

Naar een onbezorgde toekomst

Gezondheidszorg moet (je) kiezen

Inhoudsopgave

Inleiding	2
1 Momentopname	3
2 Trends in de gezondheidszorg	7
3 Toekomstscenario's	12
4 Nieuwe ideeën over marktwerking	16
5 De zorg en privaat kapitaal	25
Ten slotte	32
Colofon	34

Inleiding

'Gezondheid is de grootste schat', luidt het gezegde. Dat geldt uiteraard voor individuen. Met een goede gezondheid staat of valt iemands welzijn. Het is ook een maatschappelijke waarheid. Wie gezond is, zit niet in de WAO en zit vaak niet te wachten op vroegtijdige pensionering. Een gezonde bevolking kan beter leren en harder werken. Het is daarom ook een productieve bevolking. En een productieve bevolking zal een economie extra hard doen groeien, zodat de gezondheidszorg verder verbeterd kan worden. Een positieve gezondheidsspiraal dus. Investeren in gezondheid kan zo forse rendementen opleveren. In de befaamde Lissabon-agenda werd deze notie onderkend. Omgekeerd kan een gevaarlijk vliegwieleffect optreden als een bevolking ongezonder wordt.

Voldoende reden om ons betrokken te voelen bij de gezondheidszorg in ons land. De zorg is immers geen heilig en veilig bolwerk meer. Behoorlijke basiszorg wordt in een vergrijzend land, als je niets doet, duurder en duurder. De collectieve lastendruk neemt steeds meer toe. Het vergt veel aanpassingsvermogen om toch een positieve gezondheidsspiraal in stand te houden. Wij staan met onze gezondheidszorg voor een rotonde. We kunnen heel veel kanten op. Blijven we vooral inzetten op herstel van zieken of gaan we meer aan preventie doen? Gaan we in de toekomst winkelen voor een nieuwe heup of is 'zorg' zo anders dat de overheid erin voorziet? Zullen zorgverleners zich specialiseren in die behandelingen waar ze goed in zijn of kiezen ze ervoor een breed dienstenpakket onder één dak te hebben? Gaan we straks naar het buitenland als de ingreep daar voordeliger is, of houden we het bij de dorpsdokter? Komt er een pil tegen Alzheimer of velt deze kwaal een steeds groter deel van bejaard Nederland? Wordt ons medisch dossier een altijd via internet voor alle medici beschikbare file of houden we het bij hangmappen? Wij willen in dit rapport kijken waar de wegen vanaf de rotonde naar toe leiden. Wij zijn nieuwsgierig hoe de gezondheidszorg zich de komende jaren gaat ontwikkelen, hoe de wisselwerking met de economie is, en wat de consequenties voor beleggers zijn.

Het eerste hoofdstuk beschrijft hoe het zorgstelsel in Nederland er op dit moment in internationaal perspectief voorstaat. Hoofdstuk 2 gaat in op trends binnen de zorgsector, maar ook op ontwikkelingen erbuiten, die van invloed zullen zijn op de zorg. In hoofdstuk 3 werken we uit welke mogelijke 'toekomst' er zijn. We schetsen een aantal scenario's op basis van die trends die onzeker zijn én een grote impact hebben op de zorg. Daarna willen we ingaan op de vraag welk scenario vermoedelijk op ons afkomt en welke uitdagingen zich daardoor aandienen. De betekenis voor verschaffers van particulier kapitaal komt in hoofdstuk 5 aan de orde.

Economisch Bureau, januari 2007

Philip Bokeloh, 020-3832657, philip.bokeloh@nl.abnamro.com

Han de Jong, 020-6284201, han.de.jong@nl.abnamro.com

Charles Kalshoven (inmiddels niet meer werkzaam bij ABN AMRO)

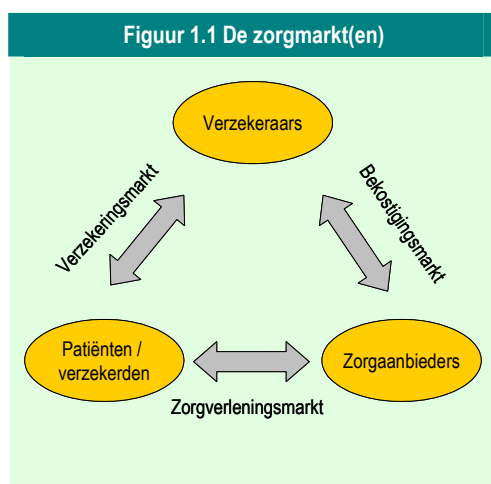
Hein Schotsman, 020-6283800, hein.schotsman@nl.abnamro.com

1 Momentopname

Dit rapport gaat dus over de toekomst van de gezondheidszorg. We beginnen met de vertreksituatie: hoe ziet de zorg er op dit ogenblik uit, hoe zijn de zorgmarkten georganiseerd, hoeveel geld gaat erin om, hoe worden de uitgaven verdeeld en hoe steekt Nederland af bij andere geïndustrialiseerde landen.

De zorgmarkten

Van kraamzorg tot kunstgebit en van psychotherapie tot pacemaker: gezondheidszorg is een veelkoppig monster. En de vraag naar en het aanbod van die vele vormen van zorg is ook al niet in één marktform te vangen. De marktwerking in de zorg is een diffuus geheel en dat is een understatement. Dé markt voor zorg bestaat niet. In de zorg wordt zelfs gezondigd tegen alles wat economen op school leren over marktwerking: er is geen vrije toegang, de transparantie is beperkt en individuele partijen hebben invloed op de prijsvorming. Het is begrijpelijk dat de overheid zich op deze 'markt' manifesteert. Het is ook logisch dat het op deze 'markt' balanceren is tussen doelmatigheid en solidariteit. Dat moet dan wel zo slim mogelijk gebeuren. Daar is de overheid zich van bewust, alleen al omdat zij vreest dat toenemende zorg- en verzorgingslasten tot een te grote aanslag leiden op de overheidsbegroting en de collectieve lastendruk. Voor het overzicht delen we de zorgmarkt op in drie deelmarkten: de verzekeringsmarkt, de bekostigingsmarkt en de zorgverleningsmarkt (figuur 1.1).



Op de *zorgverleningsmarkt* bieden zorgaanbieders hun diensten aan patiënten aan. Deze zorgaanbieders behoren deels tot de publieke en deels tot de private sector. Dat is niet alleen in Nederland het geval. In het hele OECD-gebied is sprake van vermenging. Aan het ene uiteinde treffen we de VS, met een zwaar accent op private activiteiten, aan de andere kant bevindt Zweden zich met een zeer dominante publieke sector. In sommige gevallen is er een directe geldstroom van patiënt naar zorgaanbieder. Dat is onder andere zo bij niet-verzekerde zorg, waarbij je kunt denken aan niet-noodzakelijke plastische chirurgie of aan zelfzorggeneesmiddelen, bijvoorbeeld paracetamol. Verder kan verzekerde zorg gepaard gaan met eigen bijdragen, zoals in het verleden de 'medicijnknaak'. Het grootste deel van de zorg wordt echter, althans in Nederland, via verzekeraars gefinancierd en bekostigd. Het kan ook anders. Zo staat in de Scandinavische landen financiering uit de algemene middelen centraal.

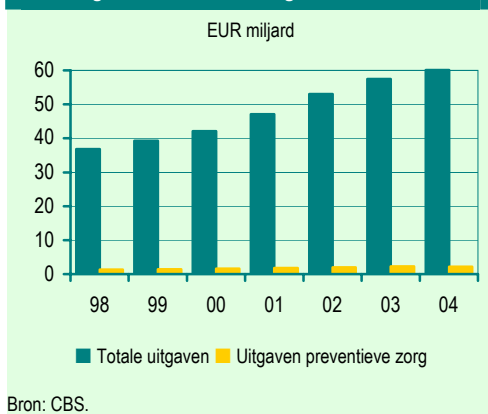
Op de Nederlandse *verzekeringsmarkt* verkopen verzekeraars polissen aan verzekerden. De 'schade' vergoeden zij. Dit kan achteraf: dat heet restitutie, zoals bij de oude particuliere verzekeringen. De andere mogelijkheid is een polis in natura: de verzekeraar koopt de zorg in en de verzekerde ziet geen rekening. Op de verzekeringsmarkt springt de basisverzekering het meest in het oog. Verzekeraars concurreren op basis van prijs en kwaliteit om de gunst van de verzekerde. Er is een acceptatieplicht en voor alle verzekerden van één verzekeraar geldt dezelfde nominale premie. Via een vereveningssysteem worden de verschillen tussen verzekerden in verwachte gezondheidssituatie gecorrigeerd. Naast de basisverzekering bestaan de aanvullende verzekeringen. Daar geldt geen acceptatieplicht. Van bijvoorbeeld ouderen mag een hogere premie gevraagd worden. Elke verzekeraar mag zelf bedenken wat voor pakketten hij in de markt zet. Dat maakt de markt voor aanvullende verzekeringen vrij ondoorzichtig. Ten slotte loopt een deel van de zorg niet via concurrerende verzekeraars. We hebben het dan over de AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten). De wet heeft betrek-

Perverse prikkels

Ideeën om de zorg te vernieuwen om zo betere kwaliteit te leveren tegen gelijkblijvende of lagere kosten zijn er voldoende. Het ontbreekt echter aan de ruimte en vooral de noodzaak om te innoveren. De juiste financiële prikkels ontbreken, waardoor het voor zorgaanbieders en zorgverleners vaak niet loont om te innoveren. Gefragmenteerde structuren in de zorg staan een snelle verspreiding van innovaties in de weg en een behoudende cultuur is een rem op vernieuwing. De zorg kampt bovendien met jarenlange onderinvesteringen in ICT. Een landelijke ICT-infrastructuur en standaarden voor ICT-toepassingen ontbreken.

Bron: KPN, *Zorg voor innovatie!*, 2006.

Figuur 1.2 Ontwikkeling ziektekosten



Bron: CBS.

king op in principe langdurige zorg, waarvan de kosten hoog zijn. De uit de algemene middelen op te brengen lasten zijn de laatste jaren explosief gestegen. Daarom zijn delen van de onder de AWBZ vallende zorg eruit gehaald. Zo zijn nu bepaalde vormen van thuiszorg bij gemeentes ondergebracht. Gelijktijdig wordt de concurrentie tussen aanbieders van thuiszorg gestimuleerd door een systeem van aanbestedingen.

Op de *bekostigingsmarkt* (of zorginkoopmarkt) kopen verzekeraars zorg in bij zorgaanbieders. Daarbij verschilt de onderhandelingsvrijheid per deelsector. Zo is fysiotherapie volledig vrijgegeven, maar valt over een belangrijk deel van de ziekenhuiszorg nog niet te onderhandelen. Op dit moment kan dat slechts bij zo'n 10% van de ziekenhuiszorg. Dat betekent dat verzekeraars nog maar beperkte prikkels en belangen hebben om verzekerden te lokken door het aanbieden van betere zorg en een aantrekkelijke prijs/kwaliteitsverhouding. Bij het huidige demissionaire kabinet bestaat het voornemen om vanaf 2008 over 70% van de ziekenhuisbehandelingen te onderhandelen over de prijs. Waar in het verleden gewerkt werd met tarieven die volkomen los stonden van de kosten, hanteert men nu een systeem van diagnose-behandel-combinaties (DBC's), zeg maar echte kostprijzen. Een ziekenhuis weet nu beter wat het kost om bijvoorbeeld nierstenen te verwijderen. Verzekeraars kunnen ziekenhuizen met elkaar vergelijken en de zorg daar inkopen waar de prijs/kwaliteitsverhouding het gunstigst is. Zo groeit Nederland langzaam maar zeker naar een transparante zorgmarkt.

De overheid speelt op de verschillende deelmarkten een rol. Zo bepaalt zij op de verzekeringsmarkt wat tot het collectieve pakket behoort en welke zorg in de 'vrije verkoop' mag. Daarnaast heeft ze op deze deelmarkt de acceptatieplicht ingesteld evenals de financieringsmethode met een nominale premie voor verzekerden en een procentuele premie voor werkgevers. Ze houdt toezicht op de financiële reserves van verzekeraars. Ook controleert ze de kwaliteit van de zorg. De Inspectie van de Gezondheidszorg is belast met die taak. Op de bekostigingsmarkt bepaalt de overheid waarover onderhandeld mag worden. Voor alle markten geldt dat de Nederlandse Zorgautoriteit toeziet op de mededingings situatie. Uit deze niet uitputtende opsomming mag blijken dat de zorg geen pure overheidsaangelegenheid is maar nog veel minder een vrije markt. Dat heeft geleid tot talrijke halfslachtigheden, onduidelijke verantwoordelijkheden en perverse prikkels die innovaties tegengaan (zie kader 'Perverse prikkels').

Kosten (en baten) van de gezondheidszorg

Volgens het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) ging er in 2003 tussen de EUR 44 miljard en EUR 57,5 miljard om in de zorg, afhankelijk van de definitie. Het bedrag van EUR 44 miljard valt samen met het Budgettair Kader Zorg dat het Ministerie van VWS hanteert. Het gaat dan om de collectief gefinancierde zorg. De bredere CBS-definitie komt ruim EUR 13 miljard hoger uit. Beide definities zijn van belang. De mate van private financiering doet er nu eenmaal toe, omdat de overheid zich drukker maakt over collectieve lasten dan over private bestedingen van mensen. Overigens hadden we in 2003 nog geen basisverzekering. Uit figuur 1.2 blijkt zonneklaar dat de stijging van de ziektekosten de afgelopen jaren fors is geweest: zo'n 10% per jaar. Dat is terecht een bron van zorg, al is een voornamere reden, het wegwerken van wachtlijsten, legitiem. Ruwweg zal door de vergrijzing de zorgvraag verder stijgen terwijl het aantal werkenden afneemt. Het mes snijdt aan twee kanten. Juist daardoor is onrust ontstaan over de kwaliteit van de zorg en de collectieve lastendruk op de lange termijn.

Tabel 1.1 Rendement gezondheidszorg

	Over 1990-1998, USD miljard		
	Stijging zorguitgaven	Winst Gezondheid	Rendement
UK	630	1561	148
SE	395	1478	274
FR	676	996	47
IT	403	1325	229
ES	506	1780	252

Bron: RIVM, *Zorg voor gezondheid*, 2006.

Tabel 1.2 Verdeling ziektekosten over financieringsmethodes

EUR miljard, 2003	
Zorgverzekering inclusief eigen bijdragen en aanvullende verzekeringen	32,2
AWBZ	20,3
Overheid	2,8
Anders	2,3
Totaal	57,5

Bron: www.RIVM.nl.

Tabel 1.3 Verdeling ziektekosten over diagnoses

EUR miljard, 2003	
Infectieziekten en parasitaire ziekten	1,1
Endocriene, voedings en stofwisselingsziekten	1,3
Zwangerschap, bevalling en kraambled	1,4
Urogenitaal systeem	1,6
Ongevalsletsel en vergiftigingen	1,7
Ademhalingswegen	2,1
Nieuwvormingen	2,3
Zenuwstelsel en zintuigen	3,6
Bewegingsstelsel en bindweefsel	3,9
Symptomen en onvolledig omschreven ziektebeelden	4,2
Spijsverteringsstelsel	4,5
Hartvaatstelsel	5,3
Niet toewijsbaar / Niet ziekte gerelateerd / Overig	11,7
Psychische stoornissen	12,7
Totaal	57,5

Bron: www.RIVM.nl.

Tabel 1.4 Verdeling ziektekosten over sectoren

EUR miljard, 2003	
Ambulancezorg en vervoer	0,6
Openbare gezondheidszorg en preventie	0,7
Beheer	1,8
Overige zorgaanbieders	2,3
Welzijnszorg	2,3
Geestelijke gezondheidszorg en maatschappelijke opvang	3,9
Gehandicaptenzorg	4,8
Eerstelijnszorg	5,8
Genees- en hulpmiddelen, lichaamsmaterialen	7,5
Verpleging, verzorging en thuiszorg	12,3
Ziekenhuiszorg en medisch specialistische zorg	15,5
Totaal	57,5

Bron: www.RIVM.nl.

De indruk mag niet ontstaan dat we het bij de gezondheidszorg alleen over kosten hebben. We schreven in onze inleiding al over de positieve gezondheidsspiraal. Gezondheid is waardevol voor wie ervan geniet en voor zijn of haar omgeving. Bovendien kunnen gezonde mensen beter deelnemen aan het productieproces, wat de welvaart ten goede komt. Ten slotte komen meer dan een miljoen arbeidsplaatsen voor rekening van de zorg. Daar staat tegenover dat naarmate iemand langer leeft, het aantal niet-productieve jaren toeneemt en ook het beslag op de gezondheidszorg. Wij willen niet te diep afdalen in de discussies over de kwantificering van baten van extra zorguitgaven. We verwijzen naar tabel 1.1. Daaruit blijkt dat het rendement op zorguitgaven bijzonder hoog is. De berekeningen zijn gebaseerd op schattingen van de winst in levensjaren en kwaliteit van leven.

Verdeling kosten

We richten ons in de vorige paragraaf op 2003, omdat dat het laatste jaar is waarover gedetailleerde uitsplitsingen van de zorgkosten voorhanden zijn. Uitgaand van de brede definitie bedroeg de zorgquote in 2003 zo'n 9% van het Bruto Binnenlands Product (BBP). Per hoofd van de bevolking ging het om EUR 3.546. Onze EUR 57,5 miljard valt op verschillende manieren in te delen. We kunnen kijken wie de zorgrekening betaalt (tabel 1.2). Meer dan de helft van de rekeningen kwam op het bordje van de zorgverzekeraars en bijna een derde werd via de AWBZ verrekend. Als we indelen op basis van diagnoses (tabel 1.3) blijkt dat de meeste kosten gemaakt worden bij de behandeling van psychische stoornissen (inclusief verstandelijke handicaps en dementie). Hart- en vaatziekten komen een stuk lager uit. Opvallend is dat de voornaamste doodsoorzaak, kanker (nieuwvormingen), maar 4% van de kosten voor zijn rekening neemt.

Bij een verdeling van de kosten over sectoren vormt de ziekenhuis- en medisch specialistische zorg de grootste kostenpost (tabel 1.4). Daarna komen verpleging, verzorging en thuiszorg, genees- en hulpmiddelen en de eerstelijnszorg. Verder zal het weinig verbazing wekken dat vijftienzestigplussers per hoofd meer kosten maken dan gemiddeld: ruim EUR 10.400 tegen EUR 3.546. Dat is waarschijnlijk ook een van de verklaringen dat vrouwen gemiddeld meer kosten maken dan mannen (EUR 4.000 tegen EUR 3.000). Vrouwen hebben namelijk een hogere levensverwachting. Bovendien krijgen vrouwen kinderen met alle zorg die daar eventueel bij komt kijken.

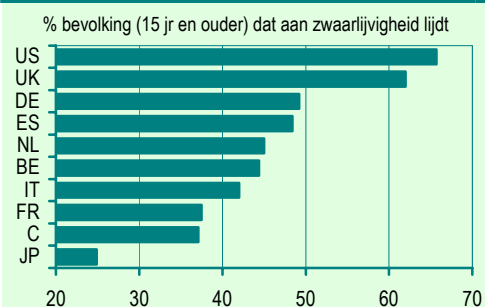
Internationale vergelijking gezondheidszorg¹

Zorg baart niet alleen in Nederland zorgen. De meeste uitdagingen waar wij ons voor gesteld zien, spelen in het buitenland net zo goed als bij ons.

- In de OECD-landen komt steeds meer geld voor zorg beschikbaar, omdat de welvaart voortdurend blijft stijgen. Er is ook sprake van een autonome stijging van de zorgkosten. Het aandeel van de zorgkosten in het BBP is voor het hele OECD-gebied dan ook gestegen van ruim 5% in 1990 tot zo'n 9% nu.
- Mede dankzij de verbeterde zorg was de afgelopen decennia over de hele linie sprake van een stijgende levensverwachting. Vooral de zuigelingensterfte is verder gereduceerd. Sinds 1960 is in de OECD-landen de levensverwachting bij geboorte met zo'n negen jaar toegenomen.
- Tegelijkertijd heerst er angst dat door de vergrijzing goede zorg onbetaalbaar wordt of in elk geval een fors gat in overheidsbegrotingen zal slaan. In Japan is

¹ Zie OECD: *Health at a glance: OECD indicators*, 2005. De definitie van zorgkosten van de OECD wijkt af van de nationale definities.

