verzekeraar te komen. Op deze manier wordt de toegankelijkheid vergroot. Op dit moment komt keuzeondersteuning weinig voor (NZa, 2007b). In de toekomst kunnen verzekeraars een grotere rol spelen bij de keuze van een patiënt voor een zorgaanbieder. Verzekeraars kunnen zorg in een ZBC stimuleren door verkorte wachttijden aan te bieden en kiezen voor een lagere prijs. Op dit moment lijken weinig verzekeraars patiënten te verwijzen naar een ZBC. Doordat kostprijzen van ZBC's niet bekend zijn is de doelmatigheid ten opzichte van ziekenhuizen niet te bepalen.

Onderhandelingen met zorgverzekeraars worden vooral op basis van prijs gevoerd. Kwaliteit speelt in de contracten een kleine rol. Volgens de consumentenbond en de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) vergroten ZBC's de toegankelijkheid van de zorg. De toetreding van ZBC's zorgt voor meer keuzevrijheid voor de consumenten (NZa, 2007a).

Voor zorgaanbieders zullen bedrijfseconomische aspecten steeds belangrijker worden. Patiëntenselectie behoort tot de mogelijkheden doordat behandelingen die niet winstgevend zijn worden stopgezet. Aan de hand van DBC's kan bekeken worden welke patiënten duur of goedkoop zijn. Een voorbeeld is het instellen van een leeftijds criterium. De patiënten die winstgevend zijn voor een onderneming trekken nieuwe aanbieders aan. Dit betekent dat de toegankelijkheid van zorg voor de 'moeilijke' patiënten afneemt. Instellingen die zich richten op deze patiëntengroep zullen het financieel zwaarder krijgen (Kwartel, 2003).

De prijsontwikkeling per specialisme verschilde in de periode 2005-2006. De prijsontwikkeling leek niet afhankelijk te zijn van het aantal ZBC's actief op een bepaald specialisme. Voor de periode 2006-2007 lijkt het erop dat het aantal actieve ZBC's voor een specialisme van invloed is op de prijsontwikkeling. De prijzen van de specialismen met de laagste stijging zijn die specialismen die het grootste aandeel hebben in de omzet van ZBC's. Het betreft de specialismen orthopedie, oogheelkunde, dermatologie en plastische chirurgie. Door de groei van het aantal ZBC's lijkt er meer concurrentie te zijn. Hierdoor worden de prijzen lager gehouden door de ziekenhuizen (NZa, 2007b).

Het specialisme orthopedie heeft met ongeveer 35% het grootste aandeel in de omzet van het B-segment. Oogheelkunde komt met ongeveer 15% als eerstvolgende. Wanneer vervolgens gekeken wordt naar diagnoses zijn staar, heup en knie de diagnoses die de meeste omzet genereren (NZa, 2007b). Het specialisme orthopedie kent drie diagnoses in het vrij te onderhandelen B-segment;

- Artrose knie,
- Artrose heup,
- Rughernia (ZN, 2005).

Wanneer gekeken wordt naar het gemiddelde prijsniveau van zorginstellingen blijkt dat ZBC's het laagste prijsniveau hebben. Het prijsniveau is vergeleken met algemene, academische en topklinische ziekenhuizen. ZBC's liggen 22% lager dan het gemiddelde prijsniveau. Als mogelijke oorzaken worden een minder complexe patiëntenpopulatie en hoge doelmatigheid genoemd. Verder kan het zijn dat een behandeling relatief vaak wordt aangeboden waardoor als gevolg van concurrentie de prijs zakt. Zorgbemiddeling kan hier ook een rol in spelen omdat patiënten die via deze weg een ZBC binnenkomen mogelijk minder diagnose behoeven. Dit scheelt dus in de kosten. ZBC's hebben een positieve invloed op het prijsniveau van zorg binnen het B-segment. "De prijzen van de specialismen, waarbinnen de omzet van ZBC's het grootst is, laten de laagste prijsstijging zien in de periode 2005-2006 en in 2006-2007" (NZa, 2007b). Doordat ZBC's slechts een klein aandeel hebben in het totale zorgaanbod worden ziekenhuizen niet geprikkeld om de prijzen in het B-segment te verlagen. Verzekeraars kunnen te weinig zorg inkopen bij ZBC's om ziekenhuizen te beïnvloeden. In de ziekenhuiszorg zijn de prijzen in het B-segment ten opzichte van de overige prijzen gedaald met 2.8% in de periode van 2005-2007 (NZa, 2007b).

Het specialisme orthopedie heeft een aandeel van 15.5 % in de omzet van ZBC's in het A- en B-segment. Oogheelkunde heeft het grootste aandeel met 28.3%. Het aantal ZBC's voor orthopedie is 27.

Volgens de NZa heeft er in zes gevallen een faillissement voorgedaan bij ZBC's actief in het B-segment. Verder hebben ZBC's in sommige gevallen moeite om de instelling financieel tot een succes te brengen. Over de oorzaken is geen informatie gegeven (NZa, 2007b).

ZBC's hebben in het A-segment een positief effect op de betaalbaarheid. De tarieven in het A-segment gelden als maximumtarieven. De tarieven liggen vaak 10 tot 20% onder de maximumtarieven. Voor ziekenhuizen gelden vastgestelde tarieven in het A-segment waardoor geen prijsverlaging mogelijk is. Voor de gebouwkosten van ZBC's is op dit moment geen financiering beschikbaar. Voor de verrichtingen geldt de maximumtarieven-systematiek CBO. Door de invoering van de DBC tarieven worden de integrale kosten (inclusief materiële activa, personeelskosten en gebouwgebonden kosten) opgenomen in het desbetreffende DBC (Bedrijfsplan ZBC, 2005).

Het vrijlaten van de prijzen in het B-segment resulteert in verschillende bedragen voor een bepaalde behandeling. De gepresenteerde prijzen worden aangeleverd door de ziekenhuizen. Als voorbeeld is

het plaatsen van nieuwe gewrichtsprothese bij heupslijtage gekozen. De duurste behandeling wordt aangeboden door het LUMC met een tarief van €11.414, de goedkoopste behandeling wordt door het Zorgcombinatie Noorderboog, Diaconessenhuis te Meppel aangeboden en kost €8449. In de ZGT Almelo/Hengelo kost de ingreep €9.409. In het MST te Enschede is het tarief €10.319.

Wanneer gekeken wordt naar de tarieven voor een orthopedische ingreep bij hernia blijkt dat de tarieven verder uiteen liggen. In het ziekenhuis St. Jansdal te Harderwijk bedraagt het tarief €5668, in het Elkerliek ziekenhuis in Deurne/Helmond bedraagt de ingreep €3426. In Hengelo €4028, in Enschede €4195¹⁶.

Volgens de zorgmonitor ontstaan de verschillen in prijzen door verschillende oorzaken. Mogelijke oorzaken zijn verschillen in concurrentie-intensiteit, doelmatigheid, zorgzwaarte van de patiëntenpopulatie en marktmacht. Ook verschillen in de verhouding van onderliggende DBC's binnen een diagnose en verschillen in service (indien verzekeraars afspraken maken over de service) kunnen een oorzaak zijn.

Het prijsniveau in 2007 verschilt per type zorgaanbieder. ZBC's hebben de laagste prijzen ten opzicht van het gemiddelde; het prijsniveau van ZBC's ligt 20% lager dan andere zorgaanbieders. Academische ziekenhuizen hebben het hoogste prijsniveau met 1.1% hoger dan gemiddeld. Algemene ziekenhuizen hebben een prijsniveau dat bijna gelijk is aan het gemiddelde en topklinische ziekenhuizen hebben 0.8% hoger prijsniveau dan gemiddeld.

Het lagere prijsniveau van ZBC's kan veroorzaakt worden doordat minder complexe patiënten worden behandeld en doordat efficiënter kan worden gewerkt. Wanneer een ZBC of ziekenhuis geen contract heeft met een verzekeraar wordt een passantentarif in rekening gebracht bij de patiënt. Landelijke gezien ligt het prijsniveau van een passantentarif 11% hoger dan wanneer sprake is van een contract tussen zorgaanbieder en verzekeraar.

De ontwikkeling van het prijsniveau in 2006-2007 in de regio zuid is het laagst. Concurrentie van ziekenhuizen in België wordt als mogelijke reden wordt genoemd (NZa, 2007b).