Figuur 1.3 Overgewicht weegt zwaar



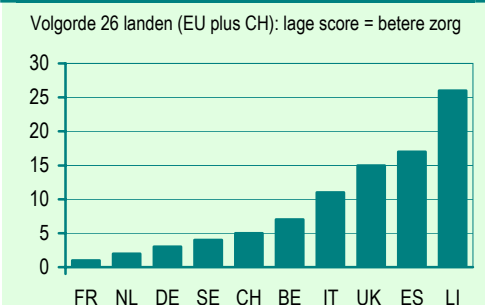
Bron: OECD, *Factbook*, 2006.

de vergrijzing het verst gevorderd; de VS hebben een relatief jonge bevolking. De EU bevindt zich daartussenin. Binnen de EU vergrijzen vooral de grote Zuid-Europese landen snel, in Nederland verloopt het proces wat trager.

- Technologische vooruitgang doet zich ook over de hele breedte voor. In alle OECD-landen neemt de beschikbaarheid van medische technologie toe.
- Preventie staat, als aandeel in de totale zorgkosten, overal op een laag pitje.
- In veel landen is vooruitgang geboekt bij het terugdringen van nicotineverslaving terwijl overgewicht toeneemt. In de VS en het VK valt inmiddels meer dan de helft van de vijftienplussers in de categorie 'te dik' (figuur 1.3).

Toch is het niet allemaal koekoek eenzang. Nederland onderscheidt zich ook. Zo zijn bij ons de inkomens van specialisten en huisartsen volgens de OECD relatief hoog. Dit komt onder meer doordat de numerus fixus op universiteiten kunstmatige tekorten creëert. Bij een aantal kwalen is de overlevingskans kleiner dan in andere OECD-landen. Dit speelt vooral bij hersenberoertes en -infarcten, borst- en darmkanker. Bij baarmoederhalskanker scoort Nederland echter juist beter dan het OECD-gemiddelde.² Er overlijden relatief weinig jongeren in Nederland omdat bij ons minder ongevallen gebeuren dan in andere EU-landen. De rol van de huisarts als zeer professionele poortwachter komt in andere landen veel minder vaak voor. Daar kan men vaak direct met zijn klachten bij het dure ziekenhuis terecht.

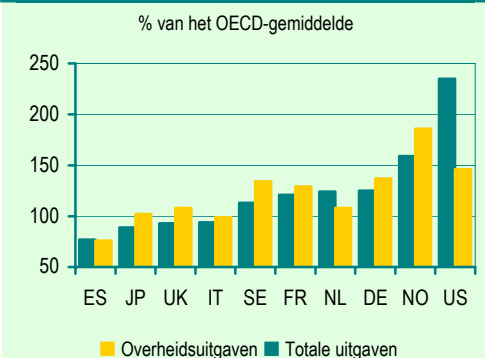
Figuur 1.4 Euro health consumer index 2006



Bron: www.healthpowerhouse.com.

Bij een recente enquête onder gebruikers van zorg in zesentwintig landen scoorde Nederland goed. We kwamen als tweede uit de bus na Frankrijk (figuur 1.4). Nederland behaalde topscores in de categorieën 'patiëntenrechten' en 'informatie over en toegang tot geneesmiddelen'. Zwakke punten waren de rechtstreekse toegang tot specialistische zorg, hoge borstkankermortaliteit en de spelregels rond tandheelkundige zorg.³ Andere onderzoeken laten een minder tevreden zorgconsument zien: de OECD stelde in 2005 dat binnen de EU-15 alleen de Italianen, Ieren, Grieken en Portugezen ontevredener waren. En het RIVM concludeerde in 2006: "De kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg is in vergelijking met andere geïndustrialiseerde landen van een gemiddeld niveau." Dat is ook het beeld dat bij ons, alles overziende, oprijst.

Figuur 1.5 Uitgaven gezondheidszorg per hoofd



Bron: OECD, *Factbook*, 2006.

Dan de kostenkant. Alle landen hebben te maken met oplopende kosten van de gezondheidszorg. Figuur 1.5 geeft een indruk van de totale kosten van de gezondheidszorg in verschillende landen en van het deel dat via het overheidsbudget loopt. We zien dat Nederland bij de totale uitgaven vooraan in de middengroep zit. Bij de overheidsuitgaven nemen we een wat bescheidener positie in. In internationaal opzicht zijn we qua kosten in elk geval geen buitenbeentje, eerder een modaal land. Ook als het gaat om de levensverwachting bij geboorte (een heel primitieve indicator van de baten van gezondheidszorg) is Nederland een middenmoter.

In het volgende hoofdstuk zoeken we de dynamiek op. We willen de bewegingen signaleren die de gezondheidszorg in de komende decennia structureel zullen veranderen.

² Zie: RIVM, *Zorgbalans*, 2006.

³ Zie: www.healthpowerhouse.com.

2 Trends in de gezondheidszorg

Gezondheid is afhankelijk van allerlei meer en minder beïnvloedbare factoren. De gezondheidszorg staat evenmin op zichzelf. Technologische en maatschappelijke trends drukken hun stempel op de sector. Wij bespreken hier enkele voor de zorg toonaangevende trends op technologisch, sociaal, demografisch en medisch gebied.

Technologische ontwikkelingen

Technologie heeft grote invloed op de kosten en baten van de gezondheidszorg. De stijging van de zorgkosten komt voor een flink deel door de drang om wat technisch mogelijk is ook daadwerkelijk te doen. Innovatie verloopt veelal in kleine stappen. Vaak gaat het om verbeteringen van al bestaande technologieën. Echt nieuwe, revolutionaire technologieën komen weinig voor. Om zicht te krijgen op innovaties in de zorgsector is het nuttig ze te clusteren. De Raad voor de Volksgezondheid & Zorg onderscheidt er zeven: computergelateerde technologieën, geneesmiddelen- en biotechnologieën, technologieën voor de toediening van geneesmiddelen, minimaal invasieve technologieën, orgaan-ondersteunings- en vervangingstechnologieën, thuis- en zelfzorgtechnologieën en tot slot efficiency bevorderende technologieën. We bespreken ze kort.⁴

Computergelateerde technologieën

ICT heeft ingrijpende veranderingen teweeggebracht in de zorg. Op het gebied van digitale opslag van CT- en MRI-scans is grote vooruitgang geboekt. Internet maakt online consulten mogelijk (zie kader). Een ander ICT-terrein dat van invloed is op de geneeskunde, is *virtual reality*. Chirurgen in opleiding kunnen technieken aanleren op virtuele patiënten, zoals piloten hun vlieglessen in vliegsimulators krijgen. Toch zijn de verwachtingen wel eens te hoog gespannen. Lang geleden voorspelden deskundigen dat patiëntgegevens in de computer opgeslagen zouden worden. Hoewel in theorie de voordelen van medische en administratieve aard enorm groot zijn, is de ontwikkeling veel trager gegaan dan verwacht. Dat komt onder andere door angst voor verlies aan privacy en gebrek aan overeenstemming over te gebruiken programma's.

Geneesmiddelen en biotechnologieën

Er zijn voortdurend nieuwe geneesmiddelen in ontwikkeling. Vooral op het gebied van de biotechnologie is er vooruitgang. De kennis over de menselijke genen neemt snel toe. Dat biedt perspectieven voor nieuwe diagnostische methoden en behandelingen. De klassieke geneeskunde stelt diagnoses eerder op basis van ziekteverschijnselen dan van oorzaken. Dankzij beter inzicht in de genetische component van ziekten kan erfelijke aanleg veel sneller worden vastgesteld. Zo kun je komen tot maatwerk-medicijnen. Verder bieden recente ontwikkelingen in de moleculaire biologie en celbiologie volop mogelijkheden. Biologische signaalstoffen, die vroegtijdig aangeven dat bijvoorbeeld een vorm van kanker aanstaande is, maken een efficiëntere diagnose mogelijk. Daardoor kunnen kankercellen sneller worden ontdekt, zodat de behandeling eerder kan starten. Grote mogelijkheden liggen er verder op het gebied van genterapie, waarbij ziekten worden aangepakt door de reparatie van het erfelijk materiaal.

Draadloze zorg

'Een wijkverpleger laat aan een dermatoloog in een ziekenhuis elders een wond zien van een bejaarde, via een laptop met een camera. De huidarts geeft advies. Binnen een paar minuten is het consult gedaan. Dat scheelt 99 van de honderd ziekenhuisbezoeken van mensen die dat per taxi moeten doen en vaak dagen van slag zijn. Een enorme kostenbesparing en verhoging van het comfort voor oudere mensen.'

'Er is een probleempje', schertst Mark de Jong, algemeen directeur van het Telematica Instituut, waar de dienst ontwikkeld is. 'De financiering. Niemand heeft baat bij deze besparing. De thuiszorg zou moeten investeren, maar de verzekeraars profiteren. Daar ontbreekt ook de prikkel. We proberen wel om partijen bij elkaar te krijgen, maar dat zijn er een heleboel in de gezondheidszorg.'

Bron: *Het Financieele Dagblad*, 8 november 2005.

⁴ Gebaseerd op: Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, *Technologische innovatie in de zorgsector*, 2001.

Technologieën voor toediening geneesmiddelen

Naast de klassieke pil, drank of injectie zijn er nieuwe toedieningsvormen ontwikkeld zoals prikpillen en implanteerbare insulinepompjes. Via sensoren kunnen bloedwaarden worden gemeten, waarop automatisch de dosering van het geneesmiddel wordt aangepast. Een andere ontwikkeling is dat implantaten een *coating* krijgen, zodat het gevaar van afweerreacties en infecties afneemt.

Minimaal invasieve technologieën

Bij deze technologie wordt gebruik gemaakt van lange, dunne instrumenten en een camera. Een patiënt is na zo'n operatie veel sneller hersteld dan na een gewone operatie. Ook zijn de littekens veel kleiner. Verbeteringen in deze technologie maken het mogelijk steeds complexere operaties met minder belasting voor de patiënt uit te voeren. Met dunne mechanisch bedienbare instrumenten werken is geen sinecure. Het vraagt een vaste hand. Gelukkig helpen robotica en 3D-technieken hier (zie kader).

Orgaanondersteunings- en vervangingstechnologieën

Donororganen zijn beperkt beschikbaar. Het is mogelijk onderdelen van organen te vervangen door kunststoffen, zoals kunstheupen. Kunstmatige organen zijn echter nog nauwelijks ontwikkeld. Het is de vraag of kunstorganen levende organen kunnen vervangen. De hoop is daarom gevestigd op de biotechnologie. Stamcellen bijvoorbeeld bezitten het vermogen om zich te ontwikkelen tot weefsels en, in theorie, tot complete organen. Hiermee wekt het onderzoek naar stamcellen grote verwachtingen voor de behandeling van ziekten als Alzheimer, Parkinson en diabetes.

Thuis- en zelfzorgtechnologieën

Veel ouderen en gehandicapten willen zo lang mogelijk zelfstandig wonen. Ook uit financieel oogpunt is het voordelig als mensen zichzelf kunnen redden. Domotica stelt mensen hiertoe in staat. Het gaat hierbij om in de woning toegepaste computertechnologie, zoals spraakherkenning voor de bediening van deuren en ramen. Computertechnologie kan ook worden ingezet voor zorg. Een voorbeeld: door sensoren op het lichaam verrichte metingen kunnen via Internet worden doorgegeven. Op deze manier valt de patiënt op afstand te volgen. In de toekomst kan de ambulance bij wijze van spreken al voor de deur staan voor de hartaanval optreedt.

Efficiency bevorderende technologieën

Zorg verlenen blijft mensenwerk. Persoonlijke aandacht is cruciaal voor het welzijn en herstel van de patiënt. Bovendien vergen zaken als patiënten wassen en opereren uiteindelijk toch mensenhanden. Innovaties kunnen deze werkzaamheden wel verlichten. Technologie is ook van invloed op de organisatie van de zorg. Nieuwe technologieën maken nieuwe organisatievormen mogelijk en in sommige gevallen noodzakelijk. Met ICT kunnen bijvoorbeeld logistieke processen veel aan efficiëntie winnen.

Ziektes komen en gaan⁵

Het belang van ziekten voor de volksgezondheid is afhankelijk van het aantal mensen dat die ziekte heeft, maar ook van de gevolgen in termen van kwaliteit van leven. Dit valt uit te drukken in het aantal jaren dat mensen leven met een ziekte. De meeste kwaliteit van leven gaat verloren door angststoornissen, op de voet gevolgd door coro-

Dr Robot

A robot surgeon has for the first time carried out a long-distance heart operation completely by itself. The 50-minute surgery, which took place in a Milanese hospital, was carried out on a 34-year-old patient suffering from atrial fibrillation, or 'heart flutters'.

The operation was initiated and monitored on a PC in Boston, USA, by Carlo Pappone, head of Arrhythmia and Cardiac Electrophysiology at Milan's San Raffaele university.

.....
The Italian expert has used the robot surgeon for at least 40 previous operations, some of which have been described in detail in the Journal of the American College of Cardiology. The novelty of this latest experience is that the robot was able to conduct the entire procedure by itself. In the past it needed specific orders from its operator along the way.

Bron: Ansa, 18 mei 2006.

Tabel 2.1 Ziekten met grootste verlies kwaliteit van leven

Nederland, 2003

Rang	Ziekte
1	Angststoornissen
2	Coronaire hartziekten
3	Depressie en dysthymie
4	Beroerte
5	Artrose

Bron: RIVM, *Zorg voor gezondheid*, 2006.

⁵ Deze en de volgende paragraaf zijn gebaseerd op: RIVM, *Zorg voor gezondheid*, 2006.

Tabel 2.2 Sterfte en verloren levensjaren

Nederland, 2003		
Rang	Sterfte	Verloren levensjaren
1	CHZ	CHZ
2	Beroerte	Longkanker
3	Longkanker	Beroerte
4	Dementie	Borstkanker
5	COPD	COPD

CHZ: coronaire hartziekten
COPD: longemfyseem en chronische bronchitis

Bron: RIVM, *Zorg voor gezondheid*, 2006.

naire hartziekten en depressies (tabel 2.1). Dat depressies en angststoornissen zo hoog staan, komt niet alleen door het effect op de kwaliteit van leven per persoon, maar ook door het grote aantal slachtoffers en de lange duur van deze ziekten.

Relatief gezien neemt de sterfte aan hart- en vaatziekten af en die aan kanker toe. De stijging bij vormen van kanker komt zowel door veranderingen in de leefstijl (voeding, lichamelijke activiteit, gewicht, blootstelling UV-straling) als door het feit dat de ziekte nu eerder valt vast te stellen. De sterfte aan hart- en vaatziekten is nog altijd hoger dan aan kanker (tabel 2.2). De tabel laat zien dat hartproblemen niet alleen verantwoordelijk zijn voor het grootste aantal sterfgevallen, maar ook voor de meeste verloren levensjaren (waarbij ook rekening wordt gehouden met de leeftijd waarop iemand overlijdt).

Tabel 2.3 Ontwikkeling leefstijl

Nederland, 2003	
Leefstijl	Trend
Roken	Daling bij mannen en vrouwen
Zwaar alcoholgebruik	Mannen lichte daling, vrouwen constant
Harddruggebruik	Stijging
Lichamelijke inactiviteit	Constant
Onvoldoende groenten en fruit	Lichte stijging
Te veel verzadigd vet	Lichte daling
Onveilig vrijen	Stijging na daling

Bron: RIVM, *Zorg voor gezondheid*, 2006.

Het aantal mensen met suikerziekte is fors gestegen en bedraagt nu ongeveer 600.000. Dit komt deels door de toename van het aantal mensen met overgewicht en deels doordat huisartsen er tegenwoordig meer op zijn gespitst. Ook het aantal mensen waarvan de huisarts weet dat ze lijden aan depressies of angststoornissen is de laatste tien jaar toegenomen. Verbeterde herkenning speelt hier eveneens een rol. Het aantal mensen met astma stijgt niet langer. En er is over de hele linie sprake van een daling in het aantal behandelingen van letsels op EHBO-polis's.

Tabel 2.4 Effect leefstijl op ongezondheid

Nederland, 2003		
Factor	Verloren levensjaren *	Kosten van ziekten **
Roken	20,9	3,7
Verhoogde bloeddruk	10,8	3,3
Overgewicht	5,8	2,0
Lichamelijke inactiviteit	4,9	1,4
Te weinig fruit	3,9	0,8
Te weinig vis	3,3	0,9
Verhoogd cholesterol	3,3	0,7

*: % van totaal aan verloren levensjaren

** : % van alle kosten van ziekten

Bron: RIVM, *Zorg voor gezondheid*, 2006.

Verschuiving naar preventie

Met volwassenen gaat het de goede kant op: het aantal rokers daalt, de consumptie van te veel verzadigd vet neemt wat af en het overmatige alcoholgebruik stijgt niet (tabel 2.3). Bij jongeren zijn de ontwikkelingen minder gunstig: veel jongeren roken, drankgebruik en overgewicht nemen toe. Deze leefstijlfactoren zijn van invloed op ziekten als hartkwalen, diabetes, CARA en vormen van kanker. Tabel 2.4 geeft een overzicht van de ziektebelasting door ongezond gedrag. Roken is de belangrijkste oorzaak van ziekte en sterfte; bijna 21% van de verloren levensjaren valt hieraan toe te schrijven. Tabaksgebruik veroorzaakt ook een fors percentage (3,7%) van de kosten van ziekten. Met beïnvloeding van gedrag zijn nog veel gezonde jaren te winnen.

Op het eerste gezicht is de post 'preventie' rijkelijk bedeed. In 2003 werd EUR 12,5 miljard uitgegeven aan preventie. Het gros van deze uitgaven gaat echter naar gezondheidsbescherming: 80%. Hierbij valt te denken aan zaken als het verwerken van huishoudelijk afval en maatregelen om de verkeersveiligheid te verbeteren. Aan ziektepreventie werd 17% besteed. Ziektepreventie betreft activiteiten als vaccinatie en preventieve gebitscontroles. Uitgaven voor gezondheidsbevordering sec zijn gering (3%). Onder gezondheidsbevordering vallen voorlichting en consumentenuitgaven gericht op bijvoorbeeld stoppen met roken, lichamelijke activiteit, veilig vrijen en gezonde voeding. Hier valt nog een wereld te winnen.⁶

Preventie al langer populair

In the mid-19th century, the mortality rate from puerperal (or "childbed") fever at Vienna General Hospital's maternity ward was so high that many women, it is said, preferred to give birth in the street. Then a doctor called Ignaz Semmelweis achieved a dramatic reduction in deaths by insisting that doctors wash their hands between autopsies and obstetrical examinations. But other doctors refused to believe that their own hands transferred disease. Besides, they grumbled, hand-washing was far too time-consuming. Dr Semmelweis was widely ridiculed and eventually fired.

Bron: *The Economist*, 10 december, 2005.

Sociaaldemografische ontwikkelingen

Vergrijzing

We vergrijzen. De gemiddelde leeftijd van de Nederlander gaat de komende decennia verder omhoog. De babyboomers gaan langzamerhand met pensioen. De vergrijzings-

⁶ Over wanverhouding gesproken: volgens een KPMG-rapport uit 2001 bedroegen de jaarlijkse maatschappelijke kosten van alcoholmisbruik EUR 2,6 miljard terwijl er EUR 1,3 miljoen voor preventie beschikbaar was.

Tabel 2.5 Verdeling ziektekosten over leeftijden

EUR miljard, 2003	
0-19 jaar	7,1
20-44	13,7
45-64	13,4
65 en ouder	<u>23,3</u>
Totaal	57,5

Bron: www.RIVM.nl.

Drank en genen

Aandacht voor de koppeling tussen genetica en alcoholisme is niet nieuw. Al in de negentiende eeuw werd een belangrijke rol toegeschreven aan erfelijke factoren. Preventie vond aanvankelijk plaats via leefstijladviezen. Begin twintigste eeuw kwamen ook eugenetisch geïnspireerde interventies in beeld. Door sommige wetenschappers, artsen en politici werd geopperd dat huwelijksverboden en sterilisaties om economische redenen te overwegen waren. Het genetische perspectief bij alcoholisme leidde toen tot stigmatisering en discriminatie van de zogenaamde 'geboren dronkelappen'.

Deze maatschappelijke reacties zouden ook kunnen optreden bij de huidige herwaardering van het genetische perspectief. Te denken valt aan verzekeraars die op basis van erfelijke informatie weigeren een verzekering af te sluiten of een hogere premie vragen. Of werkgevers die sollicitanten met een risico op verslaving niet aannemen, vanwege een mogelijk toekomstig probleem van verhoogd ziekteverzuim met alle kosten van dien. Zelfs als alcoholverslaving zich nooit openbaart, kunnen personen met verhoogde aanleg voor alcoholisme worden uitgesloten. Ook bij behandeling op basis van het genetisch profiel valt stigmatisering en discriminatie te verwachten: als je het gunstige profiel hebt, kun je van je alcoholprobleem af komen. Maar wat als je niet de gunstige genen hebt? Dergelijke personen zouden wel eens beschouwd kunnen worden als 'reddeloos verloren'.

Bron: *Trouw*, 2 december 2006.

De België-route

Nederlandse patiënten weten inmiddels al goed de weg te vinden naar artsen in het buitenland. Directeur Lescauwat van het ziekenhuis in de Belgische kustplaats Knokke vertelt trots dat 22 procent van de vrouwen die in zijn ziekenhuis bevalt, Nederlands is. De Nederlandse klanten komen niet alleen uit het grensgebied. Het zijn ook geen toevallige toeristen. Sommigen wonen in Tilburg of Eindhoven, anderen komen helemaal uit Groningen, Friesland of Leeuwarden. Belgische ziekenhuizen zijn erg blij met ze: "Het zijn de dankbaarste patiënten", zegt Lescauwat.

De directeur van het ziekenhuis in Knokke legt uit waarom juist Nederlanders er zo graag komen. "In Nederland zijn patiënten het niet gewend om na vijf uur 's middags de dokter nog te zien", zegt Lescauwat. "Bij jullie sluit de operatiekamer al om een uur of vier. Als ik in Nederland op vrijdag met een kwaal naar het ziekenhuis ga, heb ik tachtig procent kans dat ik pas op maandag geopereerd word. Dat is in België ondenkbaar. Onze mentaliteit is heel anders." Hij denkt wel te weten waarom. Nederlandse artsen verdienen geen cent extra als zij meer patiënten helpen. Hun Belgische collega's hebben er baat bij om harder te werken. Zij merken dat direct in hun portemonnee.

Bron: *NRC*, 25 november 2006.

golf zal in 2040 zijn hoogtepunt bereiken. Dit is van belang voor de toekomstige zorguitgaven. De meeste ziekten treffen vooral ouderen. Hier past een nuancering bij. Vooral in het laatste levensjaar is de zorgbehoefte groot. De omvang van die behoefte hangt echter af van hoe oud iemand is in zijn laatste levensjaar. Volgens het RIVM geldt dat hoe ouder iemand is, des te lager de zorgkosten zijn in het laatste levensjaar. Niet alleen door demografische factoren, maar ook door een gezondere leefstijl stijgt de levensverwachting. Ook daardoor ontstaan nieuwe zorgbehoeften. Berekeningen laten zien dat als er niemand meer zou roken er over de gehele levensloop 6,5% meer wordt uitgegeven aan medische zorg. Als we met zijn allen slank blijven en voldoende bewegen, stijgen de zorguitgaven volgens het RIVM met 2%. Tegenover die extra kosten staat dan de winst van vele extra gezonde jaren. In hoofdstuk 1 zagen we dat extra zorguitgaven in het algemeen tot zeer hoge rendementen leiden.

Conclusie is dat de ziektekosten door de vergrijzing toenemen. Geschat wordt dat louter door de veranderde leeftijdsopbouw de uitgaven voor zorg in 2025 zo'n EUR 10 miljard hoger zullen zijn dan in 2003. Door de vergrijzing, en ook door factoren die met leefstijl te maken hebben (overgewicht), zullen vooral de kosten gemaakt vanwege chronische ziekten van de oude dag zeer sterk toenemen. Jongeren en mensen van middelbare leeftijd doen vooral een beroep op op herstel gerichte zorg, terwijl het bij ouderen veel meer draait om verpleging en verzorging (*cure versus care*).

Individualisering

Lang geleden werd gezondheid vaak ervaren als 'een kwestie van geluk'. Langzamerhand is de eigen verantwoordelijkheid komen bovendrijven. Deze tendens zal sterker worden nu nieuwe vindingen de kansen op ziekte steeds meer op het niveau van families en individuen kunnen benaderen. Hierdoor zal de druk toenemen om dingen te doen of te laten vanwege de consequenties voor de gezondheid (zie kader 'Drank en genen'). De aandacht voor eigen verantwoordelijkheid past in het straatje van een overheid die meer markt, een beperkte eigen rol en minder budgettaire druk van de gezondheidszorg wil. Het wordt als pure verloedering ervaren door degenen die terugverlangen naar een grote, machtige collectieve sector, naar georganiseerde solidariteit.

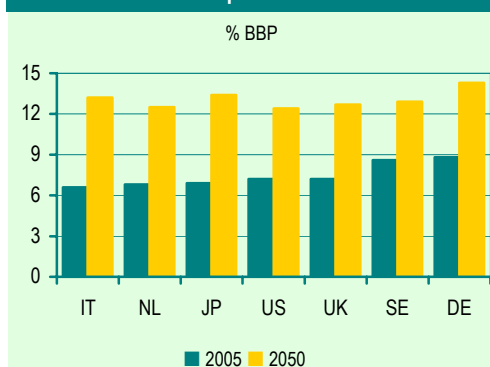
De mondige patiënt

Ooit waren medici magiërs die genazen op basis van intuïtie. Vandaag werkt een arts op basis van een serieuze diagnose en geprotocolleerde behandelmethoden. Van de medicus mag je verwachten dat deze beschikt over solide informatie. Probleem is dat artsen worden overspoeld met gegevens. Om in de lawine van informatie en onder de hooggespannen verwachtingen van de patiënt, de ziektekostenverzekeraar en de politiek het hoofd boven water te houden, moet de arts nieuwe vaardigheden leren. Vooral de zorgvrager wordt steeds deskundiger. Het Internet geeft al jaren zeer professionele informatie over gezondheidsklachten. Patiënten kunnen steeds beter zicht krijgen op de variaties in wachttijden, kwaliteit en resultaten bij verschillende behandelaars en instellingen. Verhalen over wat er niet goed gaat in de gezondheidszorg vinden gretig aftrek. Buitenlandse zorginstellingen prijzen steeds enthousiaster hun 'waar' aan. De gang naar deze instituten zal verder toenemen (zie kader 'De België-route').

Collectieve lastendruk

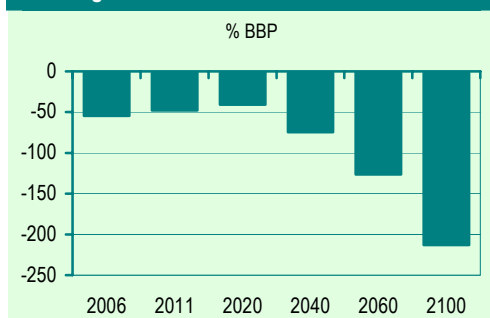
We noemden de vrees voor uit de hand lopende zorgkosten. De kosten zijn de afgelopen decennia fors gestegen, ook als percentage van het BBP. En de kans is groot dat

Figuur 2.1 Collectieve uitgaven zorg zonder ingrepen



Bron: OECD, *Projecting OECD Health and long-term care expenditures*, 2006.

Figuur 2.2 Onhoudbare staatsschuld



Bron: CPB, *Ageing and the Sustainability of Dutch Public Finances*, 2006.

het daar niet bij blijft. De overheid is vooral gespitst op de gevolgen voor de collectieve lastendruk. In hoofdstuk 1 kwam het verschil tussen collectief gefinancierde en andere lasten aan de orde. Het is goed te beseffen dat de premies voor de basisverzekering bij de collectieve lasten meetellen en die voor de aanvullende verzekering niet. Verschuivingen tussen deze twee pakketten beïnvloeden dus de collectieve lastendruk.

Door de vergrijzing loopt de collectieve lastendruk in elk geval op. Dat komt deels omdat daardoor de verhouding tussen aantallen werkenden en uitkeringsgerechtigden verslechtert. Bovendien is het, zo zagen we, waarschijnlijk dat een relatief oude bevolking een grotere zorgvraag met zich meebrengt. Deze wordt grotendeels collectief gefinancierd. Ook blijkt telkens weer dat nieuwe medische vindingen zich resoluut opdringen en de prijzen in de zorgsector gemakkelijk omhoog gaan. Dat laatste heeft ook te maken met wat wel de Wet van Baumol wordt genoemd. De zorgsector is relatief arbeidsintensief. Daardoor stijgt de arbeidsproductiviteit er niet zo snel als in andere sectoren (je kunt maar één patiënt tegelijk wassen). Als de lonen in de zorg wel even snel stijgen als in andere sectoren, leidt dit tot extra prijsstijgingen in de zorgsector.

De OECD heeft geraamd hoe de collectieve uitgaven voor de zorg zich de komende decennia ontwikkelen. De OECD concludeert dat, als je niets doet, de zorgkosten de komende 45 jaar in Nederland bijna verdubbelen. Ook andere OECD-landen krijgen met forse stijgingen te maken (figuur 2.1). Het CPB heeft berekeningen gemaakt die nog veel angstaanjagender zijn (figuur 2.2).⁷ Geschat is wat de komende decennia de gevolgen van de vergrijzing voor het begrotingstekort en de staatsschuld zijn. Daarbij zijn behalve het effect op de zorguitgaven ook de invloed van de dalende gasvoorraden en duurdere AOW meegenomen. De grafiek geeft de desastreuze gevolgen voor de staatsschuld weer wanneer geen beleidswijzigingen plaatsvinden. De schuld reflecteert dat steeds minder werkenden moeten opdraaien voor de lasten van steeds meer niet-werkenden. Dit is geen aangenaam vooruitzicht. Daarom is er grote politieke druk om deze kosten te reduceren. Dat kan op verschillende manieren. De uitgangspositie met betrekking tot de staatsschuld kan verbeteren als we nu begrotingstekorten wegwerken. De economische groei kan omhoog door meer mensen aan werk te helpen. En ten slotte zijn er allerlei manieren denkbaar om de zorgsector vitaler te maken.

De politiek bepaalt welke methodes daadwerkelijk ingezet worden. Enige bescheidenheid in de omgang met dit soort ramingen is wel op zijn plaats.⁸ Kleine aanpassingen van speculatieve vooronderstellingen leiden tot heel andere uitkomsten. Zo gaat het CPB uit van een discontovoet van 3%. Bij dit lage rentepercentage zijn zeer hoge pensioenpremies nodig om een gegeven niveau van pensioenuitkeringen te realiseren. Bij een discontovoet van 4% ziet het verhaal er al een stuk zonniger uit. Bovendien zal de staatsschuld pas na 2020 oplopen. Tot die tijd neemt deze schuld zelfs iets af.⁹

Het is dan ook overdreven om te denken dat Nederland aan de vooravond van allerlei misère door vergrijzing staat. Voorzichtigheid kan geen kwaad, paniek zaaien is ongepast. Een slimme herinrichting kan de zorgsector doelmatiger maken en zo de zorglast dragelijk houden. Meer daarover in hoofdstuk 4. Daarvoor willen we in hoofdstuk 3 nadenken over de vraag hoe de sector er over een jaar of twintig uit kan zien.

⁷ CPB, *Ageing and the Sustainability of Dutch Public Finances*, 2006.

⁸ Dolf van den Brink en Frank Heemskerk, *De vergrijzing leeft*, 2006, p. 64 e.v.

⁹ Dat komt vooral omdat de schuld in 2006 een negatieve conjuncturele component bevat van 1,4 (% BBP) die in deze projectie uit de cijfers wegloupt.

3 Toekomstscenario's

Het vorige hoofdstuk ging in op een aantal trends. Niet al deze ontwikkelingen zijn even voorspelbaar, maar hun invloed op de sector is potentieel groot. Dit hoofdstuk behandelt een aantal mogelijke 'werelden' zo rond 2025, in de vorm van scenario's. Dat gebeurt aan de hand van een aantal onzekerheden waarvan wij denken dat ze de grootste invloed hebben op de gezondheidszorg, de zogenoemde *aanjagers*. Grote onzekerheden met weinig invloed zijn niet belangrijk voor ons doel. Invloeden die nauwelijks onzeker zijn, zoals de veranderende leeftijdsopbouw in de komende decennia, zijn wel relevant, maar ook goed te voorspellen. Men kan en moet zich daar gewoon op voorbereiden. Dat heeft meer met transpiratie dan met inspiratie te maken.

Omwille van de overzichtelijkheid clusteren wij de verschillende *aanjagers* in twee grote groepen. Uitgezet in een assenstelsel levert dat dan vier verschillende scenario's op. De kernonzekerheden waarvoor wij kiezen zijn:

A) Markt of overheid

Onzekerheid over de toekomst van de gezondheidszorg heeft deels te maken met de vraag in welke mate marktkrachten de vrije hand krijgen. Duidelijk is wel dat niet iedereen gelukkig is met het huidige stelsel, waarbij een mix van overheidsbemoediging en halfslachtige marktprikkels allerlei inefficiënte toestanden in stand houdt. Zo snijdt een ziekenhuis dat door efficiencyverbeteringen meer dagbehandelingen realiseert zich in de vingers omdat klinische behandeling een hogere vergoeding oplevert.

Dit is uiteraard een politieke kwestie. Het gaat niet alleen om de vraag welke zorg tot het collectieve pakket behoort, maar ook om de vrijheid die zorgverleners krijgen om zich te vestigen of om hun te leveren kwaliteit en tarieven zelf te bepalen. De meeste veranderingen op het gebied van schaalvergroting, specialisatie en standaardisatie zijn te verwachten in een marktgeoriënteerd systeem. Ook veranderingen in het typisch Nederlandse systeem van *double competition* (zowel concurrentie tussen verzekeraars onderling als tussen zorgaanbieders) vinden langs de as markt-overheid plaats. Op dit moment hebben we te maken met een ondoorzichtige markt met beperkte toegang en machtsblokken. Gegeven de in hoofdstuk 2 beschreven ontwikkelingen lijkt dit geen situatie die nog decennia blijft voortbestaan. Wij kijken hier naar twee uitersten. In het ene geval staat de staat aan het roer, in het andere is de vrije markt heer en meester.

B) Technologische ontwikkeling

De wetenschap staat niet stil, zagen we in hoofdstuk 2. Een enkele keer is er een grote doorbraak. De komst van HIV-remmers is hier een redelijk recent voorbeeld van. Het vinden van een werkend middel tegen een bepaalde kwaal is echter vaak een Echter-nachse processie. Toch zouden in de komende jaren op meerdere gebieden doorbraken kunnen plaatsvinden, met mogelijk enorme gevolgen. Zo zou een pil tegen Alzheimer de verpleeghuizen doen leegstromen. Ook nieuwe middelen tegen kanker en hartkwalen zouden het aanzien van de zorg kunnen veranderen. Genetica en ICT zijn, zoals we zagen, slechts enkele voorbeelden van gebieden waarvan de ontwikkelingen een grote impact kunnen hebben op de zorg. De onzekerheid voor de komende decennia is tweeledig: hoe snel zullen medische ontwikkelingen gaan en als er doorbraken komen, waar dan?

Markt.....

Ik heb de stellige indruk dat per saldo de voortschrijdende liberalisering de Nederlandse gezondheidszorg een grote hoeveelheid energie heeft gegeven om medische kwaliteit, servicegraad en efficiency fors te verbeteren. Stopzetten van de liberaliseringsagenda zou die energie wegvagen en de positieve trends afkappen. Het zou ons ook tot een zonderling in de snel innoverende gezondheidszorg wereldwijde maken. Laten we hopen dat het aanstaande kabinet de wet van behoud van energie respecteert.

Citaat Jeroen van Roon, partner bij Boer & Croon.

Bron: *Het Financieele Dagblad*, 9 januari 2007.

..... of overheid

Volledige marktwerking in de zorg is naar mijn mening beslist onwenselijk. De gezondheidszorg kan hierdoor in bepaalde gevallen beperkt blijven tot uitsluitend diegenen die het kunnen betalen. Daarbij speelt zelfs de vraag wat een mensenleven waard is, gezien de schaarste aan zorgaanbod. Is een jaarlijkse investering van 80.000 euro aan zorg voor een 96-jarige multimiljonair die leeft als een kasplant, maatschappelijk verantwoord?

Anderzijds kan medische zorg onbereikbaar blijven voor bepaalde groepen. Door het ingewikkelde en ontoegankelijke systeem van indiceren bij licht verstandelijk gehandicapte, autistische en gedragsgestoorde jongeren bereikt deze vorm van gezondheidszorg allochtone jongeren en hun ouders volstrekt onvoldoende. Het beschermen van de burger tegen al te commercieel opererende partijen in de gezondheidszorg kan eveneens grenzen stellen aan de marktwerking. Soms moet de burger gewoon tegen zichzelf beschermd worden. Dat is de reden dat er bij Texaco geen buisjes morfine liggen naast de drop.

Citaat Steven van Eijck, voormalig staatssecretaris en voorzitter Landelijke Huisartsenvereniging.

Bron: *Het Financieele Dagblad*, 8 januari 2007.

Zo komen we tot twee assen die vier kwadranten met scenario's opleveren. Hieronder zullen de verschillende scenario's worden uitgewerkt.



De menselijke maat

De menselijke maat

Bert breekt zijn been als hij tijdens het skiën onderuit gaat op een ijzige Zwitserse helling. Na een pijnlijke tocht op de 'banaan', een skibrancard, wordt Bert afgeleverd bij de arts in het dorp in het dal. Die concludeert dat een opname in het ziekenhuis 10 km verderop, inclusief operatie, gewenst is. Bert kent het klappen van de zweep en overlegt eerst met de verzekeraar. Direct wordt hij erop gewezen dat de dure behandeling alleen volledig vergoed wordt als die plaatsvindt in het ziekenhuis in de woonplaats van Bert. Er volgt een gipsvlucht terug naar Holland. Daar blijkt dat de operatie over vier weken kan plaatsvinden. Het ziekenhuis regelt, in overleg met de verzekeraar, een tijdelijke thuis-hulp voor Bert en maakt afspraken met de fysio voor revalidatie na de operatie. Bert ziet erg tegen de operatie op. Hij hoort voortdurend suggestieve verhalen die de indruk wekken dat de orthopeed heel aardig is, maar weinig ervaring heeft met skiblessures.

In dit scenario is de technologische vooruitgang traag, onder andere door een geringe maatschappelijke acceptatie van nieuwe vindingen. Verder is de marktwerking van overheidswege beperkt. Het in 2006 geïntroduceerde zorgstelsel bleek namelijk niet goed te werken: er ontstonden slechts regionale machtsposities van dominante zorgverzekeraars en dominante zorgaanbieders. Dat leidde niet tot goedkopere of betere zorg. De overheid heeft de regionale monopolies geaccepteerd, maar probeert nu met aanbodregulering toch te voorkomen dat de kosten uit de hand lopen door één-tweetjes tussen verzekeraar en zorgaanbieder.

Met een keuze van verzekerden voor de lokale verzekeraar hebben zij ook volledig vergoed toegang tot de *preferred providers* van zorg in hun regio. Alle verzekerden bij een verzekeraar betalen dezelfde premie. Tussen verzekeraars (en dus ook regio's) zijn er wel premieverschillen. Voor zorg buiten de regio moet een eigen bijdrage worden betaald. Bijna alle verzekerden kiezen dan ook voor de lokale verzekeraar. De premieverschillen wegen namelijk niet op tegen de extra eigen betalingen en tegen de reiskosten. Alleen in de grensgebieden van de regio's is er enige concurrentie tussen verzekeraars. De regionale concentraties hebben als voordeel dat de samenwerking tussen verschillende zorgfuncties eenvoudiger tot stand komt. De mensgerichte behandeling van de patiënt neemt een grote vlucht, ook al omdat men net als van technologie een afkeer heeft gekregen van doorgesloten specialismen. Dat ziet men als alleen maar de klachten bestrijden in plaats van de dieperliggende oorzaken.