¹⁶ www.kiesbeter.nl

6. Ziekenhuis Groep Twente

In hoofdstuk 6 wordt een beschrijving gegeven van de Ziekenhuis Groep Twente. Door de ZBC van de ZGT als case te gebruiken wordt op mesoniveau getracht inzicht te krijgen in factoren die spelen bij de keuze voor een ZBC. Hiermee wordt antwoord gegeven op de tweede hoofdvraag; *Wat levert een ZBC voor het specialisme orthopedie op voor de Ziekenhuis Groep Twente?*

Paragraaf 6.1 geeft een analyse van de organisatie Ziekenhuis Groep Twente. In paragraaf 6.2 komt het beleid van de ZGT aan de orde. Er is bekeken welke strategie de organisatie hanteert en hoe zich dit verhoudt tot marktwerking. In paragraaf 6.3. wordt het bedrijfsplan van de ZBC besproken. In de laatste paragraaf komt de markt van de ZBC van de ZGT aan bod. Factoren die van invloed kunnen zijn op de ZBC worden besproken.

6.1 De organisatie ZGT

De Ziekenhuis Groep Twente (ZGT) bestaat uit verschillende onderdelen. Het Streekziekenhuis Midden Twente in Hengelo, Zorgservices Twente Hengelo en het Twenteborg Ziekenhuis in Almelo. De Zorgservices Twente is de ondernemende tak van de organisatie. De Ziekenhuisgroep Twente verleent hoogwaardige medisch-specialistische diagnostiek en behandeling. Het SMT is een innovatief centrumziekenhuis, het TBA een modern algemeen ziekenhuis. De Zorgservices Twente houdt zich bezig met zorgverlening die niet behoort tot de kernactiviteit van de ziekenhuizen maar er wel dicht bij betrokken is. De medisch-specialistische kennis wordt via deze onderneming consumentgericht ingezet.

De Zorgservices Twente is een vooroplopend instituut. Zo waren ze in 1994 de eerste in de regio die een zorghotel hebben opgezet. In 2000 werd als eerste een Multi Care Center geopend. In dit centrum zijn verscheidene activiteiten georganiseerd die te maken hebben met gezondheidszorg. Sommige onderdelen werken nauw samen met de medisch specialisten en afdelingen van de ziekenhuizen. De onderdelen zijn opgesplitst in vier categorieën; gezond leven, gezond bewegen, gezond genieten en gezond werken. Als voorbeelden kunnen worden genoemd het hoofdpijn centrum, ZBC, Arbeidsmedisch centrum, Sportmedisch Adviescentrum en de kliniek voor gewichtsmanagement¹⁷.

6.2. Beleid Ziekenhuis Groep Twente

De strategie van het bestuur van het ZGT is gericht op ondernemen in de zorg. De ZGT wordt in de visie voor 2010 gepositioneerd als gezondheidsonderneming. Producten worden aangeboden aan patiënten en andere zorginstellingen op zowel de publieke als private markt. De benadering van de publieke en private markt wordt verwezenlijkt door de ontwikkeling van een ZBC (Jaarverslag ZGT, 2003).

¹⁷ www.zgt.nl

Volgens het bestuur van het ZGT zijn een aantal ontwikkelingen van invloed op het te voeren beleid. Aan de vraagzijde worden vergrijzing, consumentisme en nieuwe behandelmethoden genoemd. Door vergrijzing neemt de vraag naar zorg toe en verandert de zorgvraag. Consumentisme houdt in dat patiënten gerichte vragen stellen om een snelle oplossing te krijgen. Hiervoor is intensievere communicatie nodig met de patiënt. Er komen steeds meer behandelmogelijkheden waardoor de vraag naar zorg ook toeneemt.

Het aanbod van zorg neemt tevens toe. Door meer specialisatie wordt het aanbod van zorg steeds uitgebreider. Verder wordt de arbeidsmarkt genoemd, er is krapte waardoor goed personeel moeilijk te krijgen is. Technologische ontwikkelingen maken betere diagnostiek mogelijk. Behandelingen zijn minder belastend en patiënten liggen korter in het ziekenhuis. Patiënten die worden opgenomen zijn ernstiger ziek. De informatievoorziening wordt steeds beter door middel van ICT ontwikkelingen. Hierdoor is onder andere betere planning mogelijk. Met het DBC systeem verandert ook de bekostiging van zorg. Een product als een nieuwe heup heeft een prijs samengesteld uit alle gemaakte ziekenhuiskosten.

Deze ontwikkelingen resulteren in veranderende processen, nieuwe markten en maatschappelijke verantwoording. Efficiënter werken is noodzakelijk om het hoofd te bieden aan de krappe budgetten en grotere vraag. Hierdoor kunnen ook de wachtlijsten worden verkort.

De ZGT heeft zijn visie ook gericht buiten de regio. Indien de markt dit mogelijk maakt worden initiatieven genomen om verder te gaan dan het eigen gebied. De patiënt kijkt ook verder dan de eigen regio. Binnen deze trend wordt het opzetten van een zelfstandig behandelcentrum genoemd.

Het streven is om een transparante, duidelijke organisatie te zijn. Maatschappelijke verantwoording wordt in de toekomst steeds belangrijker. De ZGT wil meegroeien met de omgeving en zich ontwikkelen van traditioneel ziekenhuis in een ondernemingsgerichte zorginstelling. De toekomstvisie van het meerjarenplan 2004-2007 laat deze doelstelling naar voren komen.

De missie van de ZGT is gericht op verbetering en vernieuwing van het zorgaanbod. Als uitgangspunt wordt de vraag van de patiënt genoemd. Eén van de ambities die genoemd worden in de visie voor 2010 is het ondernemen en voorop lopen. De start van een ZBC valt onder deze noemer. Om goed in te spelen op de behoeften vanuit de markt wil het ZGT gebruik maken van gericht marktonderzoek (Meerjarenbeleidsplan ZGT, 2004).

6.3. Zelfstandig behandel centrum Ziekenhuis Groep Twente

Het kader van het ZBC is beschreven in het bedrijfsplan van de projectgroep ZBC. Met dit plan is getracht een onderbouwing te geven voor de realisatie van de ZBC. Om optimale zorg te verlenen begeeft het ziekenhuis zich op nieuwe markten. Als voorbeeld kunnen de particuliere initiatieven tot het ontwikkelen van zelfstandige behandelcentra worden genoemd.

ZBC's komen meer voor in verstedelijkt gebied waarschijnlijk doordat hier voldoende inwoners dichtbij wonen en kunnen zorgen voor het benodigde volume. Om het bedrijfseconomisch draagvlak van een ziekenhuis in ruraal gebied te vergroten kan het zinvol zijn een ZBC te starten (CBZ, 2005b).

De ZGT heeft eind 2003 een (tijdelijke) vergunning tot het opzetten van een zelfstandig behandelcentrum voor Twente verkregen. In het ZBC wordt reguliere ziekenhuiszorg aangeboden voor de specialismen chirurgie, orthopedie, plastische chirurgie, gynaecologie, KNO en oogheelkunde in dagverpleging (maximaal 24-uurs zorg). Met het ZBC tracht de ZGT de wachtlijsten te verkorten en de verwachte toename van dagbehandelingen op te vangen. In 2004 is in een pilot voor de duur van een jaar met behandeling in ZBC verband gestart.

Als strategische doelen noemt de projectgroep ondernemen en voorop lopen, concurreren, flexibiliteit en efficiency. Inhoudelijk wordt reductie van wachtlijsten, opvang toename aantal dagbehandelingen, beperking van uitstroom van patiënten naar Duitsland en de mogelijkheid om faciliteiten voor andere doeleinden te gebruiken (Bedrijfsplan ZBC, 2005).

Het verdwijnen van de contracteerplicht van zorgverzekeraars en het toetreden van nieuwe partijen op de gezondheidsmarkt worden genoemd als reden van het initiatief van het ZBC. De zorg in ziekenhuizen verschuift van meerdaagse opnamen naar poliklinische behandelingen en dagopnamen. Het is de vraag of de huidige zorgvormen toereikend zijn voor de toenemende zorgvraag. Het ontstaan van wachtlijsten voor bepaalde behandelingen is één van de gevolgen.

Doelstelling van de ZBC is het aanbieden van hoogwaardige zorg speciaal gericht op laagcomplexe en hoogfrequente zorgvragen. Het ZBC heeft een positieve invloed op de wachtlijsten waardoor in het ziekenhuis meer hoogcomplexe, laagfrequente zorg mogelijk is. Patiënten buiten het adherentiegebied van het ZGT behoren tevens tot de doelgroep van de ZBC.