De economie groeit in dit scenario het traagst. De innovatie is beperkt en het gebrek aan marktwerking spoort ook niet aan tot productiviteitsverhogingen. In deze weinig dynamische wereld zijn ook de verschuivingen in consumentengedrag beperkt.

Beheers de vooruitgang

In dit scenario ontwrichten de snelle technologische ontwikkelingen de werking van de (verzekerings)markt. Door doorbraken op het gebied van genetica is van elk individu een redelijke inschatting te maken van de te verwachten ziektes en aandoeningen. Daarnaast is de farmaceutische industrie in staat om kostbare geïndividualiseerde the-

Beheers de vooruitgang

Bert breekt zijn been als hij tijdens het skiën onderuit gaat op een ijzige Zwitserse helling. Een toevallig passerende skileraar belt met zijn mobieltje het grondstation. Die dirigeert de helikopter van een lokale dependance van het NSG (*Nationale Schweizerische Gesundheitsdienst*) voor Wallis naar de plek des onheils. Na een eerste diagnose door de arts in de traumahelikopter wordt geconcludeerd dat een operatie noodzakelijk is. In een flits beseft Bert dat hij niet alleen een medisch, maar ook een financieel probleem heeft. Natuurlijk is het het beste om zich in het Rhonedal-ziekenhuis te laten opereren. Hij is daar immers al en de Zwitserse nationale gezondheidszorg levert zorg op hoog niveau. Probleem is dat er in dat geval een gepeperde factuur zal volgen. De NSV (Nederlandse staatsverzekering) vergoedt alleen behandelingen in een van de NSZ's (Nederlandse staatsziekenhuizen). En zelfs dan zullen de financiële consequenties fors zijn. Doordat Bert eerder dit jaar een dna-correctie heeft ondergaan, is van zijn persoonsgebonden zorgbudget niet veel meer over. Dat wordt bijbetalen.

rapieën te ontwikkelen. Hierdoor ontstaat averse selectie (alleen wie 'dure' ziektes te wachten staan, verzekeren zich bij) waardoor de verzekeringsmarkt niet meer goed werkt. De overheid besluit hierop om de concurrentie tussen verzekeraars af te schaffen en met één publieke verzekeraar te werken. Deze accepteert iedereen en iedereen is ook verplicht verzekerd.

Om de solidariteit te waarborgen zijn er geen premieverschillen en loopt een belangrijk deel van de financiering via inkomensafhankelijke premies en via de belastingen. Kostenbeheersing vindt plaats door het reguleren van het zorgaanbod. Behandeling in het buitenland wordt niet vergoed. Evenmin zijn zorgtoeristen uit andere landen hier welkom. Om te voorkomen dat de zorguitgaven uit de hand lopen, stelt de overheid een maximumvergoeding per individu in. Daarboven mag worden bijbetaald – een situatie die overigens regelmatig tot maatschappelijke protesten leidt. Immers, het kan betekenen dat een 'rijke stinker' en een 'arme sloeber' met dezelfde levensbedreigende kwaal ongelijk behandeld worden. Standpunt van de overheid is dat het ontzeggen van behandeling aan de rijke (wat niet voor iedereen toegankelijk is, mag voor niemand toegankelijk zijn) onethisch zou zijn. Bovendien is het praktisch niet uitvoerbaar omdat mensen altijd zorg over de grens kunnen 'halen'. Er zijn nu eenmaal niet genoeg middelen om alles wat mogelijk is ook collectief te betalen.

Er wordt internationaal niet het maximale uit de economie gehaald. Hoge belastingen zijn gemeengoed en een groot deel van de economie wordt 'bescherm' tegen concurrentie uit het buitenland. Wel geven de technologische ontwikkelingen hoop op productiviteitsverbeteringen. De starre maatschappelijke structuren remmen echter de snelheid waarmee die vruchten kunnen worden geplukt.

Market maker

In dit scenario stopt de technologische ontwikkeling. De marktwerking krijgt een stevige stimulans van de overheid die het als haar taak ziet de concurrentie op alle niveaus te bevorderen. Dat doet zij door de transparantie te vergroten en het gemakkelijk te maken voor consumenten om van verzekeraar of zorgaanbieder te wisselen. Het is niet zozeer de technologie maar de markt die zorgt voor een grotere efficiëntie. Een van de terreinen waar veel lonende inspanningen plaatsvinden is preventie. Niet voor niets geldt: voorkomen is beter dan genezen. Uiteraard zijn individuen verantwoordelijk voor hun eigen gedrag, ook op het gebied van gezondheid. Overheid en verzekeraars vertalen dit ook in een financiële verantwoordelijkheid voor individuen. Naast de subsidie op sportscholen, gefinancierd door een zogenaamde *fat-tax*, moeten premiebeleid en eigen risico's gezond gedrag bevorderen. Preventieve controles zijn gratis, maar behandeling voor mensen die onverantwoord met hun lichaam omgaan, stijgt in prijs: rokers betalen meer voor longtransplantaties, alcoholisten meer voor behandelingen aan hun lever. Dit beleid zet ook een cultuurverandering in gang waarbij de maatschappelijke acceptatie van ongezond gedrag afneemt.

In het zorgaanbod treedt verticale integratie op, waardoor de eerste lijn (o.a. huisartsen) en de tweede lijn (o.a. ziekenhuizen) in de regio goed op elkaar afgestemd raken. Er blijft concurrentie tussen verticale ketens omdat het antitrustbeleid van de overheid te grote machtsconcentraties tegengaat. Patiënten hebben dus altijd keuze. Ook verzekeren kunnen altijd kiezen uit meerdere verzekeraars. Verzekeraars doen meer aan verticale integratie waardoor zij bijvoorbeeld aan werkgevers complete pakketten kun-

Market maker

Bert breekt zijn been als hij tijdens het skiën onderuit gaat op een ijzige Zwitserse helling. Omstanders helpen hem met veel pijn en moeite naar de eerstepost. Er is toch een soort van lotsverbondenheid tussen skiërs, voelt Bert tussen de pijscheuten door. Sinds drie jaar zijn alpine skiërs door overheid en verzekeraars in dezelfde categorie ingedeeld als alcoholisten en rokers, namelijk bij de BOM's (Bewust Onverstandige Mensen). Bert ervaart opnieuw dat daardoor het groepsgevoel op de pistes alleen maar is toegenomen.

Skiën betekent je positie als paria accepteren, aanvaarden dat je met een lange neus wordt aangekeken omdat je je gezondheid in gevaar brengt en daarmee de economische vooruitgang tegengaat. Gelukkig was de verzekeraar nog wel bereid geweest Bert een enigszins betaalbare polis aan te bieden. Hij had namelijk wat bonuspunten bij elkaar gesprokkeld omdat hij al drie jaar clean bleek te zijn bij de halfjaarlijkse drank en drugstest van zijn verzekeraar.

nen bieden van preventie op de werkvloer, zorgverzekering, reïntegratie van arbeidsgehandicapten, etc. Bijna alle sociale zekerheid is geprivatiseerd, in ieder geval de uitvoering. Dat maakt dus ook dat verzekeraars geïntegreerde producten kunnen aanbieden waarbij zowel (verlies van) inkomen als (zorg en reïntegratie) uitgaven worden verzekerd. De concurrentiewaakhond voorkomt ook hier te grote machtsconcentraties.

Technologische innovaties komen maar weinig voor. Toch kan de economie in dit scenario behoorlijk groeien door het accent op marktwerking. Met bestaande technologie blijkt de productiviteit in veel beschermde sectoren flink omhoog te kunnen. Door deze sectoren 'open te breken' zorgt de overheid ervoor dat die productiviteit er ook daadwerkelijk uit komt. Ondoelmatigheden worden zo uit de economie verwijderd.

Geen grenzen

Geen grenzen

Bert breekt zijn been als hij tijdens het skiën onderuit gaat op een ijzige Zwitserse helling. Via de GPS-noodknop op zijn mobieltje wordt hij aangestraald door de medische hulppost Wallis Zuid. Die identificeert Bert en roept zijn financiële en medische gegevens op. Bert blijkt voldoende solvabel te zijn voor een *quick scan*. Na deze eerste diagnose met behulp van hetzelfde mobieltje wordt geconcludeerd dat een operatie noodzakelijk is. De hulppost seint de diagnose door naar Bert's verzekeraar EHI (Eurozone Health Insurance). Die besluit op basis daarvan en van het elektronische patiëntendossier dat de nogal gecompliceerde breuk in Milaan gezet gaat worden. Online is al nagevraagd of de capaciteit daar beschikbaar is. In het CHF (Chaîne des Hôpitaux Français) in Groningen zou het ook kunnen, maar dan alleen business class tegen een aanzienlijke extra eigen bijdrage.

Na een korte helikoptervlucht komt Bert aan in het ziekenhuis. Na controle van zijn creditcard (voor de eenpersoonskamer met video conference mogelijkheid moet bijbetaald worden) gaat hij meteen door naar de operatiekamer. Daar doet de Ghanese verpleegkundige enkele controles ter voorbereiding op de operatie door dokter Sakhatov, de uit Turkmenistan afkomstige specialist in botbreuken als gevolg van skiongelukken.

Dit scenario kenmerkt zich door een combinatie van veel marktwerking en rap voortschrijdende technologische ontwikkelingen. Het is juist de technologie die markten heeft opengebrouwen. Door het Internet informeren verzekeren en patiënten zich steeds beter over mogelijke behandelmethoden en welke zorgaanbieders het best in staat zijn deze ingrepen uit te voeren. Het opereren over afstand via de digitale snelweg neemt ook een vlucht. De zorg is geïnternationaliseerd. Er ontstaan internationale zorgketens die een reputatie te verliezen hebben. Parallel daaraan komen internationale zorgverzekeraars op die met deze zorgketens onderhandelen over prijs en kwaliteit. Het proces van horizontale integratie en schaalvergroting zorgt ervoor dat *best practices* zich vlug verspreiden, wat vervolgens leidt tot standaardisatie. Het feit dat vele buitenlanders naar Nederlandse topziekenhuizen komen om zich te laten behandelen, wordt niet als probleem gezien. Sterker, men ziet de gezondheidszorg steeds meer als een normale bedrijfstak, waar steeds meer mensen een goede boterham aan verdienen. Overigens behoort Nederland niet in elk specialisme tot de top. Voor bepaalde aandoeningen gaan Nederlandse patiënten liever naar het buitenland, al dan niet virtueel. Het elektronische patiëntendossier dat iedereen altijd bij zich draagt, heeft inmiddels vele levens gered omdat er minder te voorkomen fouten worden gemaakt. Voor zorgaanbieders is de wereld een stuk uitdagender geworden. De ICT neemt veel administratieve lasten uit handen. Specialististen voelen zich onderdeel van een groter geheel en willen minstens zo goed presteren als hun collega's in andere regio's en landen.

Van alle scenario's is de economische groei hier het hoogst. De grote welvaartsgroei gaat gepaard met een toenemende belangstelling voor 'luxe zorg'. Plastische chirurgie neemt een vlucht en er komt een stijgende vraag naar zorg die het leven aangenamer maakt. Overigens profiteert niet iedereen van de nieuw vergaarde rijkdom. De verschillen tussen rijk en arm nemen toe. Voor de rijken betekent dat wel dat in termen van persoonlijke dienstverlening de koopkracht navenant stijgt. Immers, de 'handen aan het bed' komen ingevlogen uit lagelonenlanden.

In het volgende hoofdstuk willen we dit scenario aan een andere inspectie onderwerpen. We geloven namelijk dat het voor de hand ligt dat Nederland zich in de richting van dat scenario beweegt. Ook dat lichten we in hoofdstuk 4 toe.

In Duitsland is alles beter

Dankzij de Europese regelgeving kunnen Nederlanders zich laten opereren in het buitenland. Daar is de gezondheidszorg niet alleen goedkoper, maar ook beter. Het kan allemaal tegenwoordig. In Europa is immers vrij verkeer van goederen en diensten, en dat gaat ook steeds meer op voor de gezondheidszorg.

Het besef dat patiënten voor behandelingen en medische hulpmiddelen even naar het buitenland kunnen gaan, begon in 1998 door te dringen. Toen oordeelde het Europese Hof van Justitie dat meneer Decker uit Luxemburg een bril die hij in België had gekocht van zijn verzekeraar vergoed moest krijgen. Ook al had Decker zijn verzekeraar geen toestemming gevraagd voor zijn aankoop. Drie jaar later bleek Europa opnieuw voor benadeelde patiënten op te komen. Mevrouw Smits uit Nederland had zelf besloten naar een gespecialiseerde Duitse kliniek te gaan voor haar ziekte van Parkinson, maar het ziekenfonds weigerde dat te vergoeden, omdat zij evengoed in Nederland behandeld had kunnen worden. Het Hof vond dat in strijd met de Europese beginselen en dwong het ziekenfonds te betalen. Dan is er nog de Britse Yvonne Watts, die in 2003 in Groot-Brittannië een jaar moest wachten op een heupoperatie. Zij vond in Frankrijk een ziekenhuis dat haar sneller kon helpen. Ook hier weigerde het Britse ziekenfonds de rekening te betalen, totdat het Hof het fonds op de vingers tikte.

De trend is duidelijk: meer en meer patiënten halen hun zorg over de grens en weten zich gesteund door uitspraken van het hoogste Europese rechtscollege. Nationale overheden worstelen met de vraag hoe zij daar op moeten reageren.

Bron: *NRC Handelsblad*, 25 november 2006.

Belgen zien zorg als groeimarkt

Afgelopen september werden de Nederlandse zorginstellingen weer even met de neus op de feiten gedrukt door het Verbond van Belgische Ondernemers. De werkgeversorganisatie verklaarde dat de Belgische ziekenhuizen genoeg lege bedden hebben om jaarlijks 50.000 extra buitenlandse patiënten te behandelen. Dat zou ten minste 5.000 nieuwe banen voor artsen en verpleegkundigen opleveren. Het land ontvangt nu al jaarlijks 35.000 buitenlandse patiënten, van wie ruim de helft Nederlands is. De Belgen zien de gezondheidszorg als een groeimarkt en dromen al van een *Healthcare Service Valley* in eigen land.

Bron: *NRC Handelsblad*, 25 november 2006.

Tandartstoerisme in Hongarije

Waarom Hongarije uitgegroeid is tot de tandartspraktijk van Europa? 'Omwille van de prijzen natuurlijk' zegt de Duitse tandarts Frank Kannmann. 'Behandelingen zijn hier een derde tot de helft goedkoper. De meeste klanten komen voor kronen, bruggen of implantaten. Dingen die vaak niet of slechts gedeeltelijk door hun verzekeringsmaatschappij worden vergoed'. Beproefde formule is de *dental week*: op maandag worden de tanden gepolijst, op vrijdag de kronen erop geplaatst. In de tussentijd maakt de patiënt uitstapjes naar Wenen, Boedapest of Bratislava. Na een laatste controle kan de patiënt vrijdag alweer in het vliegtuig zitten.

Bron: *de Volkskrant*, 27 december 2006.

4 Nieuwe ideeën over marktwerking in de zorg

Inleiding

In het voorgaande hoofdstuk zijn uiteenlopende toekomstige geschetst van de zorg. Het is hier niet de plaats om één van de vier mogelijke toekomstige te propageren. Dat neemt niet weg dat recente ontwikkelingen erop wijzen dat het scenario van marktwerking en internationalisering een grotere waarschijnlijkheid heeft dan de andere scenario's. Druk om te internationaliseren komt onder andere vanuit de EU, die initiatieven neemt om drempels voor internationale zorgverlening te beslechten. Ook de tendens naar meer marktwerking is duidelijk zichtbaar. De Nederlandse overheid zette vorig jaar een forse stap in die richting met de introductie van het nieuwe zorgstelsel. Verzekeraars prijzen zich nu aan met zorgverlening in Turkse privé-klinieken. Ook in Nederland zijn er meer particuliere partijen actief. Die bieden veelal betrekkelijk eenvoudige medische ingrepen aan, zoals ooglaseren en plastische chirurgie. De prijzen van dit soort ingrepen zijn sterk gedaald. De trend naar meer marktwerking in de zorg vloeit verder voort uit individualisering. Individualisering vereist op specifieke behoeften toegesneden zorg. Marktwerking biedt hier aanknopingspunten voor.

Hoe het ook zij, als het om de zorg gaat, roept marktwerking grote weerstand op. Velen vrezen voor verlies aan kwaliteit, met een verminderde toegankelijkheid op de koop toe. Om maar te zwijgen van de kosten. In de VS, waar de marktwerking het verst is doorgevoerd, zijn de lasten van de gezondheidszorg met ruim 15% van het BBP hoger dan waar ook ter wereld. Redenen te over om behoedzaam te zijn als het gaat over marktwerking. Hier staat tegenover dat de bevolking vergrijst, wat tot gevolg heeft dat de vraag naar zorg toeneemt. Daardoor kunnen de overheidsfinanciën uit het lood slaan (zie hoofdstuk 2). Dit maakt het zinvol alternatieven te onderzoeken. Gegeven de bovengenoemde recente tendensen van internationalisering, privaat initiatief en individualisering is het niet meer dan logisch om het scenario van marktwerking en internationalisering nader onder de loep te nemen. Dit geldt eens te meer daar op het gebied van marktwerking in de zorg recentelijk interessante inzichten zijn ontwikkeld door managementgoeroe Michael Porter. In het navolgende gaan wij nader op zijn ideeën in.

Waarom concurrentie in de zorg faalt

Onder normale omstandigheden is concurrentie dé drijfveer voor innovatie, kwaliteitsverbetering en economische groei. Het zorgt voor snelle verspreiding van nieuwe technologie, zodat prijzen dalen en het marktvolume groeit. Op die manier stimuleert concurrentie waardecreatie. Dit systeem functioneert in vrijwel alle branches naar tevredenheid. Maar in de zorg is het allemaal anders, jaren van hervormingen ten spijt. Ondanks alle inspanningen om de lasten in toom te houden, blijven kosten voortdurend stijgen. Gemiddeld duurt het zeventien jaar voordat resultaten van geneeskundig onderzoek tot de standaardpraktijk horen. Langzame verspreiding van innovaties leidt tot kwaliteitsverschillen tussen zorginstellingen. Oorzaak van dit falen is niet zozeer dat de zorg zich niet leent voor marktwerking, maar de manier waarop de zorgsector is georganiseerd. Dit althans stelt Michael Porter in zijn pas verschenen boek *Redefining Health Care*.

Volgens Porter behoort concurrentie in de zorg plaats te vinden op basis van waardecreatie, en wel op het niveau van de gezondheid van de patiënt. Daarbij is de volledige

Zorgketen van borstkanker

Screening: Dochters van moeders met borstkanker hebben een grotere kans op dezelfde aandoening.

Preventie: Het risico van ontwikkeling van borstkanker kan worden gereduceerd door middel van voorlichting over bijvoorbeeld dieet, lichaamsbeweging en het gebruik van voorbehoedsmiddelen.

Diagnose: De kans om een eventuele aandoening al in een vroeg stadium op het spoor te zijn, wordt vergroot door regelmatige tests en mammografieën.

Vorbereiding: In het geval de testen onverhoopt positief uitvallen, is voorbereiding op de behandeling van essentieel belang. Met behulp van informatie over consequenties van verschillende keuzes kan de patiënt in samenspraak met het team specialisten de beste afweging maken.

Ingreep: Afhankelijk van de ingreep, operatie / amputatie / bestraling / chemotherapie, wordt een team van specialisten geformeerd rondom de patiënt.

Revalidatie: De ingreep heeft niet alleen ingrijpende fysieke gevolgen. Ook op sociaal en psychisch vlak is het nodige gebeurd. Voor een duurzaam herstel, kan zowel de patiënt als haar omgeving op dit front extra aandacht gebruiken.

Monitoring: De ingreep is voltooid en het herstel goed verlopen. Toch is er een verhoogd risico dat de aandoening terugkeert. Regelmatige controles zijn nodig om er in een vroeg stadium bij te zijn.

Het medisch bastion is gebroken

Het lijkt over geld te gaan, maar in wezen gaat het over de macht en zeggenschap van de medisch specialist. Eind 2005 zette minister Hoogervorst de discussie over het inkomen van de medisch specialisten op scherp. In een berucht geworden toespraak haalde hij het idee van de professionele autonomie van de artsen onderuit. Vroeger was de dokter een notabele, die in ruil voor een leven van toewijding en hard werken goed verdiende en grote onafhankelijkheid genoot. Volgens Hoogervorst is dat niet meer van deze tijd. De patiënt eist tegenwoordig zeggenschap en politici vinden dat de uitgaven voor de gezondheidszorg niet langer ongebreideld kunnen groeien. De professionele autonomie van artsen is in het huidige tijdsgewricht een mythe, zei Hoogervorst. Specialisten moeten hun status ontlenen aan bewezen gezag en deskundigheid en beter leren delen met anderen.

Bron: NRC Handelsblad, 18 januari 2007.

zorgketen rondom een specifiek ziektebeeld van belang. Die strekt zich uit van screening en preventie tot en met de revalidatie en de monitoring van de patiënt (zie kader). De huidige praktijk is anders. Allereerst is de zorgsector te breed georganiseerd. Zorgverleners proberen op vrijwel alle mogelijke ziektebeelden diensten aan te bieden. Logisch gevolg hiervan is dat artsen patiënten doorverwijzen naar collega's binnen de eigen zorginstelling. Of de patiënt hier daadwerkelijk het meeste baat bij heeft, valt te betwijfelen. Het is niet uit te sluiten dat er elders artsen rondlopen met een betere staat van dienst. Verder is de zorg te gefragmenteerd. De zorg is functioneel georganiseerd op basis van medische specialisaties zoals radiologie, chirurgie etc. in plaats van op basis van de zorgketen rondom aandoeningen zoals diabetes, reuma etc. Afrekening op basis van afzonderlijke interventies brengt een enorme administratieve last met zich mee voor patiënten en verzekeraars. Bij gebrek aan overzicht over de zorgketen is er bovendien weinig aandacht voor preventie. Als die aandacht er wel zou zijn, kunnen kostbare ingrepen worden vermeden. Tot slot is het huidige systeem te lokaal georiënteerd. Daardoor ontbreekt het instellingen aan volume en zijn medici onvoldoende in staat om routine op te bouwen. Gegeven de steeds complexere zorg is dat onwenselijk. Hier komt bij dat de lokale focus leidt tot kostbare overcapaciteit en tot aanzienlijke geografische verschillen in kwaliteit van dienstverlening. Omdat zorginstellingen niet hoeven te concurreren met nationale en internationale topinstituten, is er weinig druk om de laatste medische inzichten toe te passen. In het verleden was de mobiliteit van mensen beperkter dan tegenwoordig. Er viel daarom veel te zeggen voor een fijnmazig netwerk van ziekenhuizen met een breed zorgaanbod. Nu patiënten mobieler zijn, is deze noodzaak minder groot.

Vanwege de te brede, te gefragmenteerde en te lokale organisatie van de zorg is concurrentie niet gericht op waardecreatie, maar op kostenbeheersing. In de praktijk betekent dit dat patiënten, artsen, zorginstellingen, verzekeraars, werkgevers en overheid voortdurend trachten kosten door te schuiven. In dit spel is onderhandelingsmacht de grootste troef. Het devies is dus krachtenbundeling. Dat is wellicht de belangrijkste motivatie achter de meest recente consolidatiegolf van ziekenhuizen. Helaas worden fusies zelden aangegrepen om zorgketens te integreren en zorgteams op te zetten rondom ziekteaandoeningen. Eerder leiden ze tot verdere fragmentatie van het zorgaanbod. Ook versterken fusies de neiging om patiënten binnen de eigen instelling door te verwijzen. Verzekeraars moedigen dit laatste aan. Die zien immers het liefst dat hun verzekerden zorg ontvangen van instellingen waarbij korting is bedongen. Patiënten zijn daardoor beperkt in hun keuze van behandelaar.

Oorzaak van de focus op kostenbeheersing is dat zorg vaak als een homogeen product wordt beschouwd, een product zonder individuele kenmerken. Omdat er op het oog geen wezenlijk verschil is tussen de kwaliteit van bij wijze van spreken een knieoperatie in ziekenhuis X en dezelfde ingreep in ziekenhuis Y, richt de aandacht zich al snel op kostenbeheersing. Hiermee raken wij de kern van het probleem: de gebrekkige beschikbaarheid van informatie. Toen gezondheidszorg nog niet zo geavanceerd was, vormde dit geen probleem. Nu de specialisatie en de complexiteit van de zorg enorm zijn toegenomen, is informatie echter cruciaal, voor patiënten om de beste behandelaar te vinden, en voor artsen om hun eigen prestaties af te zetten tegen die van beroepsgenoten. Weliswaar zijn er initiatieven om patiënttevredenheid te registreren, maar helaas zijn deze veelal gericht op de kwaliteit van de dienstverlening en niet op de kwaliteit van het medische resultaat. Wat uiteindelijk telt, is of een patiënt vlot volgens de beste methode wordt geholpen, niet of deze in een chique hotelomgeving heeft mo-

Kleiner is mooier in het ziekenhuis

Er zijn ongeveer honderd ziekenhuizen in Nederland en dat zijn er vijftig te veel, zegt Paul Sloot. Ze doen allemaal hetzelfde, en nu de marktwerking op gang komt, staat de concurrentiepositie onder druk. Het alles-in-éénziekenhuis heeft zijn tijd gehad. Wij geloven in deconcentratie. Volgens Sloot is deconcentratie van ziekenhuizen de trend. Hij is zelf onder andere betrokken bij het Diakonessenhuis in Utrecht. Maar er zijn meer voorbeelden. Het Meander Medisch Centrum in Amersfoort en het Amphia Ziekenhuis in Breda werken ook met meerdere vestigingen. Tegelijk bloeien overal in Nederland de privé-klinieken voor verzekerde zorg, de zogenaamde Zelfstandige Behandelcentra, al of niet vanuit ziekenhuizen opgericht. Het afsplitsingsproces is op gang gekomen in het segment van de ziekenhuismarkt dat sinds enkele jaren is geliberaliseerd. Het gaat om de veelvoorkomende en planbare ingrepen, zoals liesbreuken, galblazen, knie-, heup- en staaroperaties. Het is het deel van de markt, ongeveer 10%, waarvoor vrije prijzen gelden. Door het ziekenhuis op te knippen ontstaat er een structuur waarin mensen *accountable* en betrokken worden. Dat is het grote probleem van de alles-in-éénziekenhuizen: er zijn zo veel tegengestelde belangen, dat velen verantwoordelijk zijn, maar weinigen bevoegd.

Bron: *Het Financieele Dagblad*, 18 januari 2007.

Zwarte lijst van zorginstellingen

De Inspectie van de Gezondheidszorg publiceert vanaf vandaag op haar website een 'zwarte lijst' van zorginstellingen die slecht presteren. Daarmee wil de inspectie een effect van *namings and shaming* bereiken: zorginstellingen zullen er alles aan doen om niet op de lijst te belanden of er snel van af te komen. De instellingen worden met naam en locatie genoemd. Iedereen kan lezen wat er mis is. De zorgverleners blijven op de lijst tot de inspectie het verscherpt toezicht opheft. De nieuwe inspecteur-generaal vindt ook dat specialisten functioneringsgesprekken moeten gaan voeren. Vanaf volgend jaar wordt in prestatie-indicatoren van de inspectie opgenomen of ziekenhuizen zulke gesprekken houden. 'Daarmee kunnen we veel problemen in ziekenhuizen voorkomen', zegt de inspecteur-generaal. 'Nu komt hun functioneren nergens ter sprake. Dat is geen goede zaak.'

Bron: *NRC Handelsblad*, 16 januari 2007.

gen revalideren. Bij gebrek aan resultaatmeting blijven ondermaats presterende zorginstellingen in bedrijf, vinden nieuwe inzichten traag doorgang, groeien de kwaliteitsverschillen tussen instellingen en lopen de zorgkosten op.

Ondanks de breed gedragen mening dat informatie cruciaal is voor betere kwaliteit, zijn maar weinig zorgaanbieders bereid om hun resultaten in kaart te brengen, laat staan te publiceren. Als argument voeren zij de kostenoprijvende administratieve lasten aan. Ook de beperkte vergelijkbaarheid van gegevens is een probleem. Zonder juiste risico-correctie zijn resultaatgegevens alleen maar misleidend, aldus zorginstellingen. Terwijl aanbieders terughoudend zijn met informatievoorziening, voelen patiënten zich niet geroepen informatie in te winnen. Waarom zouden zij zich de moeite getroosten als zij toch beperkt zijn in de keuze van behandelaar? Die beperking is mede ingegeven door de veronderstelling bij verzekeraars dat de vraag naar zorg onbegrensd is. Echter, niemand gaat voor zijn plezier onder het mes. Bovendien blijken patiënten in de praktijk veel zorgvuldiger te zijn in hun zorgkeuze wanneer zij hier meer verantwoordelijkheid voor dragen. Grotere verantwoordelijkheid heeft bovendien tot gevolg dat patiënten zich beter aan doktersvoorschriften houden. Dat laat nog onverlet dat het voor individuele patiënten een enorme, zo niet onmogelijke klus is om de benodigde informatie op tafel te krijgen. Waarschijnlijk zijn zorgverzekeraars hier beter op toegerust; een punt waar wij later op terugkomen.

Wanneer de markt wel goed functioneert

Volgens Porter dient de concurrentie in de zorg zich niet zozeer te richten op kostenbeheersing als wel op waardecreatie. Maar wat is waarde in de gezondheidszorg? Het mag duidelijk zijn dat zorgverlening uiteindelijk tot doel heeft patiënten gezond te maken en te houden. Waardecreatie vindt dus plaats op het niveau van patiënten, en niet op het niveau van zorginstellingen of verzekeraars. Een hogere omzet van een zorginstelling, bijvoorbeeld als gevolg van een algehele tariefsverhoging, valt dus niet als waardecreatie te beschouwen. Geen patiënt is hetzelfde. Waarde is daarom alleen op individueel niveau te meten. Dat zal langs verschillende dimensies verlopen. Voor de ene patiënt zal bijvoorbeeld tijd van herstel zwaarder opwegen tegen geleden pijn dan voor de andere. Verder gaat waardecreatie in de zorg over gezondheid. Gezondheid valt alleen te beoordelen op het niveau van medische aandoeningen, en niet op het niveau van afzonderlijke ingrepen. Iemand met een gebroken been komt naar het ziekenhuis voor gezond herstel, opdat hij op termijn weer kan lopen, niet om een röntgenfoto te laten maken of slechts om gips te laten zetten. Natuurlijk, beide ingrepen zijn cruciaal voor de behandeling, maar het uiteindelijke doel is genezing. In deze optiek beslaat de behandeling dus de gehele zorgketen, van diagnose aan de hand van een röntgenfoto, het zetten van de breuk en het gipsen van het been, tot aan de begeleiding bij spierkrachtontwikkeling en de nacontrole. Met de integrale benadering wordt de korte-termijnbril afgezet. Dat biedt pas echt kansen voor kostenbesparing. Om kort te sluiten: waarde in de zorg gaat over de gezondheid van een individuele patiënt. Waardecreatie is de kwaliteit van de gezondheidsresultaten van zorg afgezet tegen de daarvoor uitgegeven euro's.

De beste manier om waardecreatie in de zorg te stimuleren, is vermoedelijk concurrentie op basis van prestaties. Een ooglaserkliniek waar patiënten tevreden zijn over het eindresultaat en waar patiënten niet hoeven terug te komen vanwege complicaties, levert nu eenmaal betere resultaten dan een kliniek waar fouten worden gemaakt. Con-

Meer kans op kanker bij veel wit op borstfoto

Beginnende borstkanker wordt bij mammografie, een röntgenonderzoek van de borst, vaak niet gezien als een borst veel bindweefsel en klierweefsel bevat, zodat er veel wit in de foto te zien is. De kanker kan daarin verborgen zitten. Canadese radiologen laten in *The New England Journal of Medicine* zien dat de kans op zo'n gemiste borstkanker achttien keer zo hoog is als bij vrouwen met weinig 'dichte' borsten. Ook in de jaren daarna blijft de kans hoger. De radiologen vinden dat vrouwen met 'dichte' borsten uitgebreider getest moeten worden.

Bron: *NRC Handelsblad*, 18 januari 2007

Ervaren chirurg snijdt het veiligst

Een ervaren chirurg in een groot hospitaal snijdt het veiligst. De kans op ernstige complicaties na een operatie is het kleinst als je de operatie laat uitvoeren door een chirurg die de operatie vaak uitvoert, in een ziekenhuis met veel voorzieningen. Dat blijkt ten minste uit een Amerikaans onderzoek naar de uitkomsten bij een operatie aan dikke darmkanker. Voor de publicatie in *Archives of Surgery* zijn de gegevens geanalyseerd van ruim 22.000 darmoperaties die tussen 1992 en 1996 zijn verricht. Bij chirurgen die hooguit een paar keer per jaar een dikke darmkanker wegsneden, kregen de patiënten ongeveer 25 procent vaker een tweede operatie vanwege een complicatie, vergeleken met chirurgen die dezelfde operatie tien tot twintig keer zo vaak uitvoerden. Ervaren chirurgen maken minder technische fouten, kunnen tijdens de operatie beter reageren op uitzonderlijke situaties en selecteren hun patiënten beter, is de conclusie. Een ziekenhuis waar je de beste kans hebt een complicatie te overleven moet vooral hoogtechnologische zorg kunnen leveren. Ziekenhuizen zijn hoogtechnologisch als er bijvoorbeeld hartchirurgie- en orgaantransplantatieteams zijn, schrijven de onderzoekers. Verklaring kan zijn dat mensen met ernstige complicaties dan de grootste kans hebben om te overleven.

Bron: *NRC Handelsblad*, 16 januari 2007.

Arts behandelt kind allochtoon slechter

De behandeling van kinderen met astma, suikerziekte of een lui oog verloopt niet altijd vlekkeloos. Vooral bij niet-westerse allochtone kinderen gaat het vaak mis. Dat concludeert Nathalie Urbanus-Van Laar in het proefschrift waarop zij promoveert bij de afdeling sociale geneeskunde van het AMC in Amsterdam. Een mogelijke verklaring voor de verschillen, zo concludeerde zij, is gebrekkige informatie-uitwisseling tussen arts en ouders. Maar ook vooroordelen spelen mee: onder artsen leeft de gedachte dat allochtone ouders de adviezen vaak bewust niet opvolgen. Maar daarvoor vond Urbanus-Van Laar geen enkele aanwijzing.

Bron: *NRC Handelsblad*, 18 januari 2007.

currentie op basis van prestaties is een stevige drijfveer voor zorginstellingen om de kwaliteit van hun zorgverlening naar een hoger plan te tillen. Door zorginstellingen op resultaten af te rekenen, vervalt de noodzaak voor verzekeraars om beslissingen van behandelend artsen te controleren of hen bepaalde behandelmethodes voor te schrijven met als doel kosten te besparen. Vrije concurrentie op basis van resultaten vormt een rem op medische fouten en tempert zowel de neiging om te veel, als om te weinig te behandelen. Patiënten stappen gewoon over naar de concurrent als een instelling regelmatig fouten maakt. En overbodige ingrepen helpen een zorginstelling niet vooruit. Die drijven de kosten alleen maar op, terwijl het zorgresultaat niet verbetert. Ook zullen zorginstellingen ervoor waken patiënten zorg te onthouden die wel degelijk waarde oplevert.

Concurrentie noopt zorginstellingen minder succesvolle activiteiten af te stoten en zich te concentreren op aandoeningen waar ze echt goed in zijn. Met professionele teams van chirurgen, radiologen, oncologen, psychologen en diëtisten rondom specifieke aandoeningen, zoals kanker, kan een ziekenhuis zorgverlening veel beter coördineren. Ook is het in staat om een groter aantal patiënten met dezelfde aandoening te behandelen. Daar leren specialisten van. Door vaak dezelfde ingrepen te verrichten, bouwen specialisten routine op, hét recept voor foutreductie. Een radioloog die voortdurend kankergezwellen beoordeelt, is daar vaardiger in dan een collega die dit slechts incidenteel doet. Resultaat van schaalvergroting en specialisatie is dus een kwalitatief hoogwaardiger en bovendien efficiëntere zorg. In tegenstelling tot wat vaak wordt gedacht, bijten die twee elkaar niet. De combinatie van betere zorg en lagere kosten trekt weer nieuwe patiënten aan, wat het vliegwiel van specialisatie en schaalvergroting verder aanzwengelt. Grotere patiëntenvolumes openen de deur voor extra investeringen in personeel en materiaal, zodat de kwaliteit van de zorgverlening verder wordt verhoogd. Gevolg van dit alles is natuurlijk wel dat er minder spelers op de markt overblijven. Concurrentie zal zich niet langer op regionaal niveau afspelen, maar op nationaal, en in enkele medische disciplines, internationaal niveau.

Het vliegwiel van schaalvergroting, kwaliteitsverbetering en efficiëntieverhoging treedt alleen in werking als er voldoende informatie beschikbaar is. Deze informatie heeft meerdere dimensies. Om te beginnen is er natuurlijk informatie nodig over prestaties van zorginstellingen. Daarnaast is er informatie nodig over de ervaring die zorginstellingen hebben op het gebied van verschillende aandoeningen. Daarmee is namelijk inzicht te verkrijgen over hoe de resultaten zijn bereikt. Inzicht hierin ligt aan de basis voor verdere procesverbetering. Tot slot is ook informatie over persoonskenmerken van belang. Informatie over bijvoorbeeld leeftijd, sekse, etniciteit, genetische opmaak, leefstijl en leefomgeving is noodzakelijk om tot de meest geschikte zorgverlening te komen. Naarmate er meer informatie beschikbaar komt langs de genoemde dimensies, zijn er meer aanknopingspunten om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Tevens zal de informatie helpen beter inzicht te verwerven in de kosten en baten van afzonderlijke zorgingrepen. Dat is een belangrijke voorwaarde om de zorg zo efficiënt mogelijk te organiseren.

Consequenties voor zorgaanbieders

Als zorgverleners op basis van waarde willen concurreren, zullen zij allereerst hun markt moeten bepalen. Daarvoor dienen zij vast te stellen op welke terreinen hun toegevoegde waarde het grootst is. Voor een plattelandsziekenhuis kan dat betekenen dat

Ziekenhuisallianties in hogere versnelling

Het Bronovo in Den Haag, het Groene Hart in Gouda en 't Lange Land in Zoetermeer hebben aangekondigd dat zij plannen hebben voor vergaande samenwerking. 'De samenwerking van deze drie is de overtreffende trap van wat je her en der ziet bij ziekenhuizen die dicht bij elkaar liggen. Het zijn er drie in plaats van twee en ze liggen verder uit elkaar,' zegt Jeroen van Roon, partner van Boer en Croon.

De motor achter deze nieuwe vorm van samenwerking is de marktwerking in de ziekenhuiszorg. Zorgverzekeraars zijn inmiddels vrij om bepaalde ziekenhuizen niet te contracteren. 'Door de marktwerking wordt er meer op kwaliteit gelet. Je moet bepaalde operaties toch wel tien of vijftien keer per jaar doen. Als dat maar vier keer per jaar is, ligt het voor de hand om door te verwijzen. Vanuit dat perspectief is samenwerking noodzakelijk,' zegt directeur Jon Schaefer van adviesbureau Mediquest.

Volgens Van Roon moeten ziekenhuizen steeds meer nadenken over hun unieke positie in de markt. 'Je moet oppassen dat verzekeraars geen zaken meer met jou willen doen. Omdat er een beter alternatief is. Ook voor ziekenhuizen geldt dat als je alles voor iedereen wil doen, je nergens goed in bent.'