Beide ziekenhuizen (SMT en TBA) hebben in 2004 op acht zaterdagen een reeks van kleine operaties uitgevoerd. Het ging hierbij om korte ingrepen zoals kleine oog-, neus- en knie operaties. Bovendien biedt het ZBC volledige diagnostiek, behandeling en nazorg. Mede door de kleinschaligheid van het centrum (twee operatiekamers en bijbehorende faciliteiten) kunnen de patiënten rekenen op een klantvriendelijke behandeling. In afwachting van definitieve eigen huisvesting wordt nu nog buiten kantoortijden en op de zaterdagen gebruik gemaakt van het OK-complex van de ziekenhuizen in Hengelo en Almelo. Met de zorgverzekeraar zijn afspraken gemaakt over de tarieven per behandeling. De kwaliteitsaspecten veiligheid, effectiviteit, efficiency, toegankelijkheid en klantgerichtheid staan centraal bij de ZBC Twente. Wat veiligheid betreft is directe opvang in het ziekenhuis mogelijk bij calamiteiten. Complicaties worden geregistreerd. Medicatie van een patiënt wordt geïnventariseerd tijdens een preoperatieve screening (POP). Onder de noemer effectiviteit en efficiency wordt het voldoen aan het verwachtingspatroon van de patiënt vermeld. Bovendien bestaat transparantie over de gemaakte kosten van behandeling. De toegankelijkheid wordt gewaarborgd door in ieder geval binnen de Treeknormen diagnostiek en behandeling aan te bieden. Klantgerichtheid uit zich door de begeleiding van patiënt en zijn naasten door een gastvrouw. Door de kleinschaligheid is het contact persoonlijker en gemoedelijker. Ook in dit kader wordt de verkorting van de wachtlijsten genoemd.

Het rapport van Price Waterhouse Coopers (1999) geeft als één van de aanbevelingen dat zorginstellingen klantvriendelijkheid moeten integreren in hun bedrijf. Patiënten oftewel consumenten waarderen een persoonlijke benadering en goede service.

6.4 Markt ZBC Ziekenhuisgroep Twente

Allereerst kan worden gesteld dat in de regio Twente onderhandelingen met verzekeraars anders zullen lopen dan in de Randstad en de grote steden waar meerdere zorgaanbieders opereren (Kwartel, 2003). Verzekeraars hebben in Twente minder keuze bij het inkopen van zorg omdat simpelweg minder zorgaanbieders aanwezig zijn. Dit kan betekenen dat de mate van concurrentie kleiner is en de druk op de prijskwaliteit verhouding minder aanwezig is.

Het aantal dagbehandelingen groeit binnen de ZGT. In 2004 was sprake van 22.600 dagbehandelingen en in 2008 verwacht men 29.000 dagbehandelingen. Landelijk is dezelfde trend aanwezig (Maas en Delnoij, 2004). De productie van de ZBC binnen de pilot van 2004 beslaat een klein percentage van de totale productie van de ZGT. De prognose voor de toekomst laat zien dat dit percentage zal groeien van 2,7% in 2005 naar 12,0% in 2010. De verwachte productiegroei kan budgettair niet geheel worden opgevangen door de ZGT, de ZBC kan hier een belangrijke rol spelen.

Als belangrijke succesfactor wordt uitbreiding van het patiëntenaanbod genoemd. De markt kan worden uitgebreid door zorg aan consumenten uit Duitsland aan te bieden, het Centrum voor Arbeid en Gezondheid patiënten laten aanleveren, wachtlijstbemiddeling en het uitvoeren van niet-reguliere activiteiten. Onder laatstgenoemde vallen bijvoorbeeld cosmetische operaties, circumcisies etc. (Jaarverslag ZGT, 2003).

In Oost-Nederland is de ZGT het enige ziekenhuis met een vergunning voor het exploiteren van een ZBC. Het opzetten van een ZBC is een complexe en langdurige procedure. Het lijkt niet waarschijnlijk dat op korte termijn een soortgelijk centrum door een concurrent gestart zal worden.

De markt wordt onderverdeeld in drie groepen;

1. ZGT patiënten in het adherentiegebied van de ZGT,
2. niet-ZGT/buitenregionale patiënten,
3. werknemers binnen en buiten de Euregio.

Marketinginstrumenten worden toegepast op deze drie groepen patiënten en eventuele belanghebbenden.

De volgende sterke punten zijn genoemd waarop marketing kan worden bedreven;

- snelle toegangstijden en efficiënte zorg,
- concurrerende tarieven,
- kwalitatief hoogwaardige organisatie,
- samenwerking met ZGT,
- meerdere poortspecialismen (algemene, plastische, orthopedische chirurgie, gynaecologie, KNO, urologie, oogheelkunde en radiologie.) Het betreft een volwaardig ZBC (Bedrijfsplan ZBC, 2005).

De Euregio atlas van het Euregionaal Servicecentrum voor Gezondheid biedt gegevens over het zorgaanbod in de Euregio¹⁸. Momenteel telt de Euregio 130 Duitse en Nederlandse leden (gemeenten en "Kreise"). Voor Nederland gaat om delen van de provincies Drente, Overijssel en Gelderland. De Euregio bestaat verder uit 61 ziekenhuizen in Duitsland en 5 in Nederland.

In de Euregio liggen het Medisch Spectrum Twente in Enschede, het Röpcke-Zweers Ziekenhuis Hardenberg, de Ziekenhuisgroep Twente en het Streekziekenhuis Koningin Beatrix in Winterswijk. Uit de zorgatlas komen voor 2004 de volgende cijfers naar voren; het aantal klinische behandelingen voor het specialisme orthopedie bedraagt voor het ZGT 2674, voor het MST 1416 en voor het Slingeland Ziekenhuis 653. De ZGT lijkt het grootst in omvang, ook wanneer gekeken wordt naar dagbehandelingen en poliklinische behandelingen. Van het ziekenhuis in Hardenberg zijn geen gegevens beschikbaar. Voor het adherentiegebied van de ZGT kan het buitenland als concurrent een rol spelen. Helaas zijn geen gegevens bekend over aantallen in de Duitse ziekenhuizen.

Zoals uit het bedrijfsplan naar voren komt wordt de ZBC opgezet en geëxploiteerd door de Stichting Zorgservices Twente en de medische staf van de ZGT. Het betreft een exploitatie-BV met verschillende aandeelhouders die onder de Stichting Zorgservices Twente valt.

De praktijkanalyse orthopedie van de ZGT (2004) geeft informatie over patiëntkenmerken, opnamebeleid, marktaandelen en patiëntenstromen van de maatschap orthopedie van het Streekziekenhuis Midden-Twente. De gegevens zijn afkomstig van de maatschap orthopedie, de ZGT en het landelijk gemiddelde van het specialisme orthopedie. Met behulp van dit rapport tracht men de kwaliteit van zorg te bewaken en bevorderen.

Uit het rapport komt naar voren dat de maatschap orthopedie een sterke groei doormaakt. De cijfers van de eerste poli bezoeken (EPB) vanaf 2002 laten een groei zien van bijna 11% in 2004. De groei over de jaren 2002-2004 laten een vergelijkbare trend zien met het landelijk gemiddelde. Het aantal behandelde patiënten (>24-uurs zorg) over 2002-2004 steeg met ongeveer 30%. Het landelijk gemiddelde ligt liet een groei zien van 10% en groeit dus minder hard. In januari 2006 is de maatschap uitgebreid met een vijfde orthopedisch chirurg. In het jaarverslag 2005 wordt aangegeven dat de uitbreiding heeft geleid tot sterke verjonging van de maatschap en dat koerswijziging op vele fronten is te verwachten (Praktijkanalyse orthopedie, 2004).

Verwacht mag worden dat het aantal patiënten met chronische aandoeningen en electieve patiënten met ouderdomsgerelateerde slijtage aandoeningen toeneemt. Het vervangen van heupen en knieën en herniaoperaties (hnp) zijn voorbeelden van electieve zorg en geschikt voor zorg binnen het ZBC concept (CBZ, 2005b).

Beide locaties van de ZGT hebben van 2000 tot 2004 de productie en productiviteit vergroot. Het SMT heeft de adherentie aanzienlijk zien stijgen, terwijl de meeste marktaandelen licht zijn toegenomen. Het buitengebied laat een sterke stijging zien in adherentie. De adherentieontwikkeling

¹⁸ www.esg.org

van het SMT laat voor de polikliniek een stijging zien van 9% en klinisch 17%. In Almelo is sprake van afname in adherentie en marktaandeel (Praktijkanalyse orthopedie, 2006).