Bron: *Het Financieele Dagblad*, 20 december 2006

Nederland nog niet in trek bij zorgmultinational

Kunsthoeven en kunstkníeën zijn in sommige Europese landen drie keer zo duur als in andere. Nog niet zo lang geleden was gezondheidszorg iets dat ieder land zelf regelde. Verandering daarin komt niet van regeringen of verzekeraars. Een internationale keten als het Zweedse Capio koopt ziekenhuizen in heel West-Europa op en stroomlijnt er de operatiemethodes, de inkoop, de administratie en de manier waarop de klinieken patiënten voorlichten. Gunnar Németh, medisch directeur van Capio, verwacht dat ziekenhuizen in Europa over een aantal jaren volgens dezelfde medische richtlijnen werken en dat het aantal infecties en de sterftecijfers in ziekenhuizen door heel Europa met elkaar vergeleken kunnen worden. Buitenlandse ziekenhuisketens laten zich in Nederland niet zien. Nog niet. De markt betreden is niet eenvoudig. Nederland is ook in andere opzichten minder aantrekkelijk voor een bedrijf als Capio. Het gaat om een relatief kleine markt, die altijd vrij gesloten is geweest.

Bron: *NRC Handelsblad*, 15 december 2006.

het zich bijvoorbeeld concentreert op eerste hulpverlening, behandeling van veel voorkomende ziektes en verzorging van patiënten die herstellen van elders verrichte operaties. Vanwege de zeldzaamheid of de complexiteit doet een klein ziekenhuis er soms goed aan ervan af te zien een operatie zelf uit te voeren. In plaats daarvan kan het de behandeling organiseren in samenwerking met een andere, meer gespecialiseerde instelling. Specialisatie is dus niet alleen mogelijk op het niveau van een specifieke aandoening, maar ook op het niveau van onderdelen van de zorgketen. Verder is het een alternatief zorg te organiseren rondom specifieke doelgroepen. Een arts met kennis van de culturele achtergrond van een etnische minderheid zal waarschijnlijk beter in staat zijn te communiceren met een patiënt uit die groep. Belangrijk voor zorgaanbieders is hun meest kansrijke niches te identificeren.

Consequenties voor zorgverzekeraars

Ook zorgverzekeraars moeten volgens Porter hun strategie bijstellen in een op waardecreatie gerichte markt. Een van de manieren waarop zij tot dusver getracht hebben om de kostenstijging aan banden te leggen, is beperking van keuzevrijheid, zowel van patiënten als van artsen. Patiënten krijgen alleen vergoeding van zorg als zij die ontvangen van zorgverleners waar een contract mee is gesloten en artsen worden aangespoord hun patiënten door te verwijzen binnen het netwerk van de verzekeraar. Echter, in een op waardecreatie gerichte wereld is niet keuzebeperking het doel, maar verzekeren ondersteunen bij de keuze van de meest geschikte behandelaar. Hier zijn verzekeraars veel beter op toegerust dan zorgaanbieders. Die hebben de neiging binnen de eigen instelling door te verwijzen, wat pleit voor scheiding van functies tussen verzekeraars en zorgaanbieders. Scheiding van functies waarborgt dat de nodige *checks and balances* zijn ingebouwd. Door patiënten te adviseren over de meest geschikte aanbieder kunnen verzekeraars de concurrentie tussen zorginstellingen bevorderen en zorginstellingen aansporen zich te specialiseren op zorgketens rondom specifieke ziektebeelden of op onderdelen daarvan. Dit alles ontslaat verzekeraars van de noodzaak nog langer zorginstellingen van bovenaf aan te sturen en voor te schrijven welke behandelingen wel, en welke niet mogen worden verricht, een praktijk die hoge kosten met zich meebrengt en innovatie in de weg staat.

Een dergelijk systeem bestaat nog nergens. Maar is het droombeeld van Porter daarmee een utopie? Er moet in ieder geval nog veel water door de Maas stromen, voordat het systeem werkt. Om de adviserende taak te vervullen, dienen verzekeraars de drijvende kracht te worden achter de verzameling en analyse van informatie over de gehele zorgketen. Pas dan is de waardecreatie maximaal. Voor bruikbare informatie is de verzekeraar afhankelijk van de zorgverleners. De natuurlijke spanning tussen beide partijen moet dan wel worden overwonnen. Ook heeft de verzekeraar een duurzame relatie met de patiënt nodig. In het algemeen hebben patiënten een sterkere relatie met de arts dan met de verzekeraar. Verzekeraars zullen dus echt hun best moeten doen om als belangenbehartiger gezien te worden. Langduriger contracten tussen patiënt en verzekeraar kunnen dan de relatie bestendigen. In een meer adviserende rol is het voor verzekeraars niet langer noodzakelijk om een grote papierwinkel richting patiënt te onderhouden. De onafzienbare stroom declaraties voegt geen waarde toe en is er hoofdzakelijk op gericht zorgverlening te limiteren, zelfs als dat waarde creëert. Uitkomst van een op waardecreatie gerichte concurrentie tussen verzekeraars is dat zij zich niet zozeer onderscheiden door lage premies, maar door de gezondheid van hun verzekerden. Dit laatste pleit voor een verzekeringsstelsel met private partijen in plaats

van een door de overheid geregelde volksverzekering. In een generiek, door de overheid gerund verzekeringsstelsel ontbreekt de prikkel om te excelleren.

Voor de nieuwe strategie moeten verzekeraars hun organisatie op de schop nemen. In hun nieuwe hoedanigheid zullen verzekeraars een meer adviserende rol krijgen voor individuele patiënten. Een goede manier waarop verzekeraars waarde voor hun patiënten kunnen genereren, is door de prestaties van verschillende aanbieders vergelijkbaar te maken. Deze informatie hebben zij deels al beschikbaar uit eigen bronnen, deels zal deze informatie bij gespecialiseerde bedrijven worden ingewonnen. Naast de adviserende rol, zal ook ziektemanagement van patiënten tot het taakgebied van verzekeraars gaan behoren. Daarom zullen ook verzekeraars hun organisatie moeten afstemmen op de integrale zorgketen. Dit zal uiteindelijk bijdragen aan transparante prijsvorming en reductie van de administratieve rompslomp. Bijkomend voordeel van focus op de integrale zorgketen is dat er meer aandacht komt voor ziektepreventie. De focus op patiënten vereist overigens wel een andere relatie met het artsengilde. Waar artsen en verzekeraars elkaar nu nogal eens naar het leven staan, kan een meer coöperatieve houding voor beide partijen vruchten afwerpen. In een op waardecreatie georiënteerde setting heeft informatie-uitwisseling namelijk voordelen voor allebei. Zorgverleners met uitstekende prestaties zullen hun resultaten waarschijnlijk graag willen delen met verzekeraars. Dat levert immers nieuwe patiënten op. Anderzijds zullen verzekeraars een arts zonder dralen terzijde staan als deze een patiënt wil doorverwijzen naar de meest geschikte collega.

Ofschoon in de ideale situatie verzekeraars in een op waarde gerichte omgeving hun verzekerden op alle mogelijke fronten bijstaan, is het risico aanwezig dat patiënten die veel zorg nodig hebben minder welkom zijn dan goedkope, gezonde verzekerden. Zonder tegenmaatregelen leidt dit ertoe dat sommige patiënten zich nauwelijks kunnen verzekeren. De verplichting voor patiënten om zich te verzekeren, gekoppeld aan verplichte acceptatie door de verzekeraar, zoals die nu in Nederland geldt, dient daarom gehandhaafd te blijven. Aanvullend hierop zouden verzekeraars kunnen besluiten hun dure patiënten in een zogenaamde pool onder te brengen. De lasten van deze kostbare verzekerde worden dan gelijkelijk verdeeld tussen branchegenoten. Van belang is natuurlijk wel dat helder moet zijn op basis van welke indicatie patiënten in deze pool terecht komen. Anders zal de neiging groot zijn om patiënten hierin onder te brengen. Net als zorginstellingen zullen verzekeraars opperste transparantie moeten betrachten en inzicht verschaffen in hun prestaties. Alleen op basis van gezondheidsresultaten kunnen cliënten een zorgvuldige keuze maken welke verzekeraar hun belangen het beste dient. Ratingbureaus en de overheidsinspectie kunnen hier een vruchtbare bijdrage leveren.

Wal-Mart and other big firms pushing for EMR

The paperless hospital has long been a goal of health care reformers. A national, fully interoperable system of Electronic Medical Records has remained a distant dream. But that may be about to change. Wal-Mart announced plans to launch Dossia, an online patient-information service. Separately Google has been making noises about entering this market, too.

Why are all these big firms interested in injecting a dose of computing into health care? In part, because it offers the prospect of a big new market. A narrow focus on sales does not explain everything, however. Electronic Medical Records will not increase sales at Wal-Mart. Why are these big firms joining hands to embrace this untested and previously unsuccessful idea? BP's Pat Miller says that many of her firm's employees move frequently, so portable records would be more convenient for them. Wal-Mart's Linda Dillman says her firm likes the independent and non-profit status of Dossia. 'The data will come out of the commercial space and become the property of the individual,' she says.

Those are laudable goals, but some believe the main motivation is containing costs. 'Employers are completely frustrated by the health industry's slow adoption of information technology,' explains David Matheson of Boston Consultancy Group. Dossia will be an important component in making the health-care system more efficient and effective, eliminating waste and duplication.

Previous efforts have failed. Mr. Matheson points out that America's health-care system is far bigger than Wal-Mart, which could limit the firm's ability to force change. Durjoy Bhattacharjya, the founder of medicalrecords.com, a now defunct start-up, adds that worries about such things as privacy and security could also scupper the initiative. 'Previous failures were rarely about technology,' he says.

Bron: *The Economist*, 7 december 2006.

Marktwerking kan ook leiden tot rotzooi

In zijn nieuwjaarspeech voorspelt inspecteur-generaal Gerrit van der Wal dat de tijd van vrijblijvendheid voor zorginstellingen voorbij is. 'Lijstjes, scorekaarten en sterren zullen niet meer weg te denken zijn.' Hij is ervan overtuigd dat de veiligheid van patiënten binnenkort is uit te drukken in vermijdbare gezondheidsschade, inclusief vermijdbare doden, uitgedrukt in maat en getal. Van der Wal vindt dat ziekenhuizen, nog meer dan nu, de resultaten van hun ingrepen openbaar moeten maken. En dat huisartsen, apothekers, verpleeg- en verzorgingshuizen ze daarin moeten volgen. 'Nu de zorg steeds meer wordt overgelaten aan marktpartijen kan dat tot betere zorg leiden. Maar het kan ook leiden tot de verkoop van een hoop rotzooi, zoals bij sommige ooglaserklinieken. Als verouderde apparatuur niet vernieuwd wordt, kan dat een voorbeeld zijn van slechte marktwerking.'

Bron: *NRC Handelsblad*, 16 januari 2007.

Consequenties voor patiënten, werkgevers en overheid

Bij gebrek aan informatie denkt een patiënt vaak dat meer zorg betere zorg betekent. Als de benodigde informatie makkelijker is te verkrijgen, zullen patiënten zich beter op de hoogte stellen en deze veronderstelling laten varen. Een goede gezondheid is uiteindelijk wat voor hen telt. Advies is in te winnen bij de verzekeraar. Voor patiënten is de keuze van verzekeraar daarom cruciaal. Patiënten die voor kwaliteit gaan, zullen de verzekeraar kiezen met de beste staat van dienst op het gebied van advies, ondersteuning en vrijheid bij de keuze van zorginstelling. Verzekeraars die de beste gezondheidsprestaties leveren, zullen populair zijn, want voor kwaliteit zijn verzekerden bereid een hogere premie te betalen. In een op waardecreatie gerichte omgeving kunnen patiënten, vrij van restricties en met toegang tot betere informatie, ook meer financiële verantwoordelijkheid dragen voor hun zorgkeuze. Een mogelijk vehikel hiervoor is zorgsparen. Een voorbeeld van zorgsparen vormen de zogenaamde Health Savings Accounts (HSA), waarmee Amerikanen fiscaal voordelig geld opzij leggen voor onverzekerde zorg. De ervaring leert dat patiënten met HSA's zich beter over zorgalternatieven informeren en meer geld aan preventie besteden. Deze grotere betrokkenheid leidt tot aanzienlijke besparingen.

In werkgeverskringen komt er meer aandacht voor de gezondheid van werknemers. Echter, als het om zorg gaat, denken werkgevers vooral aan kostenbeheersing. Gezien de stijging van de zorgpremies wekt dat geen verwondering. Dit neemt niet weg dat zij daarmee over het hoofd zien dat kwaliteit van de zorgverlening ook telt, dat niet alleen de directe kosten van zorg van belang zijn, maar ook de indirecte, dus de kosten die gepaard gaan met afwezigheid, verlies aan productiviteit etc. Met hun invloed kunnen werkgevers gezonde marktwerking een zet in de goede richting geven, om te beginnen door bij de keuze van verzekeraar beter te kijken naar zorgresultaten, en niet alleen naar de kosten. Zij kunnen er bij de verzekeraar op aandringen dat deze alleen gebruik maakt van uitmuntende zorginstellingen. Het bedrijfsleven legt veel meer gewicht in de schaal dan individuele patiënten. Verder behoort de verantwoordelijkheid voor de gezondheid van het personeel op het hoogste niveau van de organisatie te liggen. Immers, een gezonde werknemer is een productieve werknemer.

Een andere partij die gewicht in de schaal legt, is vanzelfsprekend de overheid. Als de overheid een op waardecreatie gerichte zorg wil bevorderen, dient ze ervoor te zorgen dat iedereen zich verzekert en dat iedereen zich kán verzekeren. Voor wat betreft de structuur van de zorgsector is er ook volop werk aan de winkel. Essentieel natuurlijk is transparantie. Die wordt bevorderd met behulp van richtlijnen over prestatiemeting en communicatie hierover door zorgaanbieders en verzekeraars. Organisaties die niet aan minimumvereisten voldoen, zowel qua prestaties als qua communicatie daarover, hebben wat uit te leggen. Marktwerking valt en staat bij *checks and balances*.

De manier waarop Porter naar de zorg kijkt, gaat verder dan de meeste beleidsdiscussies. Het gaat niet alleen om kosten. Het gaat ook om het creëren van (gezondheids)waarde. Een overheid die met goede bedoelingen zelf zorgdiensten aanbiedt of de markt op de verkeerde niveau's laat werken, kan deze waardecreatie frustreren. Wat dat betreft is de discussie voor of tegen marktwerking niet aan de orde. Het gaat er meer om hoe de markt het beste werkt. Duidelijk mag zijn dat één aspect uiterst belangrijk is: informatie. Zonder objectieve informatie over gezondheidsresultaten is er geen marktwerking mogelijk. En zodra mensen/organisaties worden afgerekend op

Sint Maartenskliniek

De Sint Maartenskliniek is een ziekenhuis dat volledig gespecialiseerd is in houding en beweging. Patiënten kunnen er terecht voor behandeling van eenvoudige tot zeer complexe aandoeningen op het gebied van orthopedie, reumatologie en revalidatiegeneeskunde. Daarnaast heeft de Sint Maartenskliniek een polikliniek voor pijnbestrijding, een eigen apotheek en een sportmedisch centrum. Doordat de kliniek zich volledig richt op drie specialisaties is de ervaring en kennis op deze gebieden groot. Bij de behandeling wordt gebruik gemaakt van de laatste inzichten. Ook ontwikkelt de kliniek nieuwe behandelmethoden en doet onderzoek naar het effect ervan.

Bron: <http://www.maartenskliniek.nl>

Brandwondencentrum

Patiënten met brandwonden vragen om een speciale behandeling. Vanwege het gevaar voor infecties is de inrichting van het brandwondencentrum dan ook anders dan die van de overige afdelingen in het ziekenhuis. Op het brandwondencentrum zijn vier boxen en vier tweepersoonskamers. Een box is een speciaal ingerichte eenpersoonskamer. Hier kan het behandelteam de patiënt intensieve zorg geven. Of een patiënt in een box of op een twee persoonskamer wordt opgenomen hangt onder andere af van: de diepte en de uitgebreidheid van de brandwonden; de leeftijd en de gezondheid van de patiënt; de plaats van de verbranding (bijvoorbeeld bij een gezicht- of halsverbranding); ademhalingsproblemen als gevolg van het inademen van hitte of rook.

Bron: <http://www.rkz.nl>

VUmc Cancer Center Amsterdam

De behandeling van de patiënt met kanker heeft door de aard van de ziekte vrijwel altijd een sterk multidisciplinair karakter. Verschillende medische disciplines spelen een rol in de diagnostiek, behandeling en zorg. Daarom is een multidisciplinaire polikliniek voor kankerpatiënten opgezet. De patiënt wordt tijdens één polibezzoek gezien door alle medische en paramedische disciplines die in de betreffende fase van zijn/haar behandeling en begeleiding een rol spelen. De patiënt staat centraal in de multidisciplinaire poliklinieken van het VUmc CCA waar de zorg rond kankerpatiënten efficiënt wordt georganiseerd. Binnen een vastgestelde periode wordt de diagnose gesteld en krijgt de patiënt uitsluitend over het behandelplan en de uitvoering van de behandeling. De multidisciplinaire aanpak berust op het *one flow* principe. Alle behandelaars en andere betrokken specialisten van een specifieke aandoening zijn tegelijk aanwezig om de patiënt achtereenvolgens te zien. Dat betreft niet alleen de typische 'oncologische' disciplines, zoals geneeskundige oncologie, heekunde, radiologie en radiotherapie, maar ook de niet primair-oncologische specialismen. Dit is noodzakelijk wanneer de patiënt bijvoorbeeld last heeft van bijwerkingen van de behandeling of van complicaties. Het gegeven dat het CCA deel uitmaakt van het academisch ziekenhuis VUmc geeft de garantie dat ook deze niet-oncologische disciplines van topacademisch niveau zijn wat betreft kennis en faciliteiten.

Bron: <http://www.cancercenteramsterdam.nl>

informatie die zij verstrekken, heeft informatie de neiging gekleurd te raken. De gedroomde marktwerking gaat dus alleen werken als er voldoende ambtenaren zijn om de verstrekte informatie op juistheid te checken.

Wat ons nog te doen staat

Porter leert ons dat gezonde marktwerking het innovatievermogen stimuleert en dat innovatie op zijn beurt bijdraagt aan een hogere kwaliteit en een grotere doelmatigheid. Om in de zorg een gezonde marktwerking te bewerkstelligen, doet Porter een aantal suggesties. Die komen er in het kort op neer dat:

- Zorginstellingen zich rondom bepaalde ziekteaandoeningen organiseren en zich specialiseren in de aandoeningen waarin zij uitblinken.
- Zorginstellingen naar de gunst van verzekeraars en patiënten dingen op basis van hun prestaties.
- Verzekeraars hun verzekerden bij de keuze van zorgverlener ondersteunen en het zorgproces van individuele patiënten managen.
- Verzekeraars verzekerden lokken op basis van geboekte gezondheidsresultaten van hun deelnemers.
- Verzekerden meer vrijheid krijgen bij de keuze van zorgverlener en grotere (financiële) verantwoordelijkheid dragen.
- De overheid zorgverleners en verzekeraars tot transparantie dwingt door middel van regelgeving en toezicht.

Vraag is nu in hoeverre Nederland al aan bovenstaande criteria voldoet, of er signalen zijn die wijzen op ontwikkelingen in de richting van het geschetste ideaalbeeld. Laten wij de suggesties eens een voor een nalopen.

- Qua specialisatie is er eigenlijk al een lange traditie in Nederland, zij het op bescheiden schaal. Zo bestaan er op het terrein van traumazorg, brandwondeneeskunde, kindergeneeskunde en ernstige aandoeningen als kanker specialistische zorgteams. Van meer recente datum zijn de specialistische klinieken die meer eenvoudige zorg aanbieden. Dat is het deel van de markt waar vrije prijzen gelden, zoals ooglasers en heup- en knieoperaties en het deel van de markt waar commerciële belangen spelen zoals reïntegratie van werknemers met rugpijn. De trend naar meer rondom specifieke ziekteaandoeningen georganiseerde zorg is hiermee in gang gezet. Dit proces is nog maar net op streek.
- Afgezien van de hoogtechnologische specialistische zorgverlening concurreren nog maar weinig zorgaanbieders op basis van prestaties. Dat is mede door gebrek aan kwaliteitsindicatoren. Onder meer de inspectiedienst is echter hard bezig deze te ontwikkelen.
- Bij gebrek aan goede prestatiegegevens van zorgverleners ligt het accent bij verzekeraars nog onvoldoende op ondersteuning en advisering van patiënten. Concurrentie vindt hoofdzakelijk plaats via premiekortingen op collectieve contracten.
- Een ander gevolg van de beperkte beschikbaarheid van resultaten in de zorg is dat de informatie over de gezondheidsprestaties van verschillende verzekeraars vooralsnog nihil is.
- Dit neemt niet weg dat met de introductie van het nieuwe zorgstelsel verzekerden kunnen kiezen welke verzekeraar zij prefereren. De keuze is daarbij feitelijk gebaseerd op de dekking van het pakket en op de hoogte van de premie, niet op de geleverde kwaliteit. Ofschoon er op dit moment nauwelijks over wordt gesproken,

Uniek ziekenhuis verrijst in Vlaardingen

Vlaardingen krijgt over enkele jaren een medisch centrum dat zich uitsluitend richt op de geneeskunde en verpleegkundige hulp aan ouderen. 'Geen ziekenhuis en geen verpleeghuis maar een medische voorziening daartussenin', zo omschrijft Argos Zorggroep het toekomstige Centrum voor Preventie en Herstel, dat zal verrijzen op het voormalige atletiekterrein in de Westwijk. Het centrum wordt naar verwachting in 2009 geopend. Het centrum zal 154 bedden tellen en zich richten op begeleiding van oudere patiënten met psychogeriatrische aandoeningen na een medische ingreep. Volgens Argos Zorggroep vallen veel ouderen na een operatie tussen wal en schip.