De groei van de afdeling orthopedie uit zich tevens in het bestaan van wachtlijsten. Vraag naar orthopedische zorg is dus aanwezig en stijgt elk jaar. Een ZBC orthopedie kan zich nu dus nog profileren op het gebied van toegangstijden en doorlooptijden. Hierdoor kan de ZBC aantrekkelijk zijn voor een bepaalde patiëntenpopulatie. In de toekomst is het te verwachten dat korte toegangstijden tot de basiseigenschappen van een zorgaanbieder behoren en zal de ZBC zich op andere eigenschappen moeten onderscheiden. Als voorbeeld kunnen klantvriendelijkheid en expertise worden genoemd.

Er spelen vele factoren een rol bij de beslissing een ZBC op te zetten. Voordat een ZBC operationeel is moet in veel gevallen geïnvesteerd worden, bijvoorbeeld in personeel, ok-capaciteit en marketing. Zoals reeds in de inleiding aangegeven is het van cruciaal belang of er voldoende vraag naar de betreffende zorg is. Dat betekent ook vraag buiten het adherentiegebied van het ziekenhuis of nieuwe doelgroepen. Als de ZBC bijvoorbeeld patiënten uit Almelo naar zich toe trekt is het de vraag wat de opbrengst van de ZBC voor de ZGT is. Er zal gekeken moeten worden naar mogelijkheden om nieuwe patiëntgroepen aan te trekken.

Voor de financiering van de ZBC moeten contracten worden afgesloten met zorgverzekeraars. Het kan de preferente zorgverzekeraar zijn, maar uiteraard ook een andere verzekeraar waar goede afspraken mee kunnen worden gemaakt. Samenwerking met andere partijen behoort tevens tot de mogelijkheden. Zo is de Sint Maartenskliniek (kliniek gespecialiseerd in houding en beweging) een samenwerking aangegaan met verzekeraar Menzis. Wie verzekerd is bij Menzis en bij een heupoperatie kiest voor de Sint Maartenskliniek, kan aanspraak maken op garanties. Zo worden wondinfecties kosteloos behandeld door de Sint Maartenskliniek. Deze nazorg gaat niet ten laste van no-claimkorting of een eigen risico. Dit geldt ook als een kunstheup binnen vijf jaar zou losraken en vervangen moet worden. Patiënten die onverhoopt te maken krijgen met dergelijke complicaties, kunnen tijdens de behandeling rekenen op extra comfort bij de Sint Maartenskliniek.

Verder moet de opzet van de ZBC bepaald worden; verschillende mogelijkheden bestaan zoals een ZBC binnen het ziekenhuis of als zelfstandig centrum buiten het ziekenhuis om. Als voorbeeld kan het Dermatologisch centrum Isala genoemd worden van de Isalaklinieken in Zwolle. Specialisten hebben hier een eigen BV en krijgen daardoor meer zeggenschap en invloed over het zorgpakket en bedrijfsvoering¹⁹.

Het behoort tot de mogelijkheden van de ZGT om voor één specialisme een centrum op te zetten. De ZGT analyseert op dit moment de mogelijkheden een orthopedisch centrum te starten.

Brussel (2005) heeft aangetoond dat ‘zachte’ succescriteria mede bepalend zijn voor het succes van een ZBC. Hierbij valt te denken aan ‘waardering door de maatschappij’ en het creëren van draagvlak door het inzetten van communicatie en samenwerking. Zorgaanbieders zullen meer moeten kijken naar de omgeving, dit betekent de patiënt oftewel de consument centraal stellen, maar tevens de concurrent

¹⁹ www.isala.nl

in de gaten houden. Stel dat het concurrerende ziekenhuis een efficiëntieslag maakt waardoor de productie omhoog kan of misschien zelf een ZBC start. Bekeken moet worden wat de consequenties zijn voor de eigen ZBC. Aan de andere kant kan de ZBC juist gebruikt worden om de positie van het ziekenhuis te verstevigen. De ruimte voor ‘derden’ om tot de markt toe te treden wordt verkleind.

De Alysis zorggroep noemde onder andere de volgende toegevoegde waarden voor een ZBC;

- verbeteren van de concurrentiepositie,
- vergroting van adherentie,
- nieuwe markten en doelgroepen aanspreken,
- proeftuin voor zorgvernieuwing,
- goede ontwikkelomgeving voor marketing en ICT,
- loopbaan mogelijkheden voor personeel,
- nieuwe zorgondersteunende geldstroom,
- stimuleren van ondernemerschap,
- versterking van huidige activiteiten (Brussel, 2005).

Transparantie van geleverde zorg in de ZBC kan een belangrijke rol spelen. Hiertoe kunnen prestatie-indicatoren worden gebruikt, zoals klantvriendelijkheid, duur van ingrepen en aantal ingrepen per fte OK personeel.

Patiënten zullen kiezen voor het ziekenhuis dat zorg “snel en goed” kan leveren. Ziekenhuizen moeten zich in de toekomst steeds meer richten op de vrager van zorg; de patiënt. Ook concurrenten moeten de nodige aandacht krijgen. De beschikbare capaciteiten (mensen, OK’s of dure diagnostische apparatuur) van een ziekenhuis kunnen efficiënter worden ingezet en de zorg moet veilig en patiëntgericht geleverd worden.

Naar mijn mening komt uit de analyse van de situatie van de Ziekenhuis Groep Twente naar voren dat efficiënte inrichting van zorgprocessen een juiste keuze is. Met een gespecialiseerd centrum zoals een orthopedisch centrum kan de ZGT zich in de regio en daarbuiten profileren. Wanneer tevens voldoende aandacht wordt besteed aan service en kwaliteit lijkt een gespecialiseerd centrum de aangewezen keuze. Het specialisme orthopedie leent zich om meerdere redenen voor dit concept. De trendcijfers geven aan dat de orthopedie een groeiende markt is. Er is waarschijnlijk voldoende vraag naar zorg in deze deelmarkt. Door het veelal planbare karakter van de zorg past het in het ZBC concept. Deze trend kwam ook naar voren uit de analyse van de Amerikaanse gezondheidszorg.

7. Conclusie

Om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvragen *‘In hoeverre draagt een ZBC bij aan meer doelmatigheid in het nieuwe zorgstelsel?’* en *‘Wat levert een ZBC voor het specialisme orthopedie op voor de Ziekenhuis Groep Twente?’* zijn de deelvragen beantwoord in de vorige hoofdstukken. De antwoorden op de deelvragen leiden in dit hoofdstuk naar een conclusie voor de twee hoofdvragen. Paragraaf 7.2 gaat in op kanttekeningen die bij het onderzoek kunnen worden geplaatst. In de laatste paragraaf worden aanbevelingen gedaan voor verder onderzoek.

7.1. Conclusie

Een voorspelling doen over de gevolgen van het nieuwe zorgstelsel is niet eenvoudig. Voorlopig zijn de effecten van het stelsel nog niet duidelijk. Een langdurig veranderingsproces is noodzakelijk om de medisch specialistische zorg om te buigen naar een vraaggestuurde markt. Op verschillende fronten is een omslag noodzakelijk; op bestuurlijk, bedrijfsmatig en psychologisch terrein. Bovendien bestaat de mogelijkheid dat de politiek de regels weer verandert. Voor de lange termijn is het complex in te schatten wat de effecten van marktwerking zullen zijn. Naar mijn idee zal het ingezette moderniseringsbeleid grotendeels gehandhaafd blijven. Adviesraden zoals de RVZ hebben de overheid geadviseerd dit beleid te volgen omdat het beleid volgens aanbodregulering niet tot het gewenste resultaat heeft geleid. De stelselverandering resulteert onder andere in versoepelde wetgeving voor het opzetten van een zelfstandig behandelcentrum (ZBC). Een zelfstandig behandelcentrum biedt planbare, laagcomplexe zorg separaat of in samenwerking met een ziekenhuis. Het zorgproces is grotendeels voorspelbaar. Het volume en de kwaliteitsverbetering leveren voordelen op, onder andere voor de prijs van de zorg.

De ZBC's lenen zich bij uitstek voor marktwerking en competitie. De patiënt fungeert steeds meer als tegenkracht in de zorg. Het is namelijk de bedoeling dat patiënten meer kansen krijgen om deel te nemen aan het 'spel' tussen zorgaanbieders en verzekeraars. Tot nu toe zijn het vooral de van oudsher machtige partijen die bepalen hoe de zorg eruit ziet. Het is de bedoeling dat verzekeraars en patiënten de mogelijkheid krijgen om selectief een keuze te maken voor zorg. Om dit te bereiken is meer capaciteit nodig en deze kan geleverd worden door ZBC's. Naar verwachting zullen ZBC's zich efficiënter organiseren dan grotere ziekenhuizen, waardoor ze een goede prijs-kwaliteit verhouding voor zorg kunnen bieden. Dit zou dus ook meer doelmatigheid van zorg betekenen. Een zelfstandig behandelcentrum biedt de kans om de patiënt centraal te stellen en om ruimte te creëren voor innovaties. Een ZBC voldoet hiermee aan de wensen van de overheid om meer marktwerking te creëren.

Een mogelijk toekomstscenario als gevolg van de omslag naar vraaggestuurde zorg is dat een beperkt aantal high-tech ziekenhuizen overblijven met daarom heen private en niet-private satellietziekenhuizen. Waarschijnlijk gaat de hoogcomplexe, dure zorg naar academische

ziekenhuizen, daar valt namelijk geen winst op te halen. Door deze ontwikkeling ontstaat regionale concurrentie. Vergelijking van zorgaanbieders leidt tot een prikkel om de service te vergoten, omdat ziekenhuizen worden gespiegeld aan andere zorgaanbieders moet meer service worden geboden. Er is sprake van minder vanzelfsprekendheid en vraag naar meer kwaliteit.

Bij een ZBC zijn verschillende stakeholders betrokken die allemaal eigen belangen hebben. Genoemd zijn verwijzers, investeerders, ziekenhuizen, overheid, consument, andere ZBC's, ziekenhuis waar het ZBC onderdeel van is, zorgbemiddelaars, werkgevers, medisch specialisten en zorgverzekeraars. De belangen van deze stakeholders bepalen mede de kansen en bedreigingen voor een ZBC.

De verwachtingen ten aanzien van kansen en bedreigingen voor een ZBC in het nieuwe zorgstelsel zijn: kansen zijn onder andere de koopkrachtige burger, de emanciperende zorgvrager en meer transparantie dat leidt tot de mogelijkheid om te kiezen. Als grootste bedreiging voor een ZBC kan een inconsistent overheidsbeleid worden genoemd. Vanuit verschillende stakeholders gezien lijkt een ZBC wel degelijk waarde te leveren. Voor patiënten biedt een ZBC mogelijk meer keuzemogelijkheid, kwaliteit en service. Voor verzekeraars betekent een ZBC meer keuze en een betere prijs/kwaliteitverhouding. Verder lijken verzekeraars zich positief op te stellen ten opzichte van ZBC's. Dit is van belang omdat ZBC's in meerdere opzichten afhankelijk zijn van verzekeraars. Ziekenhuizen kunnen zich onderscheiden van concurrenten en de zorg efficiënter organiseren. Werkgevers biedt het de kans om werknemers snel weer aan het werk te krijgen.

In rapporten van de overheid wordt een ZBC opgevat als logistieke vernieuwing. Van deze zorgvernieuwing is sprake bij standaardisering van de zorg. In 1974 is het organisatieconcept 'focused factory' geïntroduceerd door Skinner. Dit concept zou leiden tot meer kwaliteit en minder kosten doordat processen gestandaardiseerd worden.

In Nederland worden de eerste voorzichtige stappen naar marktwerking gezet. Amerika kent al langer een gezondheidszorg waarin marktwerking een rol speelt. Om uitspraken te kunnen doen over de effecten van marktwerking in de Nederlandse gezondheidszorg is in deze thesis gekeken naar de ervaringen in de Amerikaanse gezondheidszorg. Marktwerking heeft hier niet geleid tot lagere kosten, betere kwaliteit en meer innovatie. Uit de bestudeerde literatuur kwam naar voren dat 'de markt' van de gezondheidszorg niet eenvoudig te doorgronden is en anders functioneert dan bijvoorbeeld de auto-industrie. Doordat de gezondheidszorg zich niet als een normale markt gedraagt, leidt marktwerking niet vanzelfsprekend tot meer doelmatigheid.

Ook in Amerika maken gespecialiseerde klinieken oftewel 'focused factories' een snelle groei door. Uit de literatuuranalyse bleek dat het specialisme orthopedie vaak voorkomt in een specialistische praktijk. Dit bleek het geval voor zowel Amerika als Nederland. Het grootste deel van de geboden zorg in de orthopedie betreft electieve zorg. Deze zorg is eenvoudig te plannen en leent zich voor standaardisering. Het grootste verschil tussen Amerika en Nederland wat de organisatie van orthopedie betreft is dat de meeste orthopeden in Amerika in privé-klinieken werken. Vaak hebben de orthopedisch chirurgen een financieel belang in de praktijk waar ze werkzaam zijn. Studies over eventuele effecten hiervan op het verwijsbeleid en verleende zorg laten tegenstrijdige resultaten zien.

Een en ander heeft ertoe geleid dat de regelgeving om gespecialiseerde centra te starten is aangepast omdat twijfel bestond over de invloed van financiële betrokkenheid van specialisten bij een instelling. Er zijn onder andere beperkingen opgesteld voor het opzetten van 'focused factories'. Het is niet ondenkbaar dat een dergelijk scenario zich ook in Nederland gaat afspelen.

In Amerika heeft marktwerking en de groei van focused factories niet geleid tot een betere gezondheidszorg. De resultaten van zorg in gespecialiseerde klinieken zijn onduidelijk. In Amerika is het meeste onderzoek verricht naar zorg in gespecialiseerde klinieken. Ook hier is sprake van tegenstrijdige resultaten. De ene studie laat zien dat in gespecialiseerde klinieken meer gezonde patiënten worden behandeld en dat het soort verzekering een rol speelt bij de verwijzing. Andere studies weerspreken deze resultaten. Wat wel naar voren komt in de meeste studies is een hoge patiënttevredenheid. De Amerikaanse gezondheidszorg in zijn algemeen is er in ieder geval niet op vooruit gegaan.

De situatie in Amerika heeft laten zien dat indien specialisten gespecialiseerde klinieken gaan opzetten dit geen voordelen oplevert voor de betaalbaarheid van de zorg. Sinds deze ontwikkeling stijgen de kosten van de gezondheidszorg sterk in Amerika. De rol die specialisten in de toekomst in Nederland krijgen toebedeeld zal mede bepalend zijn voor de effecten op de doelmatigheid van de zorg. Het gaat dan vooral om een eventueel financieel belang van specialisten in de kliniek waar ze werken. Indien specialisten zelf een ZBC gaan opzetten is het aannemelijk dat ze er financieel in betrokken zijn. Afhankelijk van de vrijheid die specialisten hier in krijgen zal de doelmatigheid beïnvloed worden zoals in Amerika is te zien. Met de veranderende verhoudingen en de mogelijkheid in de toekomst voor ziekenhuizen om winst uit te keren is het de vraag wat dit betekent voor het overheidsbeleid. De situatie in Amerika geeft bepaalde veronderstellingen waar in Nederland rekening mee kan worden gehouden. Voorzichtigheid lijkt geboden bij het financieel betrekken in zorginstellingen van specialisten. Het is onduidelijk welke effecten dit teweeg brengt.

Over de doelmatigheid van ZBC's in Nederland is weinig empirische data bekend. Uit het uitgevoerde onderzoek komen resultaten naar voren waarmee uitspraken gedaan kunnen worden over de gevolgen van ZBC's op betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van zorg. Hiermee kan de eerste onderzoeksvraag worden beantwoord.

Bij ZBC's zijn de volgende kanttekeningen zijn te plaatsen. Wanneer gekeken wordt naar de toegankelijkheid kan het zijn dat toegankelijkheid voor de gecompliceerde patiënt afneemt doordat minder centra de gespecialiseerde, dure zorg leveren. Deze groep patiënten kan in minder centra terecht voor complexe zorg, waardoor de toegankelijkheid is afgenomen. Aan de andere kant wordt de electieve zorg juist toegankelijker doordat meer centra deze zorg aanbieden.

Verder is onbekend wat de gevolgen zijn voor de financiële situatie van ziekenhuizen die zich richten op de complexe zorg. De zorg die in deze centra geboden wordt is relatief duur. Doordat ZBC's de 'krenten uit de pap' halen kan het zijn dat andere ziekenhuizen de duurdere zorg moeten leveren. Dit kan nadelig zijn voor de financiële situatie. Ook de gevolgen van het tekort aan goed, gekwalificeerd personeel zijn nog niet te overzien. Wanneer specialisten bijvoorbeeld bij de academische centra

worden weggekocht door gespecialiseerde centra is onduidelijk of de kwaliteit van zorg gehandhaafd kan worden. De kwaliteit van de zorg kan twee kanten uitvallen. Het is mogelijk dat zorg in ZBC's van hoge kwaliteit is omdat deze hoogfrequent wordt aangeboden. Aan de andere kant kan de zorg in academische centra negatief beïnvloed worden door het vertrek van goed personeel.

ZBC's hebben in Nederland het laagste prijsniveau in vergelijking met andere zorginstellingen. Ze hebben een positieve invloed op het prijsniveau binnen het A- en B-segment. Dit kan veroorzaakt worden door een minder complexe patiëntenpopulatie, concurrentie en hoge doelmatigheid. Tevens hebben patiënten in sommige gevallen minder diagnose nodig wat minder kosten met zich mee brengt. ZBC's hebben op dit moment echter nog een klein aandeel in het totale zorgaanbod waardoor het uiteindelijke effect op de betaalbaarheid vooralsnog gering is.

Het lijkt er dus op dat de betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid van zorg niet alleen positief beïnvloed worden door de komst van ZBC's. Er spelen op dit moment zo veel verschillende factoren mee, dat niet eenduidig is vast te stellen of de doelmatigheid verbeterd. Wanneer de resultaten worden gereflecteerd aan de ervaringen in Amerika is het effect op doelmatigheid voorlopig gering. De inrichting van ZBC's in de Nederlandse gezondheidszorg moet aan vele voorwaarden voldoen om op de publieke belangen een positieve bijdrage te leveren.

Om antwoord te geven op de tweede hoofdvraag 'Wat levert een ZBC voor het specialisme orthopedie op voor de Ziekenhuis Groep Twente?' zijn ontwikkelingen binnen het specialisme orthopedie en de Ziekenhuis Groep Twente bekeken.

De Ziekenhuis Groep Twente is een zorginstelling met een ondernemende visie. Dit blijkt onder andere uit strategische keuzes en de ondernemende tak Zorgservices Twente. Het aanbieden van zorg in een zelfstandig behandel centrum is een voorbeeld van ondernemen en vooroplopen. De ZGT is dus actief bezig met inspelen op de omslag naar vraagsturing in de zorg. In 2004 is men gestart met een pilot ZBC. Doel was om de wachtlijsten te verkorten en de groei van dagbehandeling op te vangen.

Uit meerdere analyses blijkt dat de vraag naar zorg in de komende jaren zal stijgen. Ontwikkelingen zoals vergrijzing, technologische ontwikkelingen en sociaal-culturele veranderingen veroorzaken de groeiende vraag naar zorg. Wanneer gekeken wordt naar de trendanalyses en toekomstscenario's voor de orthopedie neemt de vraag in de toekomst alleen maar toe.

In Nederland werken de meeste orthopedisch chirurgen in een maatschap of in loondienst van een ziekenhuis. Ook de markt van gewrichtsvervangende is geen standaard economische markt. De specialist bepaalt ook hier meestal de behandeling en heeft voorsprong in kennis op de patiënt. Omdat het specialisme orthopedie zich goed leent voor zorg in ZBC vorm, is ervoor gekozen dit specialisme in deze thesis verder uit te werken. Op deze manier is getracht specifieke kenmerken van de orthopedische markt in kaart te brengen. Door het aanbieden van orthopedische verrichtingen in een gespecialiseerd centrum kan de productie omhoog waardoor de wachtlijsten verkort kunnen worden.

Het is gebleken dat zorgaanbieders in het huidige zorgstelsel keuzes moeten maken. Om zich in de toekomst te kunnen blijven handhaven moet de zorgaanbieder zich ondernemend opstellen. Tot nu toe hebben ziekenhuizen niet op elkaar gelet en ook niet op toeleveranciers en patiënten. Verder moet de

zorgaanbieder de patiënt centraal stellen en onderzoek doen naar de vraag. De literatuur noemt in dit verband met grote regelmaat het oprichten van specialistische centra.

Wanneer specifiek wordt gekeken naar de maatschap orthopedie van de ZGT blijkt dat het aantal behandelde patiënten sterk is gestegen in de jaren 2002-2004. Aangezien nog steeds wachtlijsten bestaan lijkt zorg aangeboden in ZBC-vorm tot de mogelijkheden te behoren. Tevens kan een ZBC de concurrentiepositie verbeteren met andere zorgaanbieders in de regio en over de grens. Er kan vergroting van adherentie plaatsvinden en nieuwe doelgroepen kunnen worden aangesproken. ZBC's kunnen loopbaanmogelijkheden voor personeel betekenen. Verder worden extra geldstromen gegenereerd die in reguliere zorg kunnen worden geïnvesteerd. De analyse laat zien dat het specialisme orthopedie zich uitstekend leent om zorg aan te bieden in ZBC-vorm. Er lijkt voldoende 'markt' te zijn voor dit specialisme. Mocht in de toekomst sprake zijn van overcapaciteit dan is het van belang om voorop te blijven lopen en op die manier de concurrentie een stap voor zijn. De mate van klantvriendelijkheid kan dan doorslaggevend zijn. Op dit punt en op snelheid kunnen ZBC's zich onderscheiden van reguliere zorg. Binnen de ZGT wordt momenteel de mogelijkheid van een orthopedisch centrum onderzocht. Dit geeft aan dat het management van de ZGT mogelijkheden ziet om een gespecialiseerd centrum te exploiteren. De ontwikkelingen in de praktijk worden in dit geval dus gestaafd door de theorie uit deze thesis.

Samenvattend kan worden geconcludeerd dat het afhankelijk is van het perspectief van waaruit naar ZBC's wordt gekeken of de meerwaarde van ZBC's al dan niet toereikend is. Voor de ZGT lijkt het een verstandige keuze om een gespecialiseerd centrum op te zetten, wanneer echter gekeken wordt naar de publieke belangen betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit is de meerwaarde vooralsnog gering. Uit deze uitkomsten blijkt dat de omslag naar vraagsturing erg complex is. Het hangt er van af vanuit welk perspectief wordt gekeken of een ZBC een juiste keuze is.

7.2. Discussie

De gezondheidszorg in Nederland is in beweging. Verruiming van wetgeving geeft zorgaanbieders meer mogelijkheden om te ondernemen. De ontwikkelingen in de zorg zijn op dit moment nog in volle gang. Hierdoor is het moeilijk te voorspellen hoe de zorg er in de toekomst uit ziet en wat de consequenties zijn voor zorgaanbieders. Het is afwachten welke effecten politieke beslissingen en strategieën van ziekenhuizen om kosten te beperken en kwaliteit te verhogen hebben op de lange termijn.

Zorgaanbieders worden gedwongen steeds prijsbewuster te handelen. Er moet voor worden gewaakt dat kostenoverwegingen een te grote rol gaan spelen bij beslissingen. Hierdoor willen zorgaanbieders alleen die zorg leveren die kostendekkend is of die geld oplevert. Dit heeft uiteraard gevolgen voor de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg.

In dit onderzoek is literatuuronderzoek gebruikt om aan gegevens te komen. Om tot adequate beantwoording van de onderzoeksvraag te komen is het van groot belang het onderzoeksgebied goed af te bakenen. Informatie over resultaten en gevolgen van ZBC's zijn nog niet voorhanden. Dit beperkt

het empirische karakter van deze thesis en resulteert in een literatuur gericht document. Doordat er vooraf weinig bekend was over dit onderwerp is het afbakenen in eerste instantie niet eenvoudig geweest. Hier is dan ook veel tijd in gaan zitten. Verder is het zo dat ontwikkelingen in de gezondheidszorg elkaar snel opvolgen. Sommige gebruikte literatuur is inmiddels achterhaald. Op dit moment zijn de conclusies en aanbevelingen echter zeker nog van toepassing.

In de toekomst is het van belang om resultaten te bepalen aan de hand van prestatie-indicatoren. Met behulp van prestatie-indicatoren worden resultaten inzichtelijk gemaakt en kan de organisatie eventueel worden bijgesteld.

Deze scriptie heeft inzicht verschaft in de gevolgen van ZBC's voor de doelmatigheid van zorg en tevens voor een ziekenhuis zoals de ZGT. Het onderzoek heeft meer vragen opgeleverd dan het heeft beantwoord. Het lijkt er op dat er nog veel onduidelijkheid bestaat over welke gevolgen ZBC's voor publieke belangen en zorgaanbieders hebben, omdat harde bewijzen ontbreken.

Als gekeken wordt naar de situatie van de Ziekenhuis Groep Twente is het de vraag of deze representatief is voor andere ZBC's in Nederland. Om een direct antwoord te geven op de vraag of een ZBC danwel orthopedisch centrum gestart moet worden moet in eerste instantie een businessplan geschreven worden.

7.3. Aanbevelingen

Het evalueren van het functioneren van een ZBC vereist meer dan alleen de in deze thesis onderzochte onderwerpen. Uit dit onderzoek kwamen een aantal aspecten naar voren die buiten het kader van de thesis vielen. Hierbij valt denken aan onderwerpen als onderhandelingen met zorgverzekeraars over de prijs en aantal DBC's. Verder de inkoop van OK-uren, laboratorium- en radiologieverrichtingen enz. Het opzetten van een ZBC is duidelijk meer dan het aanvragen van een vergunning.

Als gekeken wordt naar doelmatigheid zou onderzoek kunnen worden gedaan waarbij gekeken wordt naar één aspect, zoals kwaliteit, toegankelijkheid of betaalbaarheid. Door dit onderzoek bij een ZBC te verrichten kan op meso-niveau achterhaald worden wat de consequenties van een ZBC zijn. Het orthopedisch centrum van de ZGT biedt een mooie gelegenheid om een dergelijk onderzoek uit te voeren. Indien bij aanvang wordt begonnen met het onderzoek kan gebruik worden gemaakt van een nulmeting waardoor de uiteindelijke resultaten in het juiste kader kunnen worden geplaatst. Tevens zou onderzocht moeten worden wat de gevolgen zijn voor de financiële situatie van algemene en academische ziekenhuizen. De volgende vraag is dan wat de gevolgen voor de kwaliteit van zorg zijn. Indien in de toekomst prestatie-indicatoren zijn ontwikkeld die voor ziekenhuizen en ZBC's gelden, kunnen effecten beter worden vergeleken. Er moet dus meer data beschikbaar komen om harde uitspraken te kunnen doen over gevolgen van een ZBC.

Ook eventueel financieel belang van medisch specialisten moet worden onderzocht. Wordt het leveren van zorg beïnvloed indien sprake is van financieel belang? Wat zijn de gevolgen van uitbreiding van het B-segment? Hoe is de markt voor andere specialismen dan orthopedie? Kortom de komende jaren is op het gebied van ZBC's nog heel veel te onderzoeken.

Literatuurlijst

Achmea, (2003). *Van ziekenhuisfinancier naar zorginkoper*. Presentatie zorgdag. Online beschikbaar:

http://www.trag.nl/zorgdag2003/Van_ziekenhuisfinancier_naar_zorginkoper.ppt#13

Arrow, K., (1963). 'Uncertainty and the welfare economics of medical care'. *American Economic Review*, 1963, nr. 5.

Brahmajee Nallamothu, K. & J.D. Birkmeyer, (2007). 'Specialty Cardiac Hospitals and Coronary Revascularization Rates, Reply' *Journal of American Medical Association*; 297: 2696. In: *Medisch contact*. 16 maart 2007, 62, nr. 11.

Bredenhoff, E., R. Schuring, R. Caljouw, (2004). 'Op zoek naar routine in het zorgproces'. *Medisch contact*, nr. 34, 1304-1308.

Breemer ter Stege, J. & C. Breemer ter Stege, (2006). 'Nederland bewandelt verkeerde weg: ziekenhuiskapitalisme verslechtert zorg in Verenigde Staten'. *Medisch contact*, 61, nr. 50.

Brussel, F., (2005). *Zicht op succes: Pure gok of hard bewijs?* Een onderzoek naar de meetbaarheid van succes van het Zelfstandig Behandelcentrum in De Alysis Zorggroep. Rijksuniversiteit Groningen.

Busch, M.C.M., (2005). *Welke normen zijn er voor aanvaardbare wachttijden in de zorg?* In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, Online beschikbaar: http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o2302n29636.html 26 september 2006.

Casalino, L.P., K.J., Devers, L.R. Brewster, (2003). 'Focused factories? Physician-owned specialty facilities'. *Health Affairs (Millwood)*, Nov-Dec; 22(6): 56-67.

Centraal Plan Bureau, (2003). *Zorg voor concurrentie: een analyse van het nieuwe zorgstelsel*. CPB document nr.28. Den Haag.

Clellan Mc, M.B., (2005) 'Specialty hospitals: assessing their role in the delivery of quality health care'. U.S. Department of Health and Human Services.

College bouw ziekenhuisvoorzieningen, (2004). Achtergrondstudie. *For profit ziekenhuizen in het*

buitenland, bouw en kapitaallasten nader bekeken. Utrecht: CBZ, 2004.

College bouw ziekenhuisvoorzieningen, (2003a). *Signaleringsrapport 'Het zelfstandig behandelcentrum: van noodzakelijk kwaad tot nuttig goed?'* Een nieuw beoordelingskader, Utrecht: CBZ, 2003.

College bouw ziekenhuisvoorzieningen, (2003b). *Reactie CBZ op consultatiedocument "Concurrentie in de ziekenhuissector"*. Utrecht: CBZ, 2003.

College bouw ziekenhuisvoorzieningen, (2005a). Signaleringsrapport 'Curatieve basiszorg: vraag, aanbod en infrastructuur'. Utrecht: CBZ, juni 2005.

College bouw ziekenhuisvoorzieningen-2, (2005b). 'Doel wet toelating zorginstellingen: zorginstellingen gaan risico dragen voor investeringen in huisvesting'. *Zorg en Ondernemen*, nr. 5.

Cooymans, M.P.M. & E.F.M. Hintzen, (2000). *Winst en waarden: Maatschappelijk verantwoord ondernemen als onderdeel van kwaliteit*. Samsom/INK, 2000.

Cram, P., G.E., Rosenthal, M.S., Vaughan-Sarrazin, (2005). 'Cardiac revascularization in specialty and general hospitals'. *New England Journal of Medicine*, 352:1,454-1,462.

Crommentuyn, R. (2006), 'Capio komt eraan: Zweedse multinational maakt winst en expandeert', *Medisch Contact*, 61(14): 581-583

Cutler, D., (2002). 'Equality, efficiency, and market fundamentals: the dynamics of international medical-care reform'. *Journal of Economic Literature*, 40, nr 3, 2002, 881-906.

Deuning, C.M. (RIVM). (2006) *Locaties instellingen voor medisch-specialistische zorg*. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, Online beschikbaar: <<http://www.zorgatlas.nl>> Zorg\ Ziekenhuiszorg\ Zelfstandige behandelcentra, 11 december 2006.

Ecorys-nei, (2003). In opdracht van de Nederlandse Mededingingsautoriteit. *Eindrapport Vraagfactoren ziekenhuizen*. Rotterdam.

Elsevier, (2006). *Oogoperaties beste in dagcentra*. Amsterdam; 21 juni 2006.

Evers, G.H.M., (2004). *Human Capital Valuation: productiviteit en toegevoegde waarde*. Kluwer,

Culemborg.

Feijter de, C., (2007). 'Vraagtekens bij oncologiecentrum'. *Mednet magazine*, nr. 6, 15 maart 2007.

Glouberman, S. & H. Minzberg, (2001). 'Managing the care of health and the cure of disease'. *Health care management review*, vol.26.

Greenwald, L., J. Cromwell, W. Adamache, S. Bernard, E. Drozd, E. Root, K. Devers, (2006) 'Specialty versus community hospitals: referrals, quality, and community benefits'. *Health Affairs (Millwood)*, 2006 Jan-Feb; 25(1):106-18

Groenewegen, P.P. & J. Hansen. (2007) *Professies en de toekomst, veranderende verhoudingen in de gezondheidszorg*. VVAA, Utrecht. Springer Uitgeverij.

Healy, W.L. (2006). 'Gainsharing: a primer for orthopaedic surgeons'. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, 2006 volume 88-a, number 8, p. 1880-1887.

Hooghiemstra, T.F.M., (1998). *Privacy & Managed Care Registratiekamer*, december 1998. Achtergrondstudies en Verkenningen 12.

Huijnen, M. & A. van der Schors, 2005, *Onderhandelbare DBC's; zorg of zegen?* Universiteit Utrecht, Utrecht.

Inspectie voor de Gezondheidszorg, (juni 2003). *Onvoldoende waarborgen voor kwaliteit en veiligheid in snijdende privé-klinieken*. Den Haag.

Inspectie voor de Gezondheidszorg, (september 2004). *Kwaliteit en veiligheid in particuliere klinieken voor de somatische zorg*, Den Haag.

Jeurissen, P.P.T., (2005). *Zorgsystemen en inpasbaarheid van doelmatige innovaties*. In: Weten wat we doen; verspreiding van innovaties in de zorg. Zoetermeer: RVZ, 2005.

Kwartel, A.J.J. van der & L.J.R. Vandermeulen, (2003), *Van aanbodplanning naar vraagsturing*. Zoetermeer: RVZ.

Lapré, R., F. Rutten, E. Schut, (2001). *Algemene economie van de gezondheidszorg*, tweede, herziene druk, Maarssen.

Liedorp, I., (2006). *Level playing field: een ander onderzoek naar verschillen tussen aanbieders van medisch specialistische zorg*. Universiteit Tilburg, Tilburg.

Maarse, H., W. Groot, G.G. van Merode, I. Mur-Veeman, I. Paulus. (2002). *Marktwerking in de ziekenhuiszorg: een analyse van de mogelijkheden en effecten*. Maastricht: Universiteit van Maastricht.

Maas, J. & D.M.J. Delnoij. (2004). *Brancherapport cure 2000-2003*. Den Haag: Ministerie van VWS, 2004.

Medisch Contact, (2006). *Keurmerk voor particuliere klinieken*, nieuwsreflex. nr. 7, 17 februari 2006.

Mitchell, R.K., B.R. Agle, D.J. Wood. (1997). 'Toward a theory of stakeholder identification and salience: defining the principle of who and what really counts'. *Academy of Management Review*, Vol. 22, No. 4, pp. 853-886.

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (2002). *Het ziekenhuis van de toekomst: een inspirerende visie op curatieve zorg in 2010 en later*. Utrecht: NVZ, 2002.

Nederlandse Zorgautoriteit, (2007a). *Monitorspecial; de rol van ZBC's in de ziekenhuiszorg*.

Nederlandse Zorgautoriteit, (2007b). *Monitorspecial 'Monitor ziekenhuiszorg 2007. Analyse van de marktontwikkelingen in het B-segment in 2007*.

Nijboer, M., (2002). Maatschappelijk Verantwoord Ondernemen in Fryslân - Omgaan met stakeholders in theorie en praktijk. Groningen: Wetenschapswinkel voor Economie, Rijksuniversiteit Groningen, Groningen. Online beschikbaar:
<http://eb.wewi.eldoc.ub.rug.nl/FILES/rapporten/2002/EC128/EC128download.pdf>

Orde van Medisch Specialist, (2003). *Beleidsvisie Zelfstandige Behandelcentra*, Orde van Medisch Specialist, Utrecht, 2003.

Ostendorf, M., M.A.H. Matthijsen, A. Dzaferagic, A.J.P. Schrijvers, W.J.A. Dhert en A.J. Verbout. (2000). 'Wachten op een heup'. *Medisch Contact*. Jaargang 55 nr. 12-24.

Ottes, L. (2004). *Prikkels voor gepast gebruik*. In: met het oog op gepaste zorg. RVZ 2004 Zoetermeer. Online beschikbaar:

http://www.rvz.net/data/download/Met_het_oog_op_gepaste_zorg.pdf

Porter, M.E., en Olmsted Teisberg, E., (2004), 'Redefining competition in healthcare'. *Harvard Business Review*.

Price Waterhouse Coopers, (1999), *Healthcast 2010; Smaller world, bigger expectations*.

Putters, K, (2003). Achtergrondstudie: *Anticiperen op marktwerking*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

Putters, K. en Frissen, P.H.A. (2006), *Zorg om vernieuwing*. Tilburg: Universiteit van Tilburg, TNS-Nipo.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, (2003a). *Marktwerking in de medisch-specialistische zorg*; advies aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Zoetermeer.

Raad voor de volksgezondheid en Zorg, (2003b). *Zorgaanbod en cliëntperspectief*. Zoetermeer. Online beschikbaar: http://www.rvz.net/data/download/Zorgaanbod_en_clientenperspectief.pdf
Geconsulteerd op 24-4-2007

Schellekens, W., (2002), 'Twee vliegen in één klap: beter zorg is leukere zorg', *Medisch contact*, 57 (24), 932-934.

Schut, F.T., (2003), *De zorg is toch geen markt? Laveren tussen marktfaalen en overheidsfaalen in de gezondheidszorg*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, oratie.

Schrijvers, A.J.P. e.a, (2005). *Tien theorieën om de snelheid van de verspreiding van zorginnovaties te verklaren*. In: Weten wat we doen; verspreiding van innovaties in de zorg. Zoetermeer: RVZ, 2005.

Shactman, D., (2005). 'Specialty hospitals, ambulatory surgery centers, and general hospitals: charting a wise public policy course'. *Health Affairs*, 2005 May-Jun; 24(3):868-73.

Skinner, W. (1974). The focused factory. *Harvard Business Review*. 1974; 3: 113-121.

SP, (2005). De zorg is geen markt. Rotterdam: Wetenschappelijk bureau SP. Online beschikbaar: www.sp.nl/onderzoek.

Thamer, M. e.a. (2007). 'Meer epo bij commercieel dialyseren'. *Journal of the American Medical Association*; 297: 1667-74 en 1713-6. In : Medisch contact, 27 april 2007; 62, nr. 15.

TPG, (2004). *Het kan echt: betere zorg voor minder geld*. Eindrapportage, Hoofddorp; 2004

Vierhout, P., (2002). 'Patiënten of consumenten: veel mensen willen meer uitgeven aan extra's in de zorg'. *Medisch contact*, 2002, 16, p. 361.

Vierhout, P., (2007). 'Kwaliteit wordt steeds meer maatgevend. Het nieuwe zorgsysteem maakt de zorg sterker'. *Medisch contact*, 10, 2007.

Voelker, R. (2003). 'Specialty hospitals generate revenue and controversy'. *Journal of the American Medical Association*, 289(4), 409-410.

VVAA, (2006). *Medisch specialisten over privé-klinieken en ZBC's*. Utrecht; 2006.

VWS, (2002), *Zorgnota 2003*, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport/SDU, Den Haag.

VWS, (2006). *Recatie op NRC-artikel 'Ziekenhuizen gonzen van de commercie'*. Online beschikbaar:
<http://www.minvws.nl/kamerstukken/cz/2006/reactie-op-nrc-artikel-ziekenhuizen-gonzen-van-de-commercie.asp>

VWS, (2007). *Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst-WGBO*. Online beschikbaar:
<http://www.minvws.nl/dossiers/wet-op-de-geneeskundige-behandelingsovereenkomst-wgbo/>

Wijck van, F., (2007). 'Leren leven met nieuwe wetten'. *Medisch Contact*, nr. Januari 2007.

Wilson, C.B., (1999). 'The future of hospitals'. *British medical journal*, 319; 1287.

Woods, G.W. (2005). 'Orthopaedic surgeons do not increase surgical volume after investing in a specialty hospital'. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, volume 87-a, number 6, p. 1185-1190.

Zorgverzekeraars Nederland, (2006). *Handreiking beoordeling initiatieven ZBC's*. Zeist, 2006.

Zorgverzekeraars Nederland, (2005). *DBC/inkoopgids 2005*. Online beschikbaar:

http://www.zn.nl/Images/DBC%20Inkoopgids%20B%20segment_tcm6-2133.pdf

Interne publicaties van de Ziekenhuis Groep Twente

Ambitie in Zorg: Meerjarenbeleidsplan Ziekenhuis Groep Twente, 2004-2007.

Bedrijfsplan Zelfstandig Behandel Centrum, Projectgroep ZBC, Ziekenhuis groep Twente, 2005.

Jaarverslag Ziekenhuisgroep Twente, 2003.

Jaarverslag maatschap orthopedie, Ziekenhuis Groep Twente, Hengelo, 2005.

Praktijkanalyse orthopedie ZGT, Prismant; Utrecht, 2004.

Lijst van afkortingen

AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
ASC	Ambulatory Surgery Center
BNP	Bruto Nationaal Product
CBO	Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg
CBZ	College Bouw ziekenhuisvoorzieningen
CPB	Centraal Plan Bureau
CTG	College Tarieven Gezondheidszorg
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
DRG	Diagnosis Related Group
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IMSZ	Instelling voor Medisch-specialistische Zorg
NVZ	NVZ Vereniging van Ziekenhuizen
NZA	Nederlandse Zorg Autoriteit
OESO	Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling
SMT	Streekziekenhuis Midden Twente
TBA	Twenteborg Ziekenhuis Almelo
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
VWS	ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WTG	Wet tarieven gezondheidszorg
WTZi	Wet Toelating Zorginstellingen
WMG	Wet Marktordening Gezondheidszorg
WMO	Wet Maatschappelijke Ondersteuning
WZV	Wet Ziekenhuis Voorzieningen
ZBC	Zelfstandig Behandel Centrum
ZGT	Ziekenhuis Groep Twente