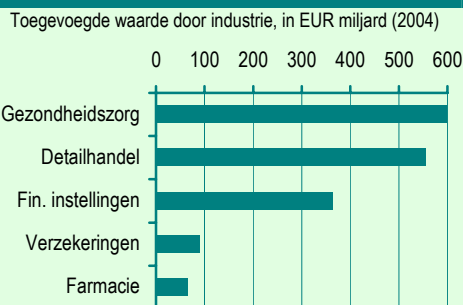
Bron: *De Telegraaf*, 6 december 2006

zouden fiscale regelingen zoals de levensloopregeling uitgebreid kunnen worden met zorgspaar mogelijkheden.

- Zoals gemeld, neemt de overheid verschillende initiatieven om de transparantie in de zorgsector te vergroten. Voordat de zorgmarkt optimaal functioneert, zijn er nog veel aanpassingen noodzakelijk.

In de zorgsector zien wij op vele fronten werk in uitvoering. De belangrijkste sector van de economie is sterk in beweging. Hoewel de grootste werkgever van het land nog ver van het ideaalbeeld van Porter is verwijderd, bestaat er, net als in de telecomsector, een dynamiek die nauwelijks te stuiten is. Ooit bestonden er lange wachttijden voor een telefoonaansluiting. Met de privatisering van staatsbedrijven als KPN en de vrije toetreding van private partijen behoren die inmiddels tot het verleden. Onder het wakende oog van een sterke toezichthouder heeft marktwerking in de telecom ervoor gezorgd dat de kwaliteit van de dienstverlening is verbeterd en dat de kosten omlaag zijn gegaan. Langzamerhand zien ook in de zorg steeds meer private organisaties kans om de eerder nog door publieke partijen gedomineerde branche te betreden. De veranderde setting geeft volop ruimte om te experimenteren met nieuwe organisatievormen. Net als bij telecom zal dat tot innovatie leiden. Voor investeerders en beleggers biedt de groeiende dynamiek interessante mogelijkheden.

Figuur 5.1 Grootte van sectoren in grootste Europese landen



Bron: OECD in figures 2005 edition, Global Insight (World Industry Monitor) (DE, FR, UK, ES, SE).

5 De zorg en privaat kapitaal

In dit hoofdstuk richten we het vizier op de rol die particuliere vermogensverstrekkers in de zorg kunnen spelen. Tot dusver is die rol zeer beperkt, ondanks dat de zorg een zeer grote sector in onze economie vormt. Zorg wordt traditioneel gezien als een publiek goed en het verstrekken van zorg als een taak die bij de overheid thuishoort of in ieder geval zo georganiseerd dient te zijn dat de overheid een zeer dikke vinger in de pap heeft. In ons land zijn grote delen van de sector strikt genomen wel particulier, maar het gaat dan vaak om *not-for-profit* organisaties die voor hun financiering in hoge mate van de overheid afhankelijk zijn. In hun bedrijfsvoering volgen zij daarbij doorgaans geen of slechts in bescheiden mate commerciële principes.

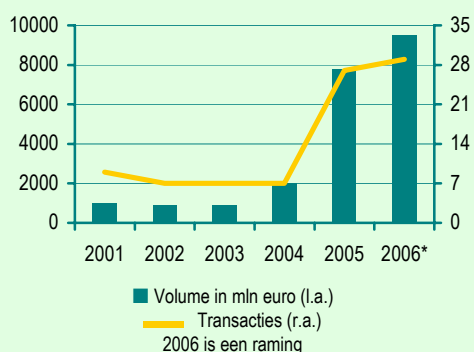
Geleidelijk meer ruimte privaat kapitaal

De reden voor de hoge mate van dominantie door de overheid is wellicht dat het in ons land niet acceptabel wordt geacht dat er mogelijk grote verschillen ontstaan tussen de zorg die burgers genieten. Ook het idee dat er winst wordt gemaakt in de sector is voor velen op dit moment niet acceptabel. Toch denken wij dat er voldoende reden is om aan te nemen dat de rol van particulier vermogen in de sector fors zal toenemen. Allereerst nemen door de steeds zwaardere inzet van technologie de financieringsvraagstukken in de zorg toe. Consolidatie ligt voor de hand en vindt ook plaats, maar uiteindelijk zijn de mogelijkheden om de financieringsvraagstukken puur binnen de publieke sector op te lossen beperkt. De prijs die we dan moeten betalen voor egalitaire zorg is een lager niveau van zorg dan anders mogelijk zou zijn. Dit zal uiteindelijk niet houdbaar blijken, zeker als in landen om ons heen wel een hoger niveau wordt bereikt door een grotere rol voor particulier vermogen.

Ten tweede denken we dat het vinden van een oplossing voor de toenemende financiële vraagstukken gebaat zou zijn bij een meer op commerciële principes gebaseerde bedrijfsvoering. Er komt dan, wat economen een andere *incentive structure* noemen, die de efficiëntie moet verhogen. We zien dat in ons land al in het nieuwe zorgstelsel. Het gaat daarbij echter slechts om hoe consumenten, verzekeraars en producenten met elkaar omgaan. Uiteindelijk zal het hier echter ook gaan om de eigendomsverhoudingen. De intrede van de particuliere aandeelhouder zal daarbij centraal staan. Particuliere verschaffers van kapitaal zullen een sterkere efficiëntie-eis doen gelden dan de publieke sector op dit moment en zullen die eis uiteindelijk ook kunnen afdwingen. Ook denken we dat innovatie meer gediend is bij een sterkere rol voor particuliere vermogensverschaffers in de zorg.

Er zijn overigens al wel tal van particuliere activiteiten, maar die zijn doorgaans relatief kleinschalig. Het gaat daarbij vooral om verzorging en om esthetische chirurgie, maar ook bijvoorbeeld om klinieken voor ooglasers. De verschaffers van eigen vermogen voor deze activiteiten zijn doorgaans de direct betrokkenen zelf. Geleidelijk zal de behoefte aan extern aangetrokken eigen vermogen echter groeien naarmate de schaal van de operaties toeneemt. In eerste instantie mag men dan verwachten dat financieringsmaatschappijen in de sector betrokken raken en pas in het laatste stadium zal eigen vermogen worden aangetrokken op de openbare kapitaalmarkt, waardoor de sector ook voor de kleinere belegger toegankelijk wordt.

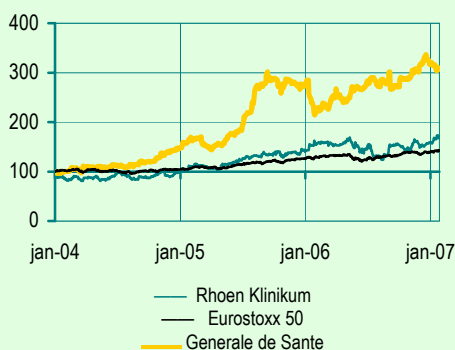
Figuur 5.2 Eigendomstransacties in de zorg



Bron: ABN AMRO.

Figuur 5.3 Koersverloop

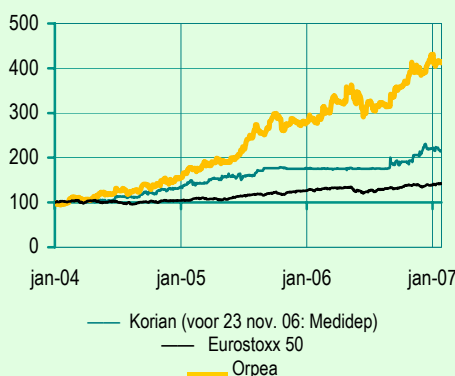
Index, 1 januari 2004 = 100



Bron: Bloomberg.

Figuur 5.4 Koersverloop

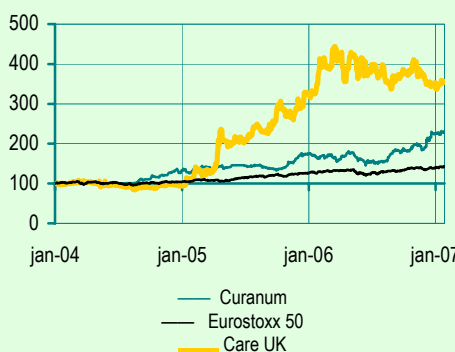
Index, 1 januari 2004 = 100



Bron: Bloomberg.

Figuur 5.5 Koersverloop

Index, 1 januari 2004 = 100



Bron: Bloomberg.

Private equity

Een interessante stap op weg naar meer commerciële betrokkenheid bij de zorg is onlangs gezet door de ontwikkelingen rond het Slotervaartziekenhuis in Amsterdam. Daar stapte financieringsmaatschappij Meromi financieel in na een serieuze overnamestrijd. Door de juridische structuren is het overigens onduidelijk of hier nu echt over 'verkoop' kon worden gesproken. Als Meromi erin slaagt een succes te maken van haar betrokkenheid, dan is er zeker een grote stap gezet. Een mislukking kan eveneens flinke consequenties hebben, omdat dan de bereidheid onder particulieren om in de zorg te investeren zal verdwijnen, terwijl juist deze investeerders nodig zijn om de zorgsector efficiënter te maken. Er is uiteraard niks mis mee dat de overheid strikte voorwaarden stelt aan veranderingen, zeker als daar particuliere investeerders bij betrokken zijn. Het publieke belang moet gediend worden. Wel is een zodanige balans nodig dat een commerciële bedrijfsvoering mogelijk wordt.

Het is niet verrassend dat de nodige consolidatie plaatsvindt in de zorgwereld. Zorgorganisatie Evean is in ons land een voorbeeld van een snel groeiende zorginstelling. Ofschoon Evean een stichting is, lijkt het ons goed denkbaar dat dit soort organisaties op een zeker moment naar de beurs zal gaan, zeker als er werkelijk buitenlandse concurrentie zou ontstaan.

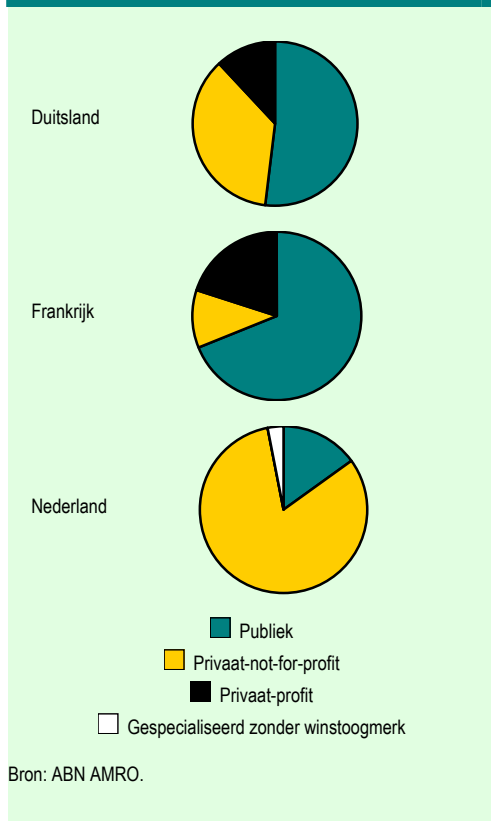
Beursgenoteerd

De taartdiagrammen laten zien dat het *private-for-profit* deel in onze zorg buitengewoon gering is. Dit is zowel in absolute zin het geval, maar ook vergeleken met andere landen. Je ziet hier en daar dan ook enkele bedrijven op het specifieke gebied van zorg aan de beurs genoteerd staan. Het gaat om private ziekenhuizen, revalidatiecentra, sanatoria, verzorgingstehuizen etc. Het Duitse Rhoen Klinikum en de Franse bedrijven Générale de Santé en Orpea zijn de grootste. Zij hebben elk een marktkapitalisatie van iets minder dan EUR 2 miljard. Op de Amsterdamse beurs zouden ze daarmee waarschijnlijk onderaan bij de AEX of hoog op de AMX terecht komen. Tegen het einde van vorig jaar is het Zweedse Capio door een LBO transactie van de beurs gehaald voor EUR 2,4 miljard. Andere beursgenoteerde bedrijven in de zorgsector zijn Korian (EUR 1,0 miljard) in Frankrijk, Care UK en Caretech in het VK (met een respectievelijke kapitalisatie van GBP 335 miljoen en 125 miljoen) en in Duitsland Curanum (EUR 205 miljoen), Marseille-Kliniken (EUR 170 miljoen) en Mediclin (EUR 130 miljoen). Iets verder van huis is er bijvoorbeeld ook Axon in Griekenland (EUR 155 miljoen). De koersgrafieken van de aandelen van deze bedrijven laten zien dat zij goed hebben gepresteerd in het recente verleden.

De aantrekkelijkheid van de sector is gelegen in de combinatie van een stabiele cash-flow, het groeipotentieel, te behalen schaalvoordelen en de mogelijkheden voor verbetering van de efficiency. De potentiële groei zit hem uiteraard vooral in het gelimiteerde aandeel van commerciële bedrijfsvoering in de sector. In Duitsland, dat wat dit betreft ver op Nederland voorligt, zijn in 2004 en 2005 circa 19.000 ziekenhuisbedden 'geprivatiseerd'. Een kwart van de ziekenhuizen in Duitsland is inmiddels privaat, al vertegenwoordigt dit toch nog slechts zo'n 12% van de bedden.

In de verzorging zullen er tussen nu en 2020 in Duitsland naar schatting 250.000 tot 350.000 bedden bij moeten komen, een uitbreiding van 30 tot 40%. Het kan niet an-

Figuur 5.6 Gezondheidszorg



ders dan dat een groot deel daarvan in de private sector zal moeten worden gerealiseerd. Er wordt in Duitsland ook geschat dat er EUR 50 miljard aan investeringen nodig zal zijn om de kwantiteit en de kwaliteit van de zorg op het gewenste peil te brengen. De publieke sector gaat dit bedrag niet in zijn geheel ophoesten. Behalve dat het private aandeel in de zorgsector fors zal toenemen, groeit de sector als geheel natuurlijk ook door demografische factoren (vergrijzing) en de toenemende technologische mogelijkheden.

De gevaren voor (investeerders en beleggers in) de sector hebben naar ons idee vooral te maken met de onduidelijkheid ten aanzien van wat beleidsmakers zullen willen toestaan op het gebied van commerciële bedrijfsvoering en vooral wat daarbij de inperkingen zullen zijn. Zoals opgemerkt vervult Nederland hierbij zeker geen voortrekkersrol. Als de ervaringen in ons omringende landen echter positief zijn, wat wij verwachten, dan zal ook in Nederland ongetwijfeld een belangrijke verschuiving richting particuliere sector plaatsvinden.

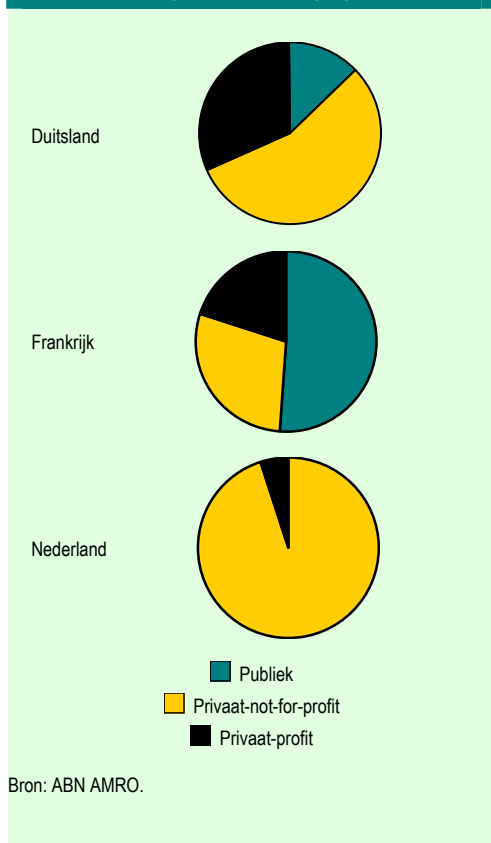
Behalve de bredere invoering van commerciële bedrijfsvoering in zorginstellingen, zijn er voor beleggers misschien wel mogelijkheden bij het exploiteren van onderdelen van deze instellingen. Het meest voor de hand liggend daarbij is de exploitatie van het onroerend goed. Het valt echter te bezien of op dit gebied specialistische ondernemingen zullen ontstaan of dat bestaande onroerend-goedbedrijven hier actief zullen zijn.

Beleggen in het efficiënt maken van de markt

Met het invoeren van meer marktwerking in de zorg worden niet alle problemen van de sector opgelost. Om tot optimale en maatschappelijk aanvaardbare uitkomsten van het marktproces te leiden, moet een markt aan een aantal voorwaarden voldoen. Wat betreft de marktform is het gewenst dat er geen al te grote ongelijkheid bestaat tussen de macht die diverse partijen kunnen uitoefenen op de markt. Bovendien is zo hoog mogelijke transparantie cruciaal. De zorg is bij uitstek een markt waar consumenten zich in een kwetsbare positie bevinden. Hun betrokkenheid op de markt is vaak relatief kortstondig maar urgent en het ontbreekt hun vaak aan het overzicht en de nodige kennis om goed gefundeerde keuzes te maken. Een aanverwant probleem is de sterk stijgende kostenontwikkeling in de gezondheidszorg.

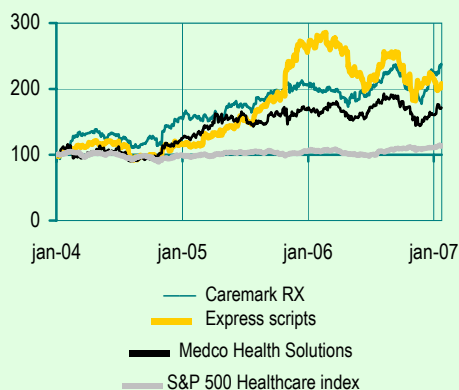
In de Verenigde Staten zijn commerciële ondernemingen actief die inspelen op deze problematiek. Het zijn de zogeheten Pharmacy Benefit Managers (PBMs), waarvan een aantal op de beurs genoteerd is. Dit zijn bedrijven die de kosten van medicijnen verzekeren. Deze bedrijven plaatsen zich tussen de uiteindelijke klant, de producenten, de verzekeraars en de verschillende distributievormen. Op het gebied van medicijnen kenmerkt de markt zich feitelijk door een redelijk sterke machtspositie aan de aanbodzijde en een sterke fragmentering aan de vraagzijde. Bovendien heeft iemand die acuut medicijnen nodig heeft geen tijd om de oplossing te zoeken die de beste prijs-kwaliteitverhouding biedt. De PBMs zorgen voor consolidatie aan de vraagzijde zodat er meer evenwicht komt tussen de marktmacht van aanbieders en vragers. Feitelijk kopen PBMs in het groot medicijnen in, waardoor een lagere prijs kan worden bedongen. Verder wordt gepoogd op distributiekosten te besparen door zoveel mogelijk via *mail order* te laten verlopen. De bedrijven hebben over het algemeen geen eigen retail netwerk, maar sluiten soms wel contracten met retailers. Verder staan dit soort bedrijven verzekeraars bij in de samenstelling van verschillende vormen van dekking voor

Figuur 5.7 Verzorging



Figuur 5.8 Koersverloop

Index, 1 januari 2004 = 100



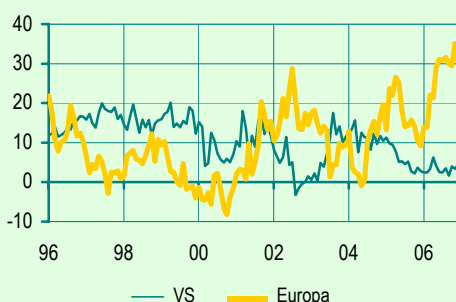
Bron: Bloomberg.

de eindklant. Voorbeelden van dit soort beursgenoteerde bedrijven zijn Caremark Rx, Medco Health Services en Express Scripts. Deze bedrijven hebben een behoorlijke omvang. Caremark Rx, bijvoorbeeld, heeft een marktkapitalisatie van ca. USD 23 miljard. De grafiek laat zien dat de aandelen van deze bedrijven een veel sterkere koersontwikkeling hebben laten zien in de laatste jaren dan zowel de S&P500 als de subindex Health van de S&P500.

Naar de toekomst kijkend, lijkt het voor de hand te liggen dat ook in Europa bedrijven activiteiten zullen ontwikkelen die erop gericht zijn de kosten van de gezondheidszorg beter in de hand te houden. Misschien ook algemener. Er is ruimte voor bedrijven die de structuur van de markt versterken, waardoor een meer evenwichtige verhouding ontstaat. Hierdoor wordt bevorderd dat de uitkomsten van het marktproces meer maatschappelijk optimaal zal zijn. Uiteindelijk zal dat voor beleggers ook op de Europese markten beleggingsmogelijkheden opleveren.

Figuur 5.9 Winst per aandeel farmacie

% j-o-j



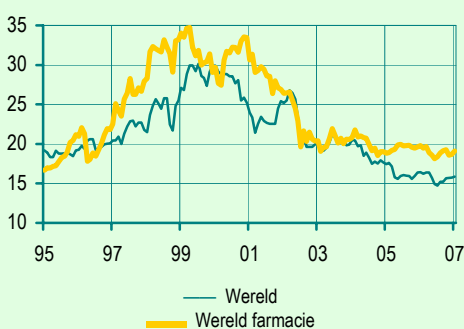
Bron: Thomson Financial

In hoofdstuk 4 is uitgebreid beschreven hoe Michael Porter de rol van marktwerking in de zorgsector ziet. Als de sector zich werkelijk gaat ontwikkelen in de richting zoals hij voorstaat, dan ontstaan er totaal nieuwe behoeften op het gebied van informatiestromen. Dit zal ongekende mogelijkheden creëren voor bedrijven die in deze behoeften zullen voorzien. Ook op andere gebieden neemt de informatiebehoefte toe in de zorg. Een markt kan slechts optimaal werken als deze voldoende transparant is. Er is veel informatie nodig om de markt voldoende transparant te maken. Bij marktwerking staat het kiezen centraal, maar mensen kunnen pas gefundeerde keuzes maken als ze voldoende informatie hebben. Of al deze behoeftes aan informatievoorziening voor beleggers specifieke beleggingsmogelijkheden zal opleveren, is nu nog niet te voorspellen.

Het veranderende karakter van farma

Naast de specifieke beleggingsmogelijkheden in zorg nu en in de toekomst, bestaan er uiteraard de traditionele mogelijkheden. Onderstaand gaan we kort in op de farmaceutische industrie. Deze sector is op de beurs lange tijd gekarakteriseerd als een groei-sector bij uitstek. De verwachte winstgroei was bovengemiddeld en de koerswinstverhouding die beleggers wilden en moesten neertellen voor aandelen in de sector waren navenant hoger dan het marktgemiddelde. Na 2000 is hier verandering in gekomen, maar meer recent zijn de koers-winstverhoudingen in de sector weer iets hoger dan het marktgemiddelde, zij het minder dan in het tweede deel van de jaren negentig.

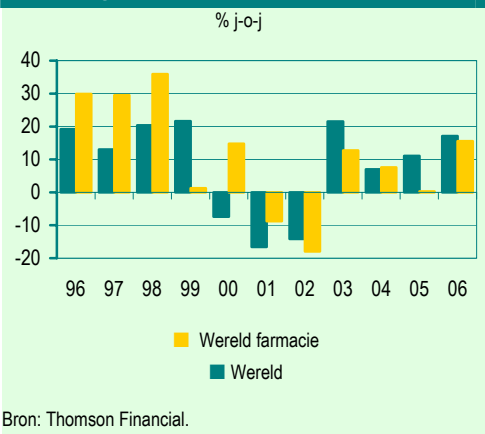
Figuur 5.10 Koers/winst-verhouding MSCI



Bron: Thomson Financial.

De laatste jaren heeft de sector teleurgesteld. De koersontwikkeling heeft niet gebracht wat beleggers verwacht en gehoopt hadden en is achtergebleven bij de markt als geheel. De problemen van de sector zijn genoegzaam bekend. De kosten om geneesmiddelen te ontwikkelen zijn hoog en daarbij is er bij het investeren in onderzoek en ontwikkeling geen garantie van succes te krijgen. Het is hier in zekere zin *hit and miss*. Wellicht zijn delen van deze industrie een beetje aan het einde van hun levenscyclus gekomen. Bedrijven moeten steeds meer uitgeven aan onderzoek en ontwikkeling om resultaten te boeken. Ook de regelgeving en het toezicht zijn in de loop der jaren steeds strakker geworden, wat de verhouding tussen kosten en baten ongunstig heeft beïnvloed en waardoor de risico's zijn toegenomen.

Figuur 5.11 Totaal rendement MSCI



Daarnaast zijn producenten van generieke middelen veel agressiever geworden. Na het aflopen van patenten staan zij onmiddellijk en in grotere getale dan in het verleden klaar om deze generieke geneesmiddelen te produceren, waarmee de winstgevendheid voor de 'uitvinders' direct wordt weggevaagd dan wel scherp wordt verminderd. Bij sommige grote farmaceutische bedrijven zijn er daarbij bij voortdoring vraagtekens over de pijnlij, of beter het gebrek daaraan wat betreft de zogeheten *blockbusters* (medicijnen met een omzet van USD 1 miljard).

Wat betreft generieke medicijnen zou wellicht gedacht kunnen worden dat waar de grote farmaceutische bedrijven schade lijden door de activiteiten van de producenten van generieke producten, deze laatste daar dus wel garen bij zouden moeten spinnen. Dat zou voor de belegger evenzeer interessant kunnen zijn. Ofschoon marktaandeel verschuift naar deze producenten, is het echter niet zo dat hun winsten met sprongen vooruit gaan. De vraag naar generieke medicijnen groeit, maar het aanbod groeit nog harder. Dit leidt tot lagere prijzen. Concurrentie van Indiase bedrijven begon al jaren geleden en concurrentie uit China laat ook niet lang meer op zich wachten. Het zal waarschijnlijk nog een paar jaar duren voor de kwaliteit van Chinese producenten op het zelfde niveau ligt als in het Westen of in India, maar dat is slechts een kwestie van tijd. Momenteel is de concurrentie van nieuwe kleine Amerikaanse bedrijven een groter probleem. Al deze bedrijven richten zich op het volgende grote medicijn, waarvan het patent afloopt. De prijzen dalen na afloop van een patent daardoor meer dan in het verleden en de resterende inkomsten moeten onder een groter aantal producenten worden verdeeld. De spoeling is zo veel dunner geworden.

Het valt niet mee voor bedrijven om onder deze omstandigheden winst te maken. De betere producenten van generieke medicijnen zijn die bedrijven die:

- Lage productiekosten hebben.
- Een brede productenportefeuille hebben en daarom klanten *one stop shopping* kunnen bieden. Dit kan een reden zijn voor klanten om zich niet alleen op de prijs van een enkel medicijn te richten.
- Generieke biotechnologie producten maken, met hogere winstmarges.
- Zelf ook merkgeneesmiddelen produceren.

Om de pijnlij gevuld te houden, nemen farmaceutische bedrijven aan de lopende band biotech bedrijfjes over. Dit biedt natuurlijk mogelijkheden voor beleggers onder biotech bedrijven. Veel van deze ondernemingen maken echter geen winst en hebben in hoge mate vooral 'verwachtingswaarde'. Ook hier is het tot op zekere hoogte *hit and miss*. Wellicht is het wachten op nieuwe technologieën.

Een tweede probleem waar grote farmaceutische bedrijven in toenemende mate mee te maken hebben gekregen de laatste jaren zijn juridische acties in geval van onbedoelde schadelijke bijwerkingen. Dit heeft een nieuw element van onvoorspelbaarheid in het beleggingsproces gebracht.

Overigens heeft de winstgevendheid van farmaceutische bedrijven aan beide zijden van de Atlantische Oceaan zich opvallend uiteenlopend ontwikkeld. In de VS was de groei van de winst per aandeel in het tweede deel van de jaren negentig relatief stabiel op een hoog niveau, rond 15% per jaar. In Europa lag de groei van de winst per aandeel in die periode een stuk lager. Meer recent zijn de rollen omgedraaid en slagen de

Europese bedrijven in deze sector erin een hogere winstgroei te genereren. Het is niet op voorhand duidelijk of dit een situatie is die zal voortduren.

De laatste tijd vallen er regelmatig geruchten op te tekenen over overnames en acquisities, vooral in de vorm van LBO's onder de grote farmaceutische bedrijven. De omvang van deze bedrijven maakt het echter niet waarschijnlijk dat er daadwerkelijk transacties onder deze bedrijven zullen plaatsvinden. De grootste bedrijven in Europa zijn Novartis, GSK en Roche. Elk hebben zij een marktkapitalisatie van circa EUR 120 miljard. Dit lijkt vooralsnog te groot voor een LBO. Anders ligt het wellicht bij wat in deze sector onder *mid-cap* en *small-cap* wordt verstaan, al is Bayer met een kapitalisatie van zo'n EUR 30 miljard waarschijnlijk ook nog te groot om over te worden genomen. Maar bedrijven als het Finse Orion, met een kapitalisatie van minder dan EUR 3 miljard lijken wel kandidaten.

Onder het hoofd van traditionele beleggingsmogelijkheden in de gezondheidszorg horen wellicht ook de medische apparaten en specialistische voeding. In sommige gevallen richten bedrijven zich louter op medische apparaten. Dit is een volwassen industrietaak. In andere gevallen maakt het ontwikkelen en produceren van medische apparatuur onderdeel uit van een groter concern, zoals dat bij Philips het geval is. Dit is een zeer geavanceerde activiteit.

In hoofdstuk 1 werd al gewag gemaakt van de nog relatief geringe aandacht in de gezondheidszorg voor preventie. Meer en meer wordt het belang van voeding duidelijk. Een bedrijf als Numico legt zich onder andere toe op klinische voeding, het is een van de meest succesvolle onderdelen van het bedrijf. De omzet groeit harder dan bij andere bedrijfsdelen en de marges zijn zeer aantrekkelijk.

Behalve klinische voeding komt er ook steeds meer aandacht voor gezondheidsaspecten bij gewone voeding. Dit is echter in zekere mate een schemerig gebied, wat wel blijkt uit de resultaten van recentelijk gepubliceerd onderzoek. Volgens professor David Ludwig c.s., verbonden aan een kindziekenhuis in Boston, is het vier tot acht keer waarschijnlijker dat onderzoek naar de gezondheidsaspecten van producten in de frisdrankenindustrie zoals vruchtensappen en melk tot een positief oordeel komt als dit onderzoek gefinancierd wordt door de industrie zelf dan wanneer de fondsen voor het onderzoek van een onafhankelijke bron komen.¹⁰

Conclusie: uitbreiding van tot nog toe beperkte mogelijkheden

De rol van private verschaffers van risicodragend vermogen in de zorgsector is in ons land beperkt, maar er zijn belangrijke ontwikkelingen gaande. Deze zullen zich ongetwijfeld voortzetten. Op relatief kleine schaal is er al wel betrokkenheid, maar voor institutionele en particuliere beleggers zijn er weinig mogelijkheden in de sector, afgezien van traditionele mogelijkheden zoals de farma.

De omvang van de nodige investeringen en de noodzaak tot een efficiëntere bedrijfsvoering te komen, maken het waarschijnlijk dat de betrokkenheid van private investeerders en beleggers sterk zal toenemen. Hoe en waar deze mogelijkheden zich zul-

¹⁰ L. Lesser, C. Ebbeling, M. Goozner, D. Wypij en D. Ludwig, 'Relationship between funding source and conclusion among nutrition-related scientific articles', *PLoS Medicine* (on-line), 2006.

len voordoen, is moeilijk precies aan te geven. Binnen Europa, maar niet in Nederland, zijn diverse beursgenoteerde ondernemingen die ziekenhuizen, revalidatiecentra en verzorgingshuizen etc. exploiteren. Deze sector zal ongetwijfeld groeien. Daarnaast zijn er wellicht mogelijkheden voor bedrijven die zich erop richten de markten beter te laten werken, zoals de PBMs in de VS. Ook hebben we geconstateerd dat de behoefte aan nieuwe informatie en informatiestromen explosief zal groeien. Dit geldt voor procesachtige informatiestromen aan de kant van de aanbieders van zorg, maar ook voor informatie die moet bijdragen aan transparantie van de markt waar marktwerking wordt doorgevoerd. Bedrijven die in deze behoeften voorzien, zullen waarschijnlijk ook voor beleggers mogelijkheden bieden.

Ten slotte

Marktwerking en zorg: gaat de liefde het winnen van de haat? Een ideaal huwelijk wordt het in elk geval nooit. De zorgsector zondigt tegen alles wat economen leren over optimale marktwerking. De ene partij is machtiger dan de andere en er is geen sprake van vrije markttoegang, noch van transparante informatievoorziening. Daarom is de rol van de markt beperkt. Maar er is hoop. Als we de problemen oplossen die optimale marktwerking in de weg staan, is volgens de theorieboeken een betere en goedkopere gezondheidszorg mogelijk.

En er hangt meer in de lucht dan boekenwijsheid. Niet dat we staan te springen om solidariteit op te geven in ruil voor meer efficiency. Integendeel, in Europa is de afkeer tegen commerciële zorg groot. Deze afkeer lijkt echter niet te zijn opgewassen tegen de druk van de veranderingen die op de zorgsector afkomen. Wat we nu zien gebeuren, wekt de indruk dat Nederland de komende decennia toegroeit naar een scenario met marktwerking en snelle technologische ontwikkeling. We noemen drie trends:

- Door de vergrijzing en de daardoor oplopende zorgvraag stijgt de staatsschuld de komende decennia fors volgens ramingen van het CPB. Er is grote politieke druk om deze kosten te reduceren door meer marktwerking te introduceren. Enige bescheidenheid in de omgang met dit soort ramingen is overigens wel op zijn plaats. Kleine aanpassingen van speculatieve vooronderstellingen leiden tot heel andere uitkomsten.
- De zorgvrager wordt deskundiger en wil daarom meer eigen verantwoordelijkheid. Deze individualisering vereist op specifieke behoeften toegesneden zorg. Marktwerking biedt hier aanknopingspunten voor.
- De Nederlandse zorgsector vertoeft niet meer op een eiland. Buitenlandse zorgaanbieders weten steeds beter de Nederlandse zorgconsument te vinden. Wie zich niet wil aanpassen door ook commerciële te opereren, verliest op den duur zijn bestaansrecht.

Een goedwerkende markt levert superieure resultaten, maar een ontaarde markt kan veel schade aanrichten. Het gaat er dus om binnen welke kaders een markt werkt. Michael Porter stelt dat gezonde marktwerking het innovatievermogen stimuleert en dat innovatie op zijn beurt bijdraagt aan een hogere kwaliteit en een grotere doelmatigheid. Hij voert een boeiend pleidooi voor een gezonde vorm van marktwerking waarbij:

- Zorginstellingen zich richten op aandoeningen waarin zij uitblinken.
- Zorginstellingen op basis van hun prestaties verzekeraars en patiënten trekken.
- Verzekeraars naar de gunst van verzekerden dingen op basis van geboekte gezondheidsresultaten van hun deelnemers.
- De overheid zorgverleners en verzekeraars tot transparantie te dwingt.

Nederland voldoet slechts in beperkte mate aan bovenstaande criteria. Er concurreren nog maar weinig zorgaanbieders op basis van prestaties, onder meer door gebrek aan kwaliteitsindicatoren. Bij gebrek aan deze indicatoren ligt het accent bij verzekeraars teveel op kostenbeheersing en onvoldoende op advisering van patiënten. Ratingbureaus kunnen hier een vruchtbare bijdrage leveren.

Als het om zorg gaat, denken werkgevers vooral aan kostenbeheersing. Zij zien dan over het hoofd dat kwaliteit van de zorgverlening ook telt. Met hun invloed kunnen werkgevers gezonde marktwerking een zet in de goede richting geven, om te beginnen

door bij de keuze van verzekeraar beter te kijken naar zorgresultaten, en niet alleen naar de kosten. Zij kunnen er bij de verzekeraar op aandringen dat deze gebruik maakt van uitstekende zorginstellingen. Het bedrijfsleven legt veel meer gewicht in de schaal dan individuele patiënten. Als de overheid een op waardecreatie gerichte zorg wil bevorderen, dient ze ervoor te zorgen dat iedereen zich verzekert en dat iedereen zich kan verzekeren. Fiscaal gefaciliteerd zorgsparen is ook een interessante optie. Essentieel is verder transparantie. Die wordt bevorderd met behulp van richtlijnen over prestatiemeting en communicatie hierover door zorgaanbieders en verzekeraars. Organisaties die niet aan minimumvereisten voldoen, hebben wat uit te leggen.

Er zijn op dit moment weinig beleggingsmogelijkheden in de zorgsector, vooral door de presentie van veel organisaties zonder winstoogmerk. Omdat in alle OECD-landen de kosten van de gezondheidszorg sterk stijgen, zijn er in toenemende mate bedrijven te vinden die actief zijn bij het terugdringen van de kosten. Naar de toekomst kijkend, lijkt het voor de hand te liggen dat ook in Europa bedrijven zulke activiteiten zullen ontwikkelen. Uiteindelijk zal dat voor beleggers ook op de Europese markten beleggingsmogelijkheden opleveren.

Op dit moment staat de omgang tussen consumenten, verzekeraars en producenten centraal. Als er meer marktwerking komt, zullen ook de eigendomsverhoudingen steeds meer gaan schuiven. We voorzien dat dan ook particuliere aandeelhouders een rol gaan spelen bij de voorziening in de kapitaalbehoefte van zorginstellingen. De aantrekkelijkheid van de sector is gelegen in de combinatie van een stabiele cashflow, het groeipotentieel, te behalen schaalvoordelen en de mogelijkheden voor verbetering van de efficiency. De potentiële groei zit hem vooral in het op dit moment gelimiteerde aandeel van commerciële bedrijfsvoering in de sector.

De gevaren voor beleggers hebben vooral te maken met onduidelijkheid over wat beleidsmakers zullen toestaan op het gebied van commerciële bedrijfsvoering en wat daarbij de beperkingen zullen zijn. Het blijft knokken om de huwelijkse voorwaarden.

Colofon

Deze publicatie is geschreven door ABN AMRO Economisch Bureau.

Auteurs

Philip Bokeloh, 020-3832657, philip.bokeloh@nl.abnamro.com

Han de Jong, 020-6284201, han.de.jong@nl.abnamro.com

Charles Kalshoven (inmiddels niet meer werkzaam bij ABN AMRO)

Hein Schotsman, 020- 6283800, hein.schotsman@nl.abnamro.com

Disclaimer

De in 'Naar een onbezorgde toekomst' neergelegde opvattingen zijn gebaseerd op door ons betrouwbaar geachte gegevens en informatie, die op zorgvuldige wijze in onze analyses en prognoses zijn verwerkt. Voor de juistheid of volledigheid van de gebruikte gegevens kunnen wij echter niet instaan. De weergegeven opvattingen en prognoses houden niet meer in dan onze eigen visie en kunnen zonder nadere aankondiging worden gewijzigd. Het gebruik van tekst en/of cijfers is toegestaan mits de bron duidelijk wordt vermeld.

© 2007 ABN AMRO Bank N.V